

Голові Спеціалізованої вченої ради
Д 64.600.06 при Харківському національному
медичному університеті,
доктору медичних наук,
професору В.А. Огневу

ВІДГУК

**офіційного опонента доктора медичних наук, професора
Слабкого Геннадія Олексійовича
на дисертаційну роботу Клименюк Володимира Петровича
«Медико-соціальне обґрунтування системи покращення виживання та
зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи
кровообігу», яка подана до спеціалізованої вченої ради при Харківському
національному медичному університеті на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «соціальна медицина»**

Тема дисертаційного дослідження є актуальною. Актуальність теми дисертаційного дослідження пов'язана з тим, що хвороби системи кровообігу посідають перше місце в Україні за поширеністю (понад 30%) та зумовлюють понад половину всіх випадків смерті.

В Україні спостерігається значний внесок хвороб системи кровообігу у формування показника тягаря хвороб. Підтвердженням глобальності проблематики впливу хвороб системи кровообігу на економічне становище є їх вплив на непрямі показники здоров'я населення: інвалідність та демографічні показники. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я хвороби системи кровообігу спричиняють третину випадків інвалідності. В Україні серцево-судинна патологія поширена серед $\frac{3}{4}$ населення України, в 62,5% випадків вона є причиною смерті, що значно вище, ніж у розвинених країнах Європи. Україна посідає перше місце в Європі за смертністю від хвороб системи кровообігу. Щомісяця від серцево-судинної патології серед дорослого населення в Україні помирає 37 960 осіб, що становить 1 людина за хвилину.

При цьому, при великій кількості наукових робіт з питань організації медичної допомоги населенню при хворобах системи кровообігу, наукові роботи присвячені питанням покращення виживання та зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні відсутні, що визначило напрямок та програму дослідження.

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

Дисертаційна робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Вивчення показників здоров'я різних груп населення як основа для реформування системи охорони здоров'я України», № держреєстрації – 0110U000522, яка виконувалася в Вінницькому національному медичному університеті. Дисертант є відповідальним виконавцем.

Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації, їх достовірність і новизна.

Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації та їх достовірність високі.

Робота виконана на сучасному науково-методичному рівні, що надало змогу всебічно розкрити об'єкт дослідження, отримати достовірні результати та зробити комплексні висновки. Під час виконання роботи застосовано сучасні методи дослідження, методичною основою якого став системний підхід та системний аналіз і використання сучасних методів статистичної обробки первинної інформації. Дисертантом були використані наступні методи: бібліосемантичний, соціологічний, медико-статистичний, епідеміологічний, моделей біноміальної, Пуассона та геостатистичного моделювання, моделювання виживаності, організаційного експерименту, експертних оцінок.

На першому етапі суцільним методом по Житомирській області (26 районів) протягом 1999-2008 років досліджено 13443498 чоловіко-років ризику і 8836 нових випадків інвалідності внаслідок ССЗ в розрізі вказаних когорт народження і років, в т.ч. 4052 випадків інвалідизації внаслідок інсульту, 3262 внаслідок ІХС, і 796 внаслідок АГ.

На другому етапі використані дані щодо медико-соціального профілю району Житомирської області (26 карт), географічні координати населених пунктів Житомирської області, 8836 актів освідчень на МСЕК, 9012 ф. №030/о (карта диспансерного спостереження за хворим), 9012 ф. №025/о (амбулаторна карта), 9012 ф. №003/о (медична карта стаціонарного хворого).

На третьому етапі проведено вивчення індивідуальних факторів виживаємості інвалідів внаслідок гострого інфаркту міокарда та інсультів на основі моделі пропорційного ризику Кокса впродовж 2005-2012 років. Інформаційною базою дослідження стали 533 інваліда (303 внаслідок ГІМ і 230 внаслідок інсультів). 533 актів освідчень на МСЕК, 533 карт реабілітації інваліда, 533 статистичних карт проспективного вивчення наслідків інвалідності, 9720 карт виклику ШМД (ф. №110-о), 533 амбулаторних карт (ф. №025/о), 2381 медичних карт стаціонарного хворого, ф. №003/о, 79 лікарських свідоцтв про смерть (ф. №106/0-95).

Основними програмами спостереження четвертого етапу стали «Статистична карта вивчення виживання інваліда внаслідок ГІМ» (800 карт), «Медична карта стаціонарного хворого», ф. №003/о (800 карт), «Лікарське свідоцтво про смерть», ф. №106/0-95 (270 свідоцтв).

Отриманий первинний матеріал було опрацьовано за допомогою сучасних статистичних програм.

Базами наукового дослідження стали 26 районів Житомирської, 27 районів Вінницької областей, 174 сільських лікарських дільниць, 4 медико-соціальних експертних комісій, 26 центральних районних лікарень (всього простежено 13443498 чоловіко-років популяційного ризику), 533 інвалідів вибірки за планом випадок-контроль, 800 пацієнтів когорти з гострим інфарктом міокарду..

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

– науково обґрунтована система покращення виживання та зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи кровообігу за функціоналом виживаності, новими рисами якої є екстериторіальність, спрощення маршруту пацієнта;

– обґрунтована та розроблена нова методологія інтегративного вивчення трендів інвалідизації, яка на відміну від існуючих уможливує виокремлення ефекту віку, когорт за народженням і років;

– розроблена географічна модель ризиків інвалідизації внаслідок хвороб системи кровообігу, на її основі встановлені територіальні закономірності формування інвалідності у Житомирській області, які полягають у вищих ризиках за меншого розселення та відсталого розвитку територій;

Удосконалено методикку аналізу виживаності інвалідів внаслідок гострого інфаркту міокарда та інсультів за рахунок врахування конкурентних ризиків

Набула подальшого розвитку концепція популяційного втручання з метою попередження інвалідизації та покращення виживання інвалідів внаслідок гострого інфаркту міокарда та інсультів.

Теоретичне значення роботи полягає у доповненні теорії соціальної медицини та організації охорони здоров'я в частині розвитку систем покращення виживання та зниження інвалідизації дорослого населення.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що вони стали підставою для:

а) *розробки* вітчизняної система покращення виживання та зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи кровообігу за функціоналом виживаності;

б) *впровадження* запропонованої системи у Вінницькій та Житомирській областях, а саме Вінницькому обласному центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;

в) *розробки та впровадження* методології обґрунтування медико-соціальних програм профілактики інвалідизації внаслідок хвороб системи кровообігу;

е) *розробки та впровадження* нового маршруту пацієнта з гострим коронарним синдромом та інсультом у сільській місцевості.

Результати дослідження використані:

а) *на державному рівні* шляхом включення пропозицій до Проекту Закону України «Про проведення у Вінницькій, Дніпропетровській та Донецькій областях експерименту з реформування системи охорони здоров'я», наказів МОЗ України № 735 від 30.08.2010р. «Про визначення основних етапів реформування медичного обслуговування», та №851 від 03.10.2013р. «Про науково-методичний та організаційний супровід виконання окремих завдань Національного плану дій на 2013 рік» в розділі 24.9 «Розроблення ресурсної моделі госпітального округу», розробки, затвердження та впровадження методичних рекомендацій «Обґрунтування медико-соціальних стратегій за фрейлті моделями (на прикладі профілактики інвалідизації внаслідок серцево-судинної системи)» (Київ, 2014, № 82), «Методологія геостатистичного моделювання медичних подій» (Київ, 2014, № 83), «Методологія вивчення ризиків інвалідизації внаслідок захворювань серцево-судинної системи за ієрархічною мікст-моделлю на основі дизайну вік-період-когорта» (Київ, 2014, № 84)

б) на регіональному рівні:

– шляхом впровадження окремих дисертаційних розробок у практику ЗОЗ Житомирської та Вінницької областей;

– шляхом впровадження результатів дослідження в навчальний процес Сумського державного університету, ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова.

Повнота викладення матеріалів в опублікованих працях.

Матеріали дисертації знайшли відображення в 32 наукових працях, з них 1 монографії, 22 статтях (у тому числі 16 в наукових виданнях рекомендованих МОН України, 2 – у іноземних наукових журналах, 4 - у журналах, включених до міжнародних науково-метричних баз), 6 – матеріалах з'їздів, конгресів та конференцій, 3 методичних рекомендаціях.

Оцінка змісту та оформлення дисертації.

Дисертація побудована класично. Дисертаційна робота складається із вступу, аналітичного огляду літератури, програми дослідження, шести розділів власних

досліджень, аналізу і узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, додатків.

Текст дисертації викладений на 293 сторінках машинописного тексту, містить 4 додатки, 62 таблиць та 30 рисунків. Бібліографія включає 201 джерело, із них кирилицею – 102, латиною – 99.

Всі розділи дисертації відповідають поставленим завданням дисертаційного дослідження. Дисертація оформлена відповідно до вимог.

У **вступі** дисертант розкриває актуальність, зв'язок з науковими темами, мету, завдання, наукову новизну, теоретичне та практичне значення, рівень впровадження та апробації результатів дослідження, представляє особистий внесок здобувача, який підтверджує самостійність виконання дисертаційного дослідження.

У **першому розділі** *«Сучасний погляд на медико-соціальні механізми та резерви попередження інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу і покращення виживаності»* дисертантом представлено проведений ним аналіз наукової літератури з проблеми, що досліджується.

За результатами аналізу ним виявлені проблеми, які стосуються виживання та зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи кровообігу. Отримані дані дозволили дисертанту обрати напрям дослідження, сформулювати його мету та завдання.

У **другому розділі** *«Програма, обсяги та методи дослідження»* представлено програму та дизайн дисертаційного дослідження. Дослідження проводилося в чотири організаційних логічно пов'язаних між собою етапів. В розділі детально представлено за кожним організаційним етапом інформаційну базу та обсяги дослідження, його методологічний апарат.

Представлені матеріали другого розділу підтверджують високий методичний рівень наукового дослідження.

У **третьому розділі** *«Дескриптивний аналіз інвалідизації внаслідок ХСК за когортами, віком та роками дослідження за стріп-спліт-плот дизайном»* показано, що реєстрована стаціонарна динаміка інвалідизації являється складною композицією ефекту когорт, періодів, і зміни вікової структури когорт в часі. При цьому дисертантом показано зниження інвалідизації населення внаслідок ХСК протягом 1999-2008 років. Далі, за даними дисертанта, простежується виражена динаміка зростання рівнів інвалідизації від 0,45‰ у когорті народжених до 1941 року до 1,87‰ у когорті народжених після 1985 року, найбільш вірогідно внаслідок

падіння рівня здоров'я наступних поколінь. Дисертантом доведено наявність пікових значень інвалідизації у віковій групі 51-55 років, причому з регулярністю щодо окремих нозологічних одиниць ХСК. Дисертант робить висновок, що наведені дані свідчать про збільшення ризиків інвалідизації і одночасне зменшення доступності експертизи та можливості отримати групу інвалідності.

В розділі відмічається про вищі значення стандартизованих ризиків інвалідизації у чоловіків порівняно з жінками. Також ризики регулярно вищі у міського населення порівняно з сільським. Співставлення ситуацій в розрізі районів і когорт за виключенням усіх інших важливих змішувальних факторів, зокрема віку, підтверджують гіпотезу, що погіршення медико-соціального середовища призводить до виражених диспропорцій істинних ризиків інвалідизації і зареєстрованих. Слід вказати, що всі зазначені закономірності стосуються і окремих нозологічних форм ХСК, а саме, ІХС, інсультів, АГ.

Для ілюстрації соціальної компоненти дисертант виділив найбільш чутливі медико-соціальні індикатори, які допомагають встановити відмінності ризиків інвалідизації районів дослідження. Він стверджує, що погіршення медико-соціального середовища призводить до виражених диспропорцій істинних і зареєстрованих ризиків інвалідизації населення.

У четвертому розділі «Вивчення ризиків інвалідизації внаслідок ХСК за ієрархічною мікст-моделлю» показано, що найбільший приріст (за коефіцієнтом β) ризику інвалідизації порівняно з базовим простежується у когорті, представники якої народжені протягом 1941 – 1945 років. В цій когорті порівняно з когортою народжених після 1986 року (дисертантом взята за основу контрастів) зростання ризику інвалідизації було максимальним. Дисертант вказує на достовірне зростання ризику інвалідизації з віком. Так, квадратичний віковий тренду свідчить про досягнення піку і поступове зниження ризику інвалідизації після 60 років.

Дисертантом також доведено, що сільське населення має достовірне зниження (за від'ємним коефіцієнтом β) ризику інвалідизації порівняно з міським.

Також дисертантом встановлено, що жінки мали достовірно менший (за від'ємним коефіцієнтом β) ризик інвалідизації порівняно з чоловіками.

У п'ятому розділі «Географічна модель ризиків інвалідизації внаслідок ХСК у Житомирській області» представлено проаналізовані географічні закономірності ризиків інвалідизації внаслідок ХСК у Житомирській області.

В розділі показано, що їх розподіл нерівномірний. Простежуються три підвищення ризиків (за висотою піків): на півночі, на півдні і на сході області.

Дисертант відмічає, що спостережені нерівномірності географічного розподілу

ризиків інвалідації обумовлені нерівномірним розселенням. Кількість населення є важливою інтегральною характеристикою розвитку населених пунктів та формування популяційних явищ, включаючи інвалідність. При цьому він відмічає, що у мешканців більших за розміром населених пунктів можливості для проходження експертизи достовірно більші. Так, нерівномірність розселення по території Житомирської області підсилювали географічні розбіжності ризиків інвалідації внаслідок ХСК.

Важливою групою факторів, які достовірно модифікували рівні інвалідації внаслідок ХСК дисертант відмічає медико-соціальні фактори. Зокрема дисертант переконливо доводить, що вищі рівні безробіття, бідності, модулюють менші рівні інвалідації. У той же час вищі рівні екстреної госпіталізації та кількості спеціальностей, не забезпечених жодним спеціалістом, модулюють вищі рівні показника.

У шостому розділі *«Дескриптивна характеристика панельного масиву даних з вивчення медичних подій в житті інваліда внаслідок ХСК»* описана наступність медичних подій в житті інваліда внаслідок ХСК протягом перших шести років з моменту встановлення групи інвалідності. Такими подіями були: «смерть внаслідок ХСК», «смерть від іншої причини», «виклик ШД», «випадок планової госпіталізації», «випадок екстреної госпіталізації», «курс реабілітації», «випадок санаторно-курортного лікування», «епізод застосування реанімаційних заходів», «випадок оперативного втручання», «зміна групи інвалідності». Розподіл пацієнтів за діагнозом та роками настання смерті внаслідок основного (ХСК) захворювання після встановлення групи показав вищі рівні летальності внаслідок гострого інфаркту міокарда, кумулятивна різниця уже достовірна після першого року. За 6-річний термін виживаність при ГІМ становила 79,5%, що знаходиться у відповідності з даними зарубіжних досліджень.

Дисертант вивчив виживаність внаслідок супутнього захворювання для оцінки можливих скошень оцінювання в моделях виживання внаслідок конкурентних ризиків (пацієнт помирає від конкурентної патології, маючи меншу спроможність до виживання). При прямій кореляції конкурентних патологій (ризиків) оцінки ризиків кожної занижені, відповідно виживаність завищена.

В розділі показано відсутність достовірної різниці щодо використання реабілітації після основного стаціонарного лікування за всіма роками від встановлення групи тими, хто помер і тими, хто вижив. Лише кожний другий пройшов реабілітацію в рік виникнення кризового стану. Санаторно-курортного лікування проходять лише близько 15% інвалідів.

Розподіл масиву за статтю та діагнозами показав, що частка чоловіків достовірно переважала для діагнозу «Гострий інфаркт міокарда» (83,2% і 16,8%) і була вищою серед інвалідів внаслідок інсультів (57,8% і 42,2%). Вікові розподіли за діагнозами схожі. Переважно виходять на інвалідність пацієнти у 50-60 років, що чіткіше простежується для ГІМ (49,8%). Дисертантом виявлені обернені зв'язки між важкістю стану, віком пацієнта та вчасністю госпіталізації.

В сьомому розділі «Оцінка індивідуальних факторів виживаності інвалідів внаслідок гострого інфаркту міокарда та інсультів на основі моделі пропорційного ризику Кокса» показано, що виживання при гострому інфаркті міокарда становить 79,5%, що співпадає з даними зарубіжних досліджень, при цьому сприятливіший соціальний стан інваліда істотно зменшував летальність на 25,4% при ГІМ та на 74% при інсультах, а інтенсифікація і завершеність лікувального процесу асоціювалась зі збільшенням виживання, у той же час затримка початку лікування більше ніж на 10 годин збільшувала ризик летальності на 44% при ГІМ і на 51% при інсультах. Дисертант доводить, що пов'язаними з вчасністю діагностики та доставки до стаціонару факторами виживаності інвалідів є важкість стану на момент госпіталізації, негайне застосування β -блокаторів та реперфузії. В розділі також показано, що супутня патологія за індексом коморбідності Чарлсона суттєво збільшувала ризик летальності (на 69%) лише при інсультах. Статистичні оцінки впливу лагів медичних подій в житті інваліда на виживання при ГІМ та інсультах показали, що істотно змінюють ризик летального наслідку лише медичні події того ж року, насамперед, планова госпіталізація, яка зменшувала ризик на 14% та санаторно-курортне лікування, яке зменшувало ризик на 19%, екстрена госпіталізація пацієнта внаслідок його тяжкого стану підвищувала летальність на 22%.

Курс реабілітації в місцевих ЗОЗ не змінював ризик, що вказує на низьку якість та доступність реабілітаційної допомоги інвалідам на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги.

У восьмому розділі «Обґрунтування системи покращення виживання та зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи кровообігу та визначення її ефективності на прикладі гострого інфаркту міокарду у Вінницькій області» представлено обґрунтовану та розроблену систему покращення виживання та зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи кровообігу, основними принципами якої стали екстериторіальність надання допомоги, спрощений доступ до спеціалізованої допомоги, інтеграція екстреної медичної допомоги в єдиний медичний простір, а новими елементами - розширена

за рахунок існуючих та нових закладів (пункти тимчасового та постійного базування, перепрофілювання ліжок в ліжка екстреної медичної допомоги в складі існуючих лікарень) мережа екстреної медичної допомоги; спрощені і безперервні маршрути пацієнтів, централізована диспетчерська та відділення телемедицини при обласному центрі екстреної медицини і медицини катастроф, обласні кардіохірургічний і нейрохірургічний центри, які здатні проводити сучасні ефективні діагностичні, у т.ч. інтервенційні, процедури.

За результатами організаційного експерименту дисертант показує, що щорічний ефект в результаті впровадження запропонованих інновацій у Вінницькій області оцінюється в 1757,6 додаткових місяців життя інвалідів протягом перших 5 років від часу встановлення інвалідності. При цьому дисертантом показано, що 15,8% від загального ефекту впровадження приходить на покращення якості лікування пацієнтів, а 84,2% пов'язано з покращенням доступності екстреної та спеціалізованої допомоги, а відповідно своєчасності надання медичної допомоги при загрозливих життю станах з боку системи кровообігу.

Таким чином можна констатувати, що отримані автором результати свідчать про досягнення мети та виконання завдань дослідження і запропонована система може бути рекомендована для впровадження в систему охорони здоров'я України.

Висновки та практичні рекомендації. Висновки відображають отримані в ході дослідження результати і є коректними. Практичні рекомендації відображають сутність отриманих результатів та нововведень, які рекомендовані дисертантом.

Автореферат за змістом відповідає основним положенням дисертації, за оформленням, структурою та змістом відповідає вимогам, які визначені ДАК МОН України.

Відповідність паспорту спеціальності. Дисертаційна робота відповідає паспорту спеціальності 14.02.03 - соціальна медицина.

При опоненції дисертаційної роботи ознак плагіату не виявлено.

Принципових зауважень до методології проведення дисертаційного дослідження та оформлення роботи не має.

При позитивній оцінці дисертації в цілому, хотілося б почути відповідь на наступні дискусійні питання:

1. В своїй роботі Ви використали географічну модель ризиків інвалідизації внаслідок хвороб системи кровообігу у Житомирській області і провели аналіз просторових кореляцій ризиків інвалідизації внаслідок хвороб системи кровообігу, обумовлених природним середовищем. Поясніть доцільність вибору географічної моделі та її практичне застосування при організації медичної допомоги населенню з хворобами системи кровообігу.

2. Поясніть, чому при проведенні дослідження Ви обрали саме APC конструкцію когорт при встановленні факторів ризику інвалідизації внаслідок хвороб системи кровообігу.

3. Поясніть, яким чином будуть впроваджені такі запропоновані Вами інновації як спрощений доступ до спеціалізованої допомоги та спрощені і безперервні маршрути пацієнтів в умовах пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини та впровадження механізму «гроші ідуть за пацієнтом», коли пацієнт має право вибору закладу охорони здоров'я?

Вказані запитання не знижують загального позитивного враження від дисертаційної роботи та її науково-практичної цінності.

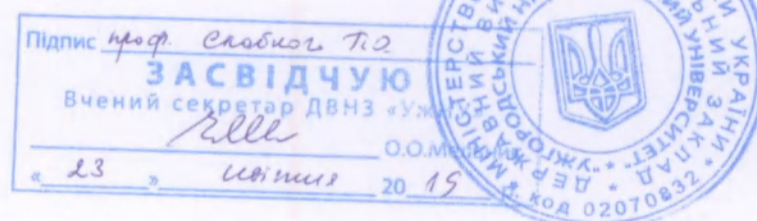
Загальний висновок

Актуальність теми дисертаційного дослідження, адекватність застосованих методів і обсягу дослідження, сучасний науково-методичний рівень виконання, теоретична та практична важливість отриманих результатів щодо обґрунтування та розроблення системи покращення виживання та зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи кровообігу, достатнє висвітлення результатів дослідження у публікаціях дають можливість зробити висновок, що дисертаційна робота Клименюка Володимира Петровича «Медико-соціальне обґрунтування системи покращення виживання та зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи кровообігу», відповідає вимогам, що висуваються до дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора наук, а саме, п. 11 «Порядку присудження наукових ступенів і присвоєння вченого звання старшого наукового співробітника», затвердженого Постановами Кабінету Міністрів України від 24 липня 2013 р. № 567 та від 19.08.2015р. №656, а її автор заслуговує на присудження вченого ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина».

Опонент:

Завідувач кафедри громадського здоров'я
Ужгородського національного університету,
д.мед.н., професор

Г.О.Слабкий



Відомо про отримання
оцінки на захист
до спеціалізованої
вченої ради
02.05.19.

В.г. секретар