

Голові спеціалізованої вченої ради
Д 64.600.06 Харківського національного
медичного університету
д. мед. н., професору Огнєву В. А.

ВІДГУК

**офіційного опонента Сміянова Владислава Анатолійовича
на дисертаційну роботу Клименюка Володимира Петровича «Медико-
соціальне обґрунтування системи покращення виживання та зниження
інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи
кровообігу», що представлена на здобуття наукового ступеня доктора
медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина до
спеціалізованої вченої ради Д 64.600.06 Харківського національного
медичного університету**

Актуальність теми.

Серцево-судинні захворювання є основною глобальною причиною смерті (17,3 млн людей помирають щороку при прогнозуванні збільшення цих цифр до 23 млн у 2030 р.) і одним з найважливіших факторів, що сприяють зростанню поширеності неінфекційних захворювань у світі. З усіх випадків смерті від серцево-судинних захворювань близько 80 % становлять атеросклеротичні захворювання, зокрема ішемічна хвороба серця, у т. ч. інфаркт міокарда, та цереброваскулярні захворювання, у т. ч. інсульт (ВООЗ, 2016).

В Україні за останні 25 років поширеність серцево-судинних захворювань серед населення зросла втричі, а рівень смертності від них підвищився вдвічі. За рівнем смертності від даних хвороб країна займає одне з перших місць серед європейських країн. При цьому динаміка смертності від інфаркту міокарда, ішемічної хвороби серця, інсульту в Україні істотно відрізняється від динаміки смертності в економічно розвинених країнах, в яких вона поступово зменшується (на 1–3 % за рік).

Фактори системи охорони здоров'я або системні фактори, такі, як відстань до лікарні, спосіб транспортування, доступність послуг екстреної медичної допомоги, а також лікарень, здатних виконувати перкутанні коронарні інтервенції, значно впливають на смертність від хвороб системи кровообігу (ХСК). При цьому забезпечення бригад екстреної медичної допомоги дванадцяти-датчиковим електрокардіографом, здатність лікарень

безперервно виконувати перкутанні коронарні втручання, а також наявність кардіохірургічної служби для пацієнтів з ускладненнями хвороб системи кровообігу є критичними.

За даними ВООЗ серцево-судинні захворювання спричиняють третину випадків інвалідності. У підсумковому документі наради Генеральної Асамблеї ООН про інвалідність (2013 р.) зазначається, що приблизно 80% інвалідів живуть у країнах із низьким рівнем доходів, підкреслено доцільність забезпечення їх необхідною медико-соціальною допомогою. У найближчі 10 років у всьому світі очікується зростання кількості непрацездатних внаслідок інвалідності до 150 млн осіб, що вдвічі перевищує цей показник в 1990 р.

Питання, які саме важелі та резерви впливу на популяційні показники інвалідизації, зокрема на ключовий показник виживаності інвалідів внаслідок хвороб системи кровообігу, було центральним в роботі.

Актуальність дослідження значною мірою посилюється необхідністю виконання низки державних Урядових нормативних актів, а саме: Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» від 02.06.2010 п0004100-10, зокрема «Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» від 12.03.2013 № 128/2013, постанов Кабінету Міністрів, «Про затвердження державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року» від 05.11.2007 № 1290, «Про затвердження державної цільової програми розвитку українського села на період до 2015 року» від 19.09.2007 № 1158, постанови МОЗ України № 5 від 27.12.2007 «Принципи організації оптимальної моделі системи охорони здоров'я».

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

Дисертаційна робота виконувалась відповідно до плану виконання докторських дисертацій Вінницького національного медичного університету, а також у рамках комплексної науково-дослідної роботи «Вивчення показників здоров'я різних груп населення як основа для реформування системи охорони здоров'я України», № держреєстрації - 0110U000522, автор є відповідальним виконавцем.

Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих в дисертації та достовірність отриманих результатів.

Дисертаційна робота Клименюка В.П. «Медико-соціальне

обґрунтування системи покращення виживання та зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи кровообігу» є комплексним медико-соціальним дослідженням, виконаним на високому методичному рівні, у якому автором визначено мету, яка полягає у науковому обґрунтуванні системи покращення виживання та зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи кровообігу за функціоналом виживаності, оцінці її впровадження. Для вирішення завдань дисертаційної роботи пошукувач використав сучасні адекватні поставленим завданням методи: статистичний, епідеміологічний, соціологічний, GML та геостатистичного моделювання, моделювання виживаності, організаційного експерименту та експертних оцінок.

Основні положення роботи, сформульовані автором дисертації, викладено на підставі поглибленого аналізу 201 літературного джерела, із них кирилицею - 102, латиною – 99 та результатів власних досліджень на достатньому обсязі даних.

Інформаційна база дослідження.

На першому етапі власних досліджень проведено вивчення інвалідизації внаслідок ХСК за когортами, віком та роками дослідження за стріп-спліт-плот дизайном. 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 були 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 було проведено вивчення індивідуальних факторів виживаємості інвалідів внаслідок гострого інфаркту міокарда та інсультів на основі моделі пропорційного ризику Кокса впродовж 2005-2012 років. 533 інваліда (303 внаслідок гострого ІМ і 230 внаслідок інсультів). 533 акти освідчень на МСЕК, 533 карти реабілітації інваліда, 533 статистичні карти проспективного вивчення наслідків інвалідності, 9720 карт виклику ШМД (ф№110-о), 533 амбулаторні карти (ф№025/о), 2381 медична карта стаціонарного хворого (ф№003/о), 79 лікарських свідоцтв про смерть (ф№106/0-95).

Результати дослідження задокументовані, цифрові дані статистично

оброблені з використанням адекватних методів.

Таким чином, можна констатувати, що достовірність отриманих результатів спирається на застосування відповідних статистичних методів обробки, аналізу і узагальнення даних, які використовувались для комплексного вивчення об'єкту дослідження та досягнення мети дослідження.

Наукова новизна, теоретична та практична цінність дослідження.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- обґрунтована та розроблена нова методологія інтегративного вивчення трендів інвалідизації, яка на відміну від існуючих уможлиблює 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 території;

- 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;

- удосконалена методика аналізу виживаності інвалідів внаслідок гострого інфаркту міокарда та інсультів за рахунок врахування конкурентних ризиків.

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 системи покращення виживання та зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи кровообігу за функціоналом виживаності;

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

Впровадження результатів дослідження в практику проводилося на етапах його виконання на державному та регіональному рівнях (у Вінницькій та Житомирській областях).

Повнота представлення результатів в друкованих працях.

Всього за темою дисертаційної роботи було опубліковано 33 наукові праці, у тому числі 1 наукова монографія, 23 статті у фахових виданнях, затверджених МОН України (в одноосібному авторстві - 12), 6 матеріалів-науково-практичних конференцій, видано 3 методичні рекомендації.

Структура та обсяг дисертації. Представлена дисертаційна робота побудована класично і складається із вступу, огляду літератури, розділу матеріалів та методів досліджень, шести розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, додатків.

Текст дисертації викладений на 247 сторінках друкарського тексту (розділи дисертації на 219 сторінках, література та додатки – на 28 сторінках), містить 3 додатки, 62 таблиці та 29 рисунків. Бібліографія включає 201 джерело, із них кирилицею - 102, латиною - 99.

Всі розділи дисертації викладені у чіткій послідовності до поставлених цілей і завдань роботи, кожний наступний етап роботи логічно впливає із попереднього.

У **вступі** розкрито актуальність теми, сформульовані мета та завдання дослідження, визначені об'єкт, предмет і методи дослідження, наведено наукову новизну, практичне значення одержаних результатів та особистий внесок здобувача. Надаються відомості про апробацію результатів дисертації, публікації та структуру дисертаційної роботи.

Перший розділ «Сучасний погляд на медико-соціальні механізми та резерви попередження інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу і покращення виживаності» дисертації присвячений аналізу даних літератури за тематикою проведеного дослідження, проаналізований вітчизняний та зарубіжний досвід та сучасний погляд на медико-соціальні механізми та резерви попередження інвалідності внаслідок ХСК і покращення виживаності. Автором встановлено, що дії, спрямовані лише на індивідуальну поведінку людей, є недостатньо ефективними. Перспективним є застосування інтегрованих загальнодержавних підходів із залученням усього суспільства, але, як відмічає дисертант, наукові роботи по дослідженню ризиків виникнення найбільш поширених ХСК в процесі розвитку когорт за народженням в Україні є відсутні.

У **другому розділі** «Програма, обсяги та методи дослідження» дисертаційної роботи описані основні характеристики матеріалу дослідження

та методи аналізу даних. Описана структура дослідження, яке логічно підпорядковано чотирьом етапам.

На першому етапі власних досліджень проведено суцільне по Житомирській області дослідження інвалідизації внаслідок ХСК за когортами, віком та роками дослідження за стріп-спліт-плот дизайном. Когорта за народженням, вік та рік є базовими елементами АРС конструкції.

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

На другому етапі досліджена географічна модель ризиків інвалідизації внаслідок ХСК у Житомирській області. Аналіз впливу просторового розподілу факторів здійснювався через поступове зняття з оригінального географічного розподілу рівнів процесу просторових гетерогенних ефектів, які видозмінюють ризики інвалідизації. На основі цього дисертантом було проаналізовано просторові кореляції ризиків інвалідизації внаслідок ХСК, обумовлених екологічним середовищем.

Третій етап стосувався вивчення індивідуальних факторів виживаності інвалідів внаслідок ГІМ та інсультів на основі моделі пропорційного ризику Кокса. Збір даних щодо летальності проводився методом комбінованої вибірки. Обсяг панельного масиву склав 533 інваліда. З них 303 внаслідок гострого ІМ і 230 внаслідок інсультів. Основними подіями стали: «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». Всі події вивчені протягом перших шести років з моменту встановлення групи інвалідності.

Отримані на попередніх етапах результати дозволили на четвертому, заключному етапі науково обґрунтувати систему покращення виживання та зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи кровообігу за функціоналом виживаності. Оцінена ефективність впровадження елементів системи на прикладі ГІМ на рівні регіону (Вінницька область) на основі вивчення когорти 800 пацієнтів з первинним ГІМ. Ефективність оцінювалась за термінами суттєвого зменшення летальності внаслідок ГІМ, а також покращення 5-річної виживаності. Використана панельна організація даних. Особливістю даної роботи стало те, що елементи обґрунтованої системи удосконалення медичного забезпечення

інвалідів внаслідок ГІМ та інсультів ще в процесі дослідження впроваджувались в практику і вплинули на процес реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій і Житомирській областях.

Таким чином, програма дослідження та її методичний апарат дозволили отримати репрезентативні дані, вирішити поставлені завдання, отримати достовірні висновки і рекомендації щодо оптимізації організації медичної допомоги інвалідам внаслідок ГІМ та інсультів за функціоналом виживаності.

Третій розділ «Дескриптивний аналіз інвалідизації внаслідок ХСК за когортами, віком та роками дослідження за стріп-спліт-плот дизайном» дисертації присвячений дескриптивному аналізу 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. Спостерігається падіння інвалідизації внаслідок ХСК протягом 1999-2008 років, яке не можна пояснити успіхами профілактичної та лікувальної медицини. Простежується виражена динаміка росту 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. Доведено наявність пікових значень інвалідизації у віковій групі 51-55 років.

Автором виявлено регулярні 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.

Проаналізувавши найбільш чутливі медико-соціальні індикатори для ілюстрації соціальної компоненти, автором виявлено вирішальну роль соціального середовища, яке призводить до виражених диспропорцій істинних (очікуваних) ризиків інвалідизації і зареєстрованих.

Доведено, що погіршення медико-соціального середовища призводить до виражених диспропорцій істинних ризиків інвалідизації і зареєстрованих.

В четвертому розділі «Вивчення ризиків інвалідизації внаслідок ХСК за ієрархічною мікст-моделлю» дисертантом вивчені географічні закономірності спостережених ризиків інвалідизації внаслідок ХСК у

Житомирській області і показано, що їх розподіл далекий від рівномірного. Простежуються три підвищення ризиків (за висотою піків): на півночі області (починаючи з широти 51° і більше в межах довготи $27^\circ 20' - 29^\circ$), на півдні (до широти $50^\circ 40'$ в межах довготи $27^\circ 40' - 29^\circ 40'$), і на сході (в межах широти $50^\circ 20' - 51^\circ 00'$ і довготи від $29^\circ 30'$ - і більше). За результатами геостатистичного моделювання доведено, що вплив комплексу АРС факторів на географічний розподіл ризиків інвалідизації внаслідок ХСК є високо достовірним $\chi^2(24) = 1622573$, $p < 0,0001$. Кожний з АРС факторів (вік, когорта за народженням, часовий період достовірно змінював просторовий розподіл ризиків інвалідизації. Ефект розселення виявився високо достовірним, $F(1; 7117) = 180445$ з $p < 0,0001$. Із збільшенням кількості населення спостережені рівні інвалідизації достовірно ($p < 0,0001$) вищі. За висновками геостатистичної моделі вплив комплексу медико-соціальних факторів на географічний розподіл ризиків інвалідизації внаслідок ХСК був високо достовірним з $p < 0,0001$. Рівень безробіття, бідності суттєво ($p < 0,0001$) модифікували просторовий розподіл ризиків інвалідизації, зменшуючи рівні. У той же час вищі рівні екстреної госпіталізації та кількості спеціальностей, не забезпечених жодним спеціалістом, модулюють вищі локальні рівні, суттєво посилюючи географічну варіацію показника ($p < 0,0001$).

В п'ятому розділі «Географічна модель ризиків інвалідизації внаслідок ХСК у Житомирській області» роботи дисертантом 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%.

Було проаналізовано 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). За допомогою моделі конкуруючих ризиків з оцінником Кокса 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-курортне лікування проходять лише близько 15% інвалідів. Зв'язок зі статусом виживання неочевидний. Результати свідчать, що сільські і міські інваліди мали схожий склад за діагнозами, що призвели до інвалідизації. 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%). Переважно виходять на інвалідність пацієнти у 50-60 років, що чіткіше простежується для ГІМ (49,8%). Достовірно більш вчасна госпіталізація при ГІМ, коли до 6 годин було госпіталізовано 63,4% пацієнтів, і 59,6% при інсультах. Всього до 6 годин було госпіталізовано 61,7% пацієнтів. Виявлені обернені зв'язки між важкістю стану, віком пацієнта та вчасністю госпіталізації.

Шостий розділ «Дескриптивна характеристика панельного масиву даних з вивчення медичних подій в житті інваліда внаслідок ХСК» розкриває вплив медичних подій та індивідуальних факторів на виживаність інвалідів внаслідок ГІМ та інсультів на основі моделі пропорційного ризику Кокса. Показано, що сприятливіший соціальний стан інваліда істотно зменшував летальність при ГІМ на 25,4% і при інсультах на 74%. Час від виникнення критичного стану до госпіталізації теж суттєво модифікував ризик. Кожна наступна градація збільшувала ризик на 44% при ГІМ і на 51% при інсультах. Супутня патологія за індексом коморбідності Чарлсона суттєво збільшувала ризик летальності на 69% лише при інсультах. Це можливо пояснити різним ефектом вимирання від супутньої патології пацієнтів з ГІМ і з інсультами.

Із поширених засобів фармакотерапії достовірний вплив на виживання мали лише β -блокатори та застосування реперфузії до 1 доби після виникнення критичного стану. Застосування β -блокаторів в процесі стаціонарного лікування зменшувало летальність на 54,9% при ГІМ та на 31,0% при інсультах, тоді як застосування реперфузії на 35% та 33% відповідно. Застосування аспірину, клопідогрелю, нефракціонованого гепарину, статинів, інгібіторів АПФ суттєво не змінювало виживаність. Присутність клінічних симптомів на момент виписування збільшувала летальність на 176,7%. Збільшення фракції викиду до нормальної зменшувала летальність на 57%. Наявність ускладнень в процесі стаціонарного лікування збільшувала летальність на 107,7%. Рівень холестерину в плазмі крові, тривалість лікування в стаціонарі, обмеження самообслуговування на момент виписування пацієнта не справляли суттєвого ефекту на виживаність при ГІМ.

Статистичні оцінки впливу лагів медичних подій в житті інваліда на виживаність при інсультах показали, що істотно змінюють ризик летального наслідку медичні лише події того ж року (нульовий лаг). Це, як і у випадку з ГІМ, насамперед, планова госпіталізація, яка достовірно зменшує ризик на 14% та санаторно-курортне лікування, яке достовірно зменшує ризик на 19%. Випадок екстреної госпіталізації суттєво підвищує летальність в цьому ж році на 22%. Курс реабілітації в місцевих ЛПЗ суттєво не зміщував ризик, що вказує на низьку якість та доступність реабілітаційної допомоги інвалідам внаслідок інсультів на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги.

У цьому розділі «Оцінка індивідуальних факторів виживаності інвалідів внаслідок гострого інфаркту міокарда та інсультів на основі моделі пропорційного ризику Кокса» обґрунтовані елементи системи покращення виживання та зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок ХСК за функціоналом виживаності, визначена ефективність впровадження системи в умовах реформування системи охорони здоров'я Вінницької області на прикладі ГІМ та інсультів.

Основні напрямки покращення медичного обслуговування інвалідів впливають із даних дослідження. Вчасність госпіталізації являється ключовим моментом збільшення виживаності. Пов'язаними з вчасністю діагностики та доставки до стаціонару є важкість стану на момент госпіталізації, негайне застосування β -блокаторів, та реперфузії. Інтенсифікація і завершеність лікувального процесу є іншим суттєвим напрямком попередження летальності. Проте найважливішим моментом стала ліквідація територіальної нерівності у доступності до континууму медичних послуг інвалідам. До нових елементів, що передбачає система, є розширення мережі ЕМД за рахунок існуючих та нових закладів (пункти тимчасового та постійного базування, перепрофілювання ліжок в ліжка ЕМД в складі існуючих лікарень), екстериторіальність надання допомоги, спрощення і безперервність маршруту пацієнта, зокрема із появою централізованої диспетчерської та відділення телемедицини при ОЦЕМДіМК, створення кардіохірургічного і в перспективі нейрохірургічного центрів.

В середньому впровадження запропонованої системи забезпечило додатково 0,8788 місяців життя пацієнту протягом перших 5 років від початку хвороби. Відповідно 100 пацієнтів покращить своє виживання на 87,88 місяців протягом перших 5 років від експертизи інвалідності. Щороку по Вінницькій області реєструється близько 2000 випадків з гострим коронарним синдромом. Відповідно ефект впровадження оцінюється як 1757,6 додаткових місяців життя протягом перших 5 років в масштабах

Вінницької області щорічно. Показано, що лише 15,8% від загального ефекту впровадження приходиться на покращення якості лікування пацієнтів, а 84,2% пов'язане саме з покращенням доступності ЕМД та спеціалізованої допомоги. За умови повного впровадження моделі передбачається збільшення виживання до 4,6738 додаткових місяців життя пацієнта протягом перших 5 років від початку хвороби. Тобто фактична реалізація склала лише 18,8% від максимально можливого ефекту в рамках моделі.

Таким чином, отримані результати свідчать про досягнення мети та виконання завдань дослідження і запропонована система може бути рекомендована для впровадження у інших регіонах України.

Висновки та практичні рекомендації. Висновки відображають отримані в ході дослідження результати, відповідають меті і завданням дисертаційного дослідження і є достатньо обґрунтованими. Практичні рекомендації відображають сутність отриманих результатів та нововведень, які рекомендовані дисертантом.

Автореферат за змістом повністю відповідає основним положенням дисертації, оформлення, структура та зміст відповідає вимогам, які визначені ДАК МОН України.

Відповідність паспорту спеціальності. Дисертаційна робота відповідає паспорту спеціальності 14.02.03 - соціальна медицина і не є продовженням кандидатської дисертаційної роботи.

Під час ознайомлення з текстом дисертації ознак плагіату не виявлено.

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

1. При вивченні географічних закономірностей спостережених ризиків Ви вказуєте, що збільшення кількості населення модулюють достовірно вищі рівні інвалідизації. Як Ви це можете пояснити?
2. Ви відмічаєте, що існуюча система реабілітації не впливає на рівень інвалідизації внаслідок ХСК. Як Ви це пояснюєте і що пропонуєте?
3. Яка супутня патологія найчастіше впливає на летальність хворих внаслідок ГІМ та інсультів?
4. Чи вивчали Ви різницю ефективності лікування хворих з ХСК по клінічним протоколам і без?

Необхідно зазначити, що вказані в ході опоненції питання не знижують загального позитивного враження від дисертаційної роботи та її науково-практичної цінності.

ЗАГАЛЬНИЙ ВИСНОВОК

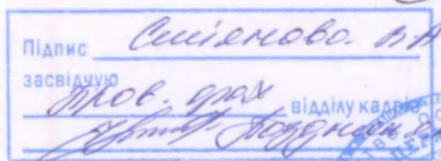
Дисертаційна робота «Медико-соціальне обґрунтування системи покращення виживання та зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи кровообігу» Клименюка В.П. є самостійною, завершеною науковою працею, яка виконана на сучасному науково-методичному рівні та вирішує важливу науково-практичну проблему – наукове обґрунтування системи покращення виживання та зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи кровообігу за функціоналом виживаності, оцінка її впровадження.

Дисертація повністю відповідає вимогам пунктів 9 та 10 «Порядку присудження наукових ступенів», затверджених Постановами Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 р. № 567 та від 19.08.2015 р. №656, а її автор Клименюк В.П. заслуговує на присудження наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина.

Офіційний опонент:

завідувач кафедри громадського здоров'я
Сумського державного університету,
доктор медичних наук, професор

Сміянов В.А.



Відгук офіційного
опонента надіслав до
спеціалізованої вченої
ради 26.04.19р.

Вг. секретар