ВІДГУК

офіційного опонента, доктора медичних наук, професора Клименко Вікторії Іванівни на дисертаційну роботу Теренди Наталії Олександрівни «Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда», подану до захисту до спеціалізованої вченої ради Д 64.600.06 при Харківському національному медичному університеті на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина

Ступінь актуальності обраної теми. Хвороби системи кровообігу (далі – ХСК) серед усіх неінфекційних захворювань залишаються основною причиною смерті в глобальному масштабі, незважаючи на безперервне вдосконалення методів діагностики та лікування кардіологічних хворих. Та, нажаль, прогнози експертів невтішні: до 2030 р. ХСК залишаться головними причинами смерті та інвалідизації працездатного населення у всьому світі, зокрема смертність досягне 23,4 млн. осіб.

В Україні смертність від серцево-судинних захворювань складає понад 60% у загальній структурі смертності, з них більше половини припадає на частку інфаркту міокарду (далі – ІМ). Щорічно в Україні реєструють майже 50 тис. випадків ІМ, летальність від якого в Україні істотно вища, ніж в економічно розвинутих країнах. Так, в Україні від гострого інфаркту міокарду помирають 30% пацієнтів, у той час як у країнах Заходу – 5%.

Останнім часом особливої актуальності набула проблема удосконалення надання медичної допомоги хворим з ІМ. На сьогодні вже достатньо вивчені модифіковані фактори ризику розвитку ІМ та їх вплив не тільки індивідуальному рівні, а й популяційному. Проте досліджень, спрямованих на вивчення впливу мультифакторного середовища на виникнення ІМ, на даний час недостатньо.

Необхідною складовою якості надання медичної допомоги є оцінка омісійних та комісивних лікарських помилок при допомозі хворим на ІМ, які

виникають внаслідок як системних факторів в охороні здоров'я (обмежений доступ до медичних послуг, діагностичних ресурсів, сучасних інформаційних технологій), так і персоніфікованих помилок медичного персоналу (недостатня кваліфікація лікарів первинної ланки, синдром «емоційного вигорання»). За даними наукової літератури, найвагомішою категорією патологій, при яких медичний персонал в амбулаторних умовах здійснює діагностичні помилки із завданням шкоди пацієнту є серцево-судинні захворювання, зокрема, ІМ як провідна нозологія серед ХСК.

Хоча у наукових джерелах достатньо досліджень стосується ХСК, більшість із них охоплюють окремі аспекти епідеміології захворювання, чинників ризику патології, удосконалення методів діагностики, медикаментозного лікування. Комплексних робіт, присвячених оптимізації організації надання медичної допомоги з урахуванням усіх технологічних процесів та раціонального використання ресурсів, все ще дуже мало.

Тому, дисертаційна робота Теренди Наталії Олександрівни – актуальна і на часі. Вагомість дослідження акцентується й необхідністю наукового обґрунтування таких напрямів реформування системи охорони здоров'я України, як оптимізації вторинної і третинної медичної допомоги.

За обсягом, предметом та методами дослідження дисертація відповідає профілю спеціалізованої вченої ради з соціальної медицини і паспорту спеціальності.

Мета дослідження повністю розкрита у послідовних завданнях.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження є фрагментом комплексних науково-дослідних робіт кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського: «Артеріальна гіпертензія та гіпертонічна хвороба у сільського населення як соціально-медична проблема» (термін виконання – 2010–2012 рр., державний реєстраційний номер – 0110U001934), «Організаційні основи реформування системи охорони здоров'я» (термін виконання – 2011–2014 рр., державний реєстраційний номер – 0111U005740), «Математичне моделювання

процесів управління охороною здоров'я» (термін виконання – 2014–2016 рр., державний реєстраційний номер – 0114U000397).

Ступінь обґрунтованості та достовірності наукових положень, висновків та рекомендацій, сформульованих в дисертаційній роботі, забезпечується:

- достатніми за обсягом матеріалами: науково-інформаційними джерелами за темою дослідження, даними державної статистичної звітності Центру медичної статистики МОЗ України, Державної служби статистики України за 1996-2015 рр. (усього 287 таблиць) з метою ретроспективного аналізу захворюваності на ІМ, ХСК, гіпертонічну хворобу (далі ГХ), ішемічну хворобу серця (далі – ІХС) та стенокардію в Україні та районах; викопіюваними даними з «Медична карта стаціонарного хворого» ф. №003/о пацієнтів з ІМ, які проходили лікування у Тернопільській комунальній міській лікарні № 2, Хмельницькій обласній лікарні, КЗ «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради (усього 462 од.) для вивчення поведінкових, соціальних, системних факторів ризику розвитку ІМ, а також результатів даних анкет 24 організаторів охорони здоров'я та провідних науковців для експертного оцінювання запропонованої оптимізованої системи;

- використанням широкого спектру загальнонаукових та спеціальних методів дослідження, в тому числі: системного підходу та системного аналізу, бібліосемантичного та історичного, демографічного районування, епідеміологічного, прогнозування, статистичного, соціологічного, концептуального моделювання та експертних оцінок;

- обґрунтованістю положень, що мають важливе наукове, теоретичне та практичне значення.

У цілому дисертаційна робота є завершеною працею, в якій з належною послідовністю та змістовністю висвітлено проблему надання медичної допомоги хворим на ІМ. Наукові висновки дисертації мають завершений характер. Вони базуються на теорії соціальної медицини та системному підході щодо вивчення причин та формування комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію системи медичної допомоги хворим на ІМ.

Наукова новизна, теоретична та практична цінність дослідження.

При виконанні дисертаційної роботи *вперше в Україні:*

– обґрунтовано й розроблено оптимізовану систему надання медичної допомоги хворим на ІМ, основними доменами якої стали: пацієнт з існуючими факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань та проблемами зі здоров'ям; мультидисциплінарна робоча система з чітко визначеними структурними й організаційними технологіями та наслідки (сприятливі та несприятливі) як для пацієнта, так і для системи охорони здоров'я; основною процесуальною парадигмою оптимізованої системи надання медичної допомоги хворим на ІМ є міжсекторальна співпраця, міждисциплінарна структурна та функціональна координація дій у досягненні визначеної мети – зменшенні виникнення інфаркту міокарда та його несприятливих наслідків, що залежить, насамперед, від структурно-функціональної організації профілактичного, діагностичного, лікувального та реабілітаційного процесу при ІМ;

– обґрунтовано заходи з менеджменту ризиків, метою якого є мінімізація діагностичних помилок під час лікувально-діагностичного процесу, при цьому основними організаційними технологіями визначено: покращення обґрунтування та доказів встановлення діагнозу, поліпшення доступу до діагностичних тестів, оптимізація діагностичних стратегій на первинному рівні; заохочувальну сприяючу політику Уряду, що підтримує заклади охорони здоров'я, покращення інформаційних технологій, розробку методів ідентифікації діагностичних помилок, забезпечення постійного зворотного зв'язку між клініцистами з приводу діагнозу, мультидисциплінарне симуляційне навчання та залучення пацієнтів до ідентифікації діагностичних помилок;

– встановлено вирішальну роль тютюнопаління у виникненні ІМ при одночасній багатофакторній дії індивідуальних, екологічних та контекстуальних чинників на популяційному рівні, що підтверджується достовірним зв'язком при множинному покроковому регресійному аналізі (IRR=1,000034, p=0,000);

– побудовано модель пропорційних ризиків впливу стентування коронарних артерій з балонною ангіопластикою на тривалість лікування пацієнтів з ІМ, в яких доведено, що вказаний метод лікування достовірно зменшував тривалість лікування навіть після корекції таких конфаундигів, як стать (HR=1,32; p=0,041), вік старше 60 років (HR=1,31; p=0,048) та серцева недостатність ІІА–ІІБ стадії (HR=1,36; p=0,020);

– з'ясовано системні ризики структурного характеру, що перешкоджають запровадженню в Україні перкутанних коронарних інтервенцій при ІМ, зокрема, при існуючих темпах приросту за 2013–2015 рр. кількості таких операцій з 1,53 до 1,96 на 10 тис. населення (ВШ 1,3 [95 % ДІ 1,26-1,35], p=0,000) дефіцит ліжок рентгеноендоваскулярної хірургії в Україні буде становити 205 ліжок на 10 тис. населення з максимальною потребою у Південно-Східному – 62 на 10 тис. населення (30,2 %), Центральному – 44 на 10 тис. населення (21,5 %) та Західному – 43 на 10 тис. населення (21,0 %) районах.

Уточнено:

– роль пацієнта в досягненні системних цілей – мінімізації несприятливих подій при ІМ та встановлено значну частоту недбайливого ставлення до свого здоров'я: 52,35±2,12 % опитаних нерегулярно вимірюють рівень свого артеріального тиску, 41,70±2,10 % – нерегулярно приймають антигіпертензивні препарати, 8,12±1,16 % – не лікують підвищений артеріальний тиск; 53,97±2,12 % респондентів ніколи не контролювали рівень холестерину, 58,48±2,10 % – ніколи не проводили ліпідограму;

– частоту системних факторів ризику виникнення ІМ, зокрема, за даними соціологічного дослідження, при виникненні проблем зі здоров'ям лише 33,75±2,01 % респондентів звертаються до своїх сімейних лікарів, що може свідчити, поряд з іншими чинниками, про недовіру населення до лікарів первинної ланки; а за даними аналізу медичних карт стаціонарного хворого лише 27,78±2,64 % пацієнтів з інфарктом міокарда госпіталізовано впродовж перших двох годин, 56,94±2,92 % осіб доставлено в кардіологічне відділення бригадами екстреної медичної допомоги;

– зв'язок виникнення ІМ з деякими ХСК: зі стенокардією на популяційному рівні (IRR=0,999, p=0,036 за регресією Пуассона), із ГХ (r_{xy}=+0,59, p<0,05) з відмінностями в адміністративному аспекті, що підтверджується прямим сильним зв'язком ІМ з ГХ у Південному районі (r=+0,77, p<0,05) та слабким зв'язком – у Північно-Східному та Центральному районах (r=+0,04 та r=+0,01 відповідно), що свідчить про наявність інших факторів ризику і потребує подальшого з'ясування;

– зв'язок виникнення ІМ з безробіттям на рівні адміністративно-територіальних районів, що підтверджується достовірним зв'язком між виникненням ІМ та безробіттям у Західному (ВШ 1,09 [95 % ДІ 1,05-1,14], p<0,05) та у Північно-Східному (ВШ 1,10 [95 % ДІ 1,06-1,14], p<0,05) районах.

Набули подальшого розвитку:

– знання щодо існуючих та прогнозних (до 2025 р.) трендів поширеності та захворюваності дорослого населення України на ІМ, ХСК та їх основні форми (ІХС, стенокардію, ГХ), при цьому проведено прогнозування показників захворюваності на ХСК зростуть на 42,0 %, на стенокардію – на 50,4 %, а на ІМ – на 15,4 %;

– особливості виявленої частоти медичних та поведінкових факторів ризику розвитку ІМ у різних вікових та статевих групах дорослого населення: достовірне переважання у жінок ГХ, цукрового діабету 2 типу, у чоловіків – тютюнокуріння.

Теоретичне значення результатів дослідження полягає у доповнені теорії соціальної медицини в частині вчення про здоров'я населення та управління охороною здоров'я, зокрема надання медичної допомоги хворим на ІМ.

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

- розробки перспективної оптимізованої системи надання медичної допомоги пацієнтам з ІМ;
- розробки мультидисциплінарної робочої системи з визначеними структурними та організаційними технологіями, комплексний вплив якої на

пацієнта дозволить модифікувати фактори ризику розвитку ІМ, посилити взаємодію хворого з лікарем, призначити оптимальне лікування та реабілітацію з застосуванням перспективних заходів зі зменшення діагностичних помилок при ІМ;

- адаптації моделі щодо інтенсивного втручання на рівні первинної медичної допомоги для зміни поведінки пацієнтів з факторами ризику в межах пацієнт-центрованого підходу в Україні;
- розрахунку рекомендованого ліжкового фонду відділень рентгеноендоваскулярної хірургії для надання допомоги пацієнтам з ІМ;
- удосконалення планування роботи департаментів охорони здоров'я облдержадміністрацій, закладів охорони здоров'я щодо оптимізації відділень рентгеноендоваскулярної хірургії, штатних посад лікарів вторинної, третинної ланок в умовах автономізації лікувально-профілактичних закладів різних регіонів України.

Їх впровадження реалізовано:

на *галузевому рівні* шляхом розробки:

– інформаційних листів про галузеві нововведення, підтриманих МОЗ та затверджених проблемною комісією МОЗ та Національної академії медичних наук України з соціальної медицини:

- «Прогностична оцінка захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу до 2025 року в Україні» (№ 101-2017): (м. Київ, 2017);
- «Прогностична оцінка поширеності інфаркту міокарда до 2025 року в Україні» (№ 102-2017): (м. Київ, 2017);

на *регіональному рівні* шляхом впровадження:

– в практичну діяльність охорони здоров'я: управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації (акт впровадження від 24.05.2017 р.); департаменту охорони здоров'я Херсонської обласної державної адміністрації (акт впровадження від 06.12.2017 р.); департаменту охорони здоров'я Закарпатської обласної державної адміністрації (акт

впровадження від 27.12.2017 р.); департаменту охорони здоров'я Кіровоградської обласної державної адміністрації (акт впровадження від 18.12.2017 р.); департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації (акт впровадження від 28.12.2017 р.);

– у навчальний процес на другому освітньо-кваліфікаційному рівні навчання на кафедрах: соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету (акт впровадження від 11.05.2017 р.), соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (акт впровадження від 17.06.2017 р.), соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства Івано-Франківського національного медичного університету (акт впровадження від 11.05.2017 р.), організації охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету (акт впровадження від 19.05.2017 р.), соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (акт впровадження від 01.06.2017 р.), соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (акт впровадження від 12.05.2017 р.), соціальної медицини та організації охорони здоров'я ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет» (акт впровадження від 30.05.2017 р.).

Повнота викладу наукових положень в опублікованих роботах. Результати дисертаційних досліджень повністю представлені в опублікованих працях згідно із рекомендаціями МОН України. Всього за темою дисертації опубліковано 40 наукових працях, з них 20 статей у наукових фахових виданнях України (зокрема, 11 – у виданнях, включених до міжнародних наукометричних баз), також 1 стаття – у іноземному періодичному виданні, 16 публікацій – у матеріалах конференцій, конгресів та 2 інформаційні листи.

Характеристика розділів, оцінка змісту дисертації, її завершеність у цілому. Дисертація є завершеною науковою роботою. Рукопис має класичну структуру, викладена на 412 сторінках друкованого тексту (основний текст –

266 сторінок), складається зі вступу, огляду літератури, шести розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (всього 438 найменувань, з них 145 – латиницею), 63 додатків. Робота ілюстрована 52 рисунками та 46 таблицями.

У **вступі** чітко та аргументовано розкрито актуальність проблеми, обґрунтовано необхідність подібного роду досліджень, сформульовано мету, завдання, розкрито суть наукової новизни дослідження, теоретичне та практичне значення результатів роботи та їх впровадження, особистий внесок автора, викладено дані щодо апробації результатів дисертаційної роботи.

Розділ 1 «*Сучасні підходи до мінімізації медичного, соціального та економічного тягаря хвороб системи кровообігу та інфаркту міокарда в розвинених країнах світу та Україні*» присвячений аналізу проблем у системі охорони здоров'я, що стосуються існуючих підходів до зменшення ризику розвитку ІМ, зростання захворюваності на ХСК, застосування оптимального лікування серцево-судинної патології. При цьому встановлено, що на даний час недостатньо врегульовано питання системної співпраці служб і закладів системи охорони здоров'я, міжсекторальної взаємодії державних та територіальних органів влади, залучення громадських організацій до процесу надання медичної допомоги пацієнтам з ІМ.

Огляд літератури ретельно систематизований та базується на сучасних публікаціях. У цьому розділі продемонстроване глибоке знання проблеми, оскільки автором вивчено достатньо велика кількість наукових джерел, підкреслено її актуальність та об'єктивно доведено необхідність вирішення завдань даного дослідження.

У **розділі 2** «*Програма, матеріал і методи дослідження*» подано програму дослідження, організаційні етапи дослідження, достатньо повно розкриваються методологія та методи, представлено обсяг виконаних досліджень з кожного завдання.

У **третьому розділі** «*Існуючі (1996–2015 рр.) та прогнозні (2016–2025 рр.) тренди показників захворюваності дорослого населення на інфаркт міокарда та хвороби системи кровообігу в національному та регіональному аспектах*»

на основі ретроспективного дослідження встановлено значне зростання за досліджуваний період показників захворюваності на ХСК – на 52,1 %, на ГХ – на 86,4 %, ІХС – на 59,2 %, на стенокардію – на 45,3 %, на тлі неістотного підвищення захворюваності на ІМ – на 0,4 %. Проте, як показали розрахунки, при існуючій системі надання медичної допомоги пацієнтам із ХСК показник захворюваності на ІМ зросте на 15,4 % до 2025 р., що актуалізує потребу в застосуванні не тільки сучасних методів лікування, але й запровадження профілактичних технологій із запобігання виникненню цього захворювання.

Автор наводить також прогнозні показники зростання захворюваності на ХСК (42,6 %), ГХ (49,6 %), ІХС (48,6 %), стенокардію (50,4 %) до 2025 р. в Україні та її різних регіонах.

Наведені дані актуалізують необхідність обґрунтування та розробки оптимізованої системи надання медичної допомоги пацієнтам з ІМ.

У четвертому розділі «*Частота виявлення основних чинників виникнення хвороб системи кровообігу та ідентифікація медико-демографічних, соціальних та екологічних факторів ризику розвитку інфаркту міокарда на популяційному рівні*» набули подальшого розвитку знання щодо факторів ризику розвитку ІХС, зокрема ІМ та стенокардії.

Автором встановлено переважання у жінок таких факторів ризику розвитку ІМ як стенокардія, ГХ, цукровий діабет 2 типу, у чоловіків – тютюнокуріння. Доведено кореляційний зв'язок ІМ із ГХ на популяційному рівні (r_{xy}=+0,59, p<0,05). При цьому коефіцієнт детермінації вказує на те, що поширеність ІМ на популяційному рівні на 34,8 % зумовлена захворюваністю на ГХ, решта 65,2 % формується під впливом інших факторів.

В роботі встановлено вплив поширеності тютюнокуріння на розвиток ІМ (IRR 1,00003 [95 % ДІ 1,00001–1,00004], p=0,000) та викидів оксиду вуглецю (IRR 1,0 [95 % ДІ 0,99-1,00], p=0,081) на популяційному рівні та рівня безробіття, а саме в Західному (ВШ 1,09 [95 % ДІ 1,05–1,14], p<0,05) та у Північно-Східному (ВШ 1,10 [95 % ДІ 1,06–1,14], p<0,05) у деяких районах України.

На основі проведеного соціологічного дослідження встановлено ключову роль пацієнта в досягненні системних цілей – мінімізації несприятливих подій при ІМ.

У **п'ятому розділі** «*Оцінка системних факторів ризику інфаркту міокарда та їх вплив на кінцеві результати в існуючій системі надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда на регіональному рівні*» встановлено основні системні фактори впливу на захворюваність на ІМ та якість надання медичної допомоги при цій нозології: пізнє звертання пацієнтів за медичною допомогою, недостатня роль у діагностиці ІМ лікарів первинного рівня і, відповідно, незастосування сучасних лікувальних технологій,

У своєму дослідженні автор піднімає питання призначення оптимального лікування. Встановлено, що на тривалість лікування найбільше впливає, насамперед, вік пацієнта (HR 0,81 [95 % ДІ 0,66–0,98], p=0,033) та наявність у нього серцевої недостатності (HR 0,78 [95 % ДІ 0,63–0,97], p=0,026). Використовуючи регресійний аналіз за Коксом, доведено, що застосування стентування коронарних артерій з балонною ангіопластикою достовірно зменшувало тривалість лікування навіть після корекції основних конфаундигів (статі, віку понад 60 років та серцевої недостатності ІІА–ІІБ стадії).

У **шостому розділі** «*Системні ризики структурного характеру, що перешкоджають запровадженню в Україні інтервенційних технологій при інфаркті міокарда (у т. ч. кардіохірургічної допомоги)*» проведено ретроспективний аналіз кардіохірургічної допомоги в Україні, в тому числі і щодо методів лікування ІМ (аортокоронарне шунтування, стентування коронарних артерій) та наявності кваліфікованих кадрів.

Детальний аналіз існуючої системи доводить, що перкутанні коронарні інтервенції на даний час є інноваційною технологією надання медичної допомоги, проте рівень оперативних втручань порівняно із європейськими країнами залишається досить низьким.

Застосовуючи метод концептуального моделювання, автором запропоновано необхідну кількість ліжок для відділень рентгеноендоваскулярної хірургії для проведення стентування коронарних

артерій з балонною ангіопластикою хворим на ІМ залежно від поширеності даної патології та кількісного складу населення кожної області зокрема й України загалом.

У **сьомому розділі** «*Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда*» з використанням поетапної методології обґрунтовано та розроблено оптимізовану систему надання медичної допомоги пацієнтам з ІМ, а також концептуальні підходи до її втілення в охороні здоров'я.

Позитивним елементом запропонованої концепції є центральне становище в ній пацієнта з існуючими факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань та проблемами зі здоров'ям. Процес надання медичної допомоги пацієнту повинен розпочинатись з першого контакту його з системою охорони здоров'я і завершуватись на пацієнті при досягненні цільових орієнтирів.

Інноваційним компонентом даної системи є наявність мультидисциплінарної робочої системи, яка передбачає застосування функціональних інтеграційних стратегій, що дозволять забезпечити міжсекторальний підхід, впровадження сучасних інформаційних технологій діагностичного процесу, передбачення ризиків та їх мінімізацію.

Ще одним інноваційним компонентом є розробка менеджменту ризиків, яка передбачає встановлення захисних бар'єрів на шляху існуючих ризиків та прогнозування виникнення нових ризиків. Для зменшення діагностичних помилок при інфаркті міокарда автор пропонує застосовувати ІТ-підходи, вдосконалювати систему навчання лікарів.

Оптимізована система надання медичної допомоги пацієнтам з ІМ одержала схвальну оцінку 69 експертів, які підтвердили медичну та економічну доцільність запровадження даної інновації.

Висновки та практичні рекомендації, сформульовані дисертантом, відповідають меті й завданням дисертаційного дослідження, ґрунтуються на отриманих результатах, об'єктивні, чіткі, належним чином аргументовані, містять достатню кількість фактичного матеріалу.

Під час ознайомлення з текстом дисертації плагіату не виявлено.

Автореферат відповідає змісту дисертації, а робота загалом – паспорту спеціальності «Соціальна медицина».

До роботи є окремі **зауваженні і побажання** щодо редакційних помилок та друкарських погрішностей.

Також, хотілося б почути відповідь на наступні дискусійні питання:

1. На мій погляд, одним із основних напрямів впливу наукового обґрунтування оптимізації системи надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда є й використання служби екстреної медичної допомоги, яку Ви випустили в своїй моделі. Як саме, враховуючи Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 10.07.2013р., повинна діяти ця служба, як один із виконавців: госпіталізація до найближчого закладу охорони здоров'я, згідно Закону, чи до лікарні, яка має в структурі реперфузійне відділення ?

2. У сьомому розділі «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда» Ви посилаєтесь на останні роботи іноземних учених (Avdic D., 2015, Balamurugan A. et al., 2016), в яких стверджується, що при збільшенні на 10 км відстані до найближчої лікарні на 5,8% зростає ризик летальних випадків при гострому коронарному синдромі з елевації сегменту ST. Обґрунтуйте, будь-ласка, вимоги розтошування мережі лікарень, які мають відповідні умови (кадри, оснащення) для надання медичної допомоги даній категорії хворих відповідно до європейських протоколів лікування (стентування мають проводити у перші 2 години контакту пацієнта з медичним персоналом, максимум 12 годин від початку симптомів)

3. Хотілось почути уточнення щодо обґрунтованих заходів з менеджменту ризиків, а саме, організаційних технологій покращення обґрунтування та доказів встановлення діагнозу та про заохочувальну сприяючу політику Уряду, які Ви вказали як науковуновизну, що було вперше виконано у дисертаційної роботі в Україні.

Вказані запитання та зауваження не мають принципового характеру та не знижують загальної позитивної оцінки дисертації.

ВИСНОВОК

Дисертаційна робота Теренди Наталії Олександрівни «Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда» є завершеною науково-дослідною роботою, в якій науково обґрунтовані положення та висновки, що в сукупності сприятимуть вирішенню важливого завдання – оптимізації системи надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда, удосконаленню організації профілактики та медичної допомоги у напрямі забезпечення їх доступності хворим на інфаркт міокарду при раціональному використанні обмежених ресурсів системи охорони здоров'я.

Наукове дослідження виконане на сучасному науковому та методичному рівні, його результати відзначаються новизною та актуальністю, мають практичне та теоретичне значення для охорони здоров'я, що забезпечує відповідність вимогам пп. 9, 10 і 14 «Порядку присудження наукових ступенів», затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 24 липня 2013 р. № 567 (із змінами, внесеними згідно з Постановами КМУ № 656 від 19.08.2015 р. і № 1159 від 30.12.2015 р.) стосовно дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук, а її автор Теренда Н.О. заслуговує присудження наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина.

Офіційний опонент
Завідувач кафедри охорони здоров'я,
соціальної медицини та лікарсько-
трудової експертизи Запорізького
державного медичного університету,
доктор медичних наук,
професор, Заслужений лікар України В.І. Клименко

Власноручний підпис
ПІДТВЕРДЖУЮ
Нач. відділу кадрів Запорізького
державного медичного університету
«__» _____ 20__ р. Підпис

Міністерство охорони здоров'я України
Запорізький державний медичний університет
Код ЄДРПОУ 02010741

Відгук офіційного опонента надійшов до спеціалізованої вченої ради 05.12.18р.
Вч. секретар