

Голові спеціалізованої
вченої ради Д 64.600.06
Харківського національного
медичного університету
доктору медичних наук,
професору В.А. Огнєву

ВІДГУК

офіційного опонента, доктора медичних наук, доцента

Комар Олени Миколаївни на дисертаційну роботу

Теренди Наталії Олександрівни

«Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда», 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

Обґрунтування вибору теми дослідження. Відомо, що одним із напрямів глобального плану дій ВООЗ з профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними на 2013–2020 рр. є попередження та якісне лікування хворих на діабет, інфаркти та інсульти, підвищення доступності основних технологій, що знайшло своє відображення у «Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року». Підсилюючим національним елементом законодавчого характеру є Постанова Кабінету Міністрів України № 385 від 6 серпня 2014 року «Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на період до 2020 року», у якій одним із пріоритетних завдань медичної галузі визначено необхідність підвищення рівня ефективності використання ресурсів, якості та доступності вторинної й третинної медичної допомоги.

У цьому контексті варто відмітити, що представлена дисертаційна робота є незаперечною за актуальністю, на часі, вагомою, має наукову значимість і практичну направленість на вирішення важливої проблеми – оптимізації системи надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконувалася відповідно до плану науково-дослідних робіт ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України» і є фрагментом науково-дослідних робіт: «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), де автор брала безпосередню участь у їх виконанні.

Мета дослідження узгоджена з назвою дисертації, а **завдання** – конкретизують мету, визначають основні етапи наукового пошуку, носять комплексний підхід.

Слід відмітити, що опис вирішення дисертантом окреслених наукових завдань складає зміст розділів та підрозділів дисертації, назви яких співзвучні поставленим завданням.

За об'єктом, предметом і методами дослідження дисертація **відповідає паспорту спеціальності 14.02.03 – соціальна медицина**, а за змістом – **профілю спеціалізованої вченої ради.**

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що вперше в Україні: обґрунтовано й розроблено оптимізовану систему надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда, 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; обґрунтовано заходи з менеджменту ризиків, метою якого є мінімізація діагностичних помилок під час лікувально-діагностичного процесу; встановлено вирішальну роль тютюнокуріння у виникненні інфаркту

міокарда при одночасній багатофакторній дії індивідуальних, екологічних та контекстуальних чинників на популяційному рівні; побудовано моделі пропорційних ризиків впливу стентування коронарних артерій з балонною ангіопластиком на тривалість лікування пацієнтів з інфарктом міокарда; з'ясовано системні ризики структурного характеру, що перешкоджають запровадженню в Україні перкутанних коронарних інтервенцій при інфаркті міокарда.

У роботі автором уточнено роль пацієнта в досягненні системних цілей – мінімізації несприятливих подій при інфаркті міокарда; частоту системних факторів ризику виникнення інфаркту міокарда; зв'язок виникнення інфаркту міокарда з деякими хворобами системи кровообігу та безробіттям.

За результатами дослідження набули подальшого розвитку знання щодо існуючих та прогностичних (до 2025 р.) трендів поширеності та захворюваності дорослого населення України на інфаркт міокарда, хвороби системи кровообігу та їх основні форми (ішемічну хворобу серця, стенокардію, гіпертонічну хворобу); частоти виявлення медичних та поведінкових факторів ризику розвитку інфаркту міокарда у різних вікових та статевих групах дорослого населення.

Теоретичне значення роботи полягає у доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про здоров'я населення та управління охороною здоров'я, зокрема надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда.

Практичне значення одержаних результатів не викликає сумніву. Вони стали підставою для:

- розробки перспективної оптимізованої системи надання медичної допомоги пацієнтам з інфарктом міокарда;
- розробки мультидисциплінарної робочої системи з визначеними структурними та організаційними технологіями, комплексний вплив якої на пацієнта дозволить модифікувати фактори ризику розвитку інфаркту міокарда, посилити взаємодію хворого з лікарем, призначити оптимальне лікування та реабілітацію і перспективних заходів зі зменшення діагностичних помилок при інфаркті міокарда;

- 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 інфарктом міокарда;

- 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.

Даний розділ варто було б доповнити пунктом – розробки функціонально-організаційної моделі взаємодії закладів охорони здоров'я, пацієнта і територіальних органів влади.

Про **практичну значущість** роботи свідчить **впровадження її** результатів на галузевому та регіональному рівнях шляхом розробки двох інформаційних листів, впровадження в практичну охорону здоров'я п'ятьох обласних департаментів охорони здоров'я та у навчальний процес на другому освітньо-кваліфікаційному рівні навчання на кафедрах семи вищих медичних вузів, про що є відповідні акти впровадження.

Достатньою є **апробація** матеріалів дослідження, яка здійснювалася на 15 науково-практичних конференціях різних рівнів, у т. ч. 6 – міжнародних.

Повнота викладу результатів наукового дослідження. Матеріали дисертації знайшли відображення у 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.

У зазначених статтях достатньою мірою розкрито наукові результати, які стали особистим науковим здобутком автора, що дозволяє зробити висновки про відповідність публікацій вимогам оприлюднення наукових результатів.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота Н. О. Теренди 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.

Характеристика розділів, оцінка змісту та завершеності дисертації.

Структура роботи відповідає вимогам Наказу МОН України № 40 від 12.01.2017 року «Про затвердження Вимог до оформлення дисертації», побудована класично.

У дисертаційній роботі правильно оформлена й подана анотація державною та англійською мовами як узагальнений короткий виклад основного її змісту згідно до вимог п. 2 – п. 4 Наказу МОН України № 40 від 12.01.2017 року, висновки логічно завершують розділи, ілюстративний матеріал підкреслює наукову думку здобувача щодо шляхів та методів медико-соціального обґрунтування оптимізованої системи надання медичної допомоги пацієнтам з інфарктом міокарда. Таким чином, дисертаційне дослідження може вважатися завершеним у цілому.

У *вступі* автором чітко обґрунтовано актуальність обраної теми, зв'язок з науковими програмами, науково коректно сформульовано мету, яка корелює з темою та конкретизується у завданнях, окреслено об'єкт, предмет дослідження. Відображені наукова новизна, теоретичне й практичне значення одержаних результатів досліджень, їх впровадження, особистий внесок здобувача у виконання роботи, апробація результатів дисертації, публікації. Логічно окреслено систему використаних у роботі сучасних дослідницьких методів.

У *першому розділі* «Сучасні підходи до мінімізації медичного, соціального та економічного тягаря хвороб системи кровообігу та інфаркту

міокарда в розвинених країнах світу та Україні» дисертантом, на високому науковому рівні, проаналізовано світові й вітчизняні наукові роботи із досліджуваної проблеми, окреслено коло невирішених питань. Одержані результати, представлені в першому розділі, підтвердили необхідність подальшого наукового пошуку в напрямку медико-соціального обґрунтування оптимізованої системи надання медичної допомоги хворим з інфарктом міокарда.

Висновки до першого розділу представлено автором на основі комплексного аналізу літературних джерел та використання бібліосемантичного й історичного методів.

Розділ написаний грамотно, присутній критичний аналіз й свідчить про те, що автор цілком володіє сучасними даними по проблемі, яка вивчалась.

У другому розділі «Програма, матеріал і методи дослідження» детально висвітлено спеціальну програму та план наукового дослідження з використанням методу системного підходу та аналізу, яка побудована в сім організаційних етапів з використанням адекватних методів, що відображає досягнення здобувачем поставлених завдань дослідження та забезпечило отримання повної й достовірної інформації для оцінки стану об'єкта і предмету, що вивчалися.

Третій розділ «Існуючі (1996–2015 рр.) та прогностичні (2016–2025 рр.) тренди показників захворюваності дорослого населення на інфаркт міокарда та хвороби системи кровообігу в національному та регіональному аспектах» містить п'ять підрозділів, охоплює великий масив офіційних статистичних даних Центру медичної статистики МОЗ України. Привертає увагу територіальний і часовий розмах дослідження (десять років) вказаних патологічних станів з причинно-структурною їх деталізацією, результати яких представлені у вигляді таблиць, коректно підібраних графічних зображеннях.

Важливими для реалізації мети стали прогнозовані територіальні тренди показників захворюваності дорослого населення на інфаркт міокарда та хвороби системи кровообігу в аспекті загальноукраїнських тенденцій, які до

2025 року зростуть на 15,4 % і 50 % відповідно, особливо в Центральному регіоні.

Ознайомлення з **четвертим розділом** «Частота виявлення основних чинників виникнення хвороб системи кровообігу та ідентифікація медико-демографічних, соціальних та екологічних факторів ризику розвитку інфаркту міокарда на популяційному рівні» показує великий масив дуже різнобічної інформації щодо виявлення основних чинників ризику виникнення хвороб системи кровообігу, скрупульозно проаналізовано автором в адміністративно-територіальному аспекті на високому науковому рівні з використанням сучасних методик.

Автором ретельно опрацьовані медико-демографічні та поведінкові чинники виникнення інфаркту міокарда за даними медичних карт стаціонарного хворого у кількості 462 одиниці, а соціальні й екологічні – за даними Державної служби статистики України протягом семирічного періоду (2009-2015 рр.).

У даному розділі дисертантом відмічено, що в досягненні системних цілей – мінімізації несприятливих подій при інфаркті міокарда, ключову роль відіграє сам пацієнт, який повинен здійснювати контроль за станом власного здоров'я, вести здоровий спосіб життя, дотримуватись принципів комплаєнсу. Автор доводить, що зменшення або нівелювання поєднаної багатofакторної дії досліджуваних чинників потребує втручання держави та розробки міжсекторальних системних заходів, що, в подальшому, стане одним із підходів до створення функціонально-організаційної моделі взаємодії закладів охорони здоров'я, пацієнта і територіальних органів влади.

Загальновідомо, що одним із основних чинників виникнення та розвитку серцево-судинних захворювань є спадковість, тому було б доцільно включити його для вивчення мультифакторіального впливу, так як він є вагомим вмішуючим фактором.

Значна частина цифрового матеріалу даного розділу подана у додатках.

Висновки і пропозиції четвертого розділу достовірні, обґрунтовані й відзначаються науковою новизною та практичною значимістю результатів дослідження автора.

Розділ п'ятий «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». За допомогою методу системного підходу, який застосувала автор у роботі, показано, що існуюча система надання медичної допомоги хворим з інфарктом міокарда не відповідає сучасним вимогам оптимального медичного обслуговування контингенту. Найбільш проблемними аспектами, висвітленими в розділі, є: пізнє звертання пацієнтів за медичною допомогою, недостатня роль у діагностиці ІМ лікарів первинного рівня, незастосування сучасних лікувальних технологій, що збільшує тривалість лікування, ризику повторного ІМ та летальних випадків.

Підсилюючим до вказаного є обґрунтована дисертантом необхідність ідентифікації та реєстрації помилок під час діагностичного процесу, що співзвучно з найновішими міжнародними позиціями Європейських товариств (кардіологів, атеросклерозу, гіпертензії, інсульту та ін.).

Вважаю, що досконало проведене здобувачем дослідження впливу системних чинників на тривалість лікування пацієнтів є доцільним і вкрай необхідним для системи охорони здоров'я, про що свідчать науково обґрунтовані результати. Дисертант доводить, що інтервенційним методом вибору лікування хворих на інфаркт міокарда є стентування коронарних артерій з балонною ангіопластикою, медичну ефективність якого достовірно підтверджено такими показниками, як: зменшення тривалості перебування в стаціонарі на 36,0%; відсутність больового синдрому в 99,4% пацієнтів; позитивна ЕКГ- та ЕхоКГ-динаміка у 94,7% осіб; збільшення рухового режиму до 2000 м; вдвічі нижча смертність протягом першого року після втручання.

Доречним доповненням у вивченні існуючої системи надання медичної допомоги хворим з інфарктом міокарда є наступний *шостий*

розділ «Системні ризики структурного характеру, що перешкоджають запровадженню в Україні інтервенційних технологій при інфаркті міокарда (у т. ч. кардіохірургічної допомоги)», результати якого надали завершеності у виконанні даного етапу дисертаційної роботи.

У розділі відображено результати аналізу територіальних статистичних показників кардіохірургічних оперативних втручань, післяопераційної летальності та забезпеченості лікарями-кардіохірургами. З'ясовано, що в Україні впродовж 2013–2015 рр. частота застосування стентування коронарних артерій, з розрахунку на 10 тис. населення, зростає на 28 % (з 1,53 до 1,96 (ВШ 1,30 [95 % ДІ 1,26–1,35], $p=0,000$)), проте підвищився і показник летальності на 13,4 % (з 1,49 до 1,69 % (ВШ 1,13 [95 % ДІ 0,99–1,30], $p=0,060$)). Впродовж 1996–2015 рр. збільшилась також кількість кардіохірургів з вищою категорією на 16,1 % (з 28,9 до 46,4 % (ВШ 2,13 [95 % ДІ 1,51–3,02], $p=0,000$)).

Особливо вагомим, у даному розділі, є розрахований дефіцит ліжок відділень рентгеноендоваскулярної хірургії для проведення стентування коронарних артерій з балонною ангіопластиком хворим на ІМ, в основі якого взято потребу в проведенні стентування коронарних артерій згідно із середньоєвропейськими даними при наявному рівні виявлення ІМ та госпіталізації хворих.

Значна частина цифрового матеріалу даного розділу подана у додатках.

Сьомий розділ «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда» є важливою теоретичною частиною дисертаційної роботи, яка базується на визначених концептуальних підходах та напрямках. Автором представлено напрацьовані ним удосконалені та інноваційні елементи оптимізованої системи надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда та інтервенційні стратегії її ефективності, а саме: міждисциплінарні комунікації та командний підхід; сучасні інформаційні технології, у т. ч. телемедичні, для консультування та своєчасного встановлення діагнозу; функціональну організацію

структурного підрозділу для цілодобового проведення перкутанних коронарних інтервенцій; менеджмент ризиків.

Принциповою особливістю, розробленої автором для впровадження в Україні, оптимізованої системи надання медичної допомоги пацієнтам з інфарктом міокарда та її інноваційних елементів є моніторинг сприятливих та несприятливих наслідків як для пацієнта, так і для системи охорони здоров'я.

Доцільним і перспективним у запропонованих розробках є потенційні заходи зі зменшення діагностичних помилок при інфаркті міокарда, що визнано ВООЗ основним пріоритетом безпеки пацієнта, які розроблені на основі стратегії менеджменту ризиків. Їх впровадження призведе до: покращення обґрунтування та доказів діагнозу, поліпшення доступу до діагностичних тестів, оптимізацію діагностичних стратегій на первинному рівні; розробки методів ідентифікації діагностичних помилок із залучення до них пацієнта.

Експерти позитивно оцінили (97%) обґрунтовану оптимізовану систему надання медичної допомоги пацієнтам з інфарктом міокарда, що дозволило рекомендувати її для впровадження в систему охорони здоров'я України.

Представлені в тексті аналізованого дисертаційного дослідження таблиці та рисунки є інформативними та сприйнятливими для аналізу.

За результатами наукового пошуку автором обґрунтовано й представлено одинадцять **висновків**, які впливають зі змісту дисертаційного дослідження, містять фактичний матеріал, узгоджуються із наведеними завданнями та в достатній мірі віддзеркалюють сутність наукових і практичних результатів у формулюванні розв'язання наукової проблеми.

Практичні рекомендації використання здобутих результатів дослідження впливають із запропонованих інновацій і є адресними до виконання.

Список використаних літературних джерел відтворює їх використання у порядку посилань у тексті, а бібліографічний опис складений відповідно до вимог Національного стандарту України ДСТУ 8302:2015 «Інформація та документація. Бібліографічне посилання. Загальні

положення та правила складання» та додатку 3 «Вимог до оформлення дисертації» (п.11 розділу III) (2017).

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

Основні наукові положення і висновки, що містяться в дисертаційній роботі, сформульовані чітко, логічно, достатньо обґрунтовані та об'єктивні, забезпечені адекватним методологічним інструментарієм, відповідають поставленим завданням, мають наукову новизну, теоретичне і практичне значення, підтверджуються репрезентативною кількістю сучасних статистичних методів обробки отриманих результатів. У роботі використано комплекс сучасних методів, зокрема: системний підхід і системний аналіз, бібліосемантичний та історичний, демографічне районування, епідеміологічний, прогнозування, статистичний, соціологічний, концептуального моделювання, експертних оцінок. Використаний широкий спектр методів засвідчує комплексність планування та проведення дослідження, науковий професіоналізм і творчий підхід автора.

Автореферат дисертації структурно та за змістом повністю відповідає основним положенням дисертації і є ідентичним. При опрацюванні тексту дисертації плагіату нами не виявлено.

Текст дисертаційної роботи та автореферату представлений українською мовою, а запропонований дисертантом науковий стиль подання дисертаційного матеріалу є добрим і характеризується логічною послідовністю викладу, прагненням автора до конкретики і точності, доцільністю і раціональністю усіх положень, а також орієнтований на досягнення дослідницької мети та завдань.

Тема докторської дисертації не повторює тему та напрямок дослідження, які були обрані для виконання кандидатської дисертації.

Суттєвих зауважень та побажань в ході опоненції, що певною мірою б знизили загальний позитив вражень від дисертаційної роботи та її науково-практичну цінність немає, а ті що були – вже погоджені та вирішені з автором у робочому порядку.

Окрім того, маю наступні **пропозиції** та **запитання** для уточнення, що не зменшують значимості отриманих результатів дисертаційної роботи, а саме:

Пропозиції: Автор здійснила порівняння призначеної фармакоterapiї пацієнтам з інфарктом міокарда за різних методів лікування в кардіохірургічному стаціонарі, але без оцінки прямих і непрямих витрат при кожному із них. Доречним було б розрахувати загальну вартість лікування даного захворювання для оцінки економічної вигоди для держави і економічної доступності для пацієнта. Використання методу «витрати-корисність» дозволило б визначити, для останнього, альтернативний метод лікування та його вплив на якість життя після перебування в стаціонарі.

Запитання:

1. Які першочергові кроки потрібно зробити на етапі впровадження запропонованої Вами оптимізованої системи надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда? Які елементи можуть бути впроваджені у найближчій перспективі, а які – у віддалені терміни?
2. У сьомому розділі Ви стверджуєте, що однією із причин помилок медичного характеру є проблеми з комунікацією, тобто неефективна командна робота медичного персоналу щодо передачі інформації про пацієнта, і, на основі цього, визначили стратегію «Міждисциплінарні комунікації та командний підхід». За цією стратегією Ви обґрунтовуєте потребу у розробці комунікаційних протоколів. Чи існують такі протоколи у міжнародній практиці? Яка їх структура, зміст та ефективність?
3. Для підвищення рівня практичних навичок і умінь здобувач пропонує створити центри симуляційного навчання у вищих медичних навчальних закладах. Чи обговорювалась дана ініціатива для впровадження на базі Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України? Які кроки для цього зроблені? Розкрийте Ваше бачення щодо діяльності такого центру й очікувані результати його роботи.

Висновок

Дисертаційна робота Теренди Наталії Олександрівни «**Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда**» виконана *вперше* і є суттєвим внеском щодо поглиблення існуючих знань медичної науки та галузі.

Дисертація є завершеною, самостійно підготовленою кваліфікаційною науковою працею, в якій отримані нові науково обґрунтовані та практично цінні результати, що вирішують важливу наукову проблему, яка полягає у оптимізації системи надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда. Актуальність дисертаційної роботи, адекватність використаних методів дослідження, сучасний науковий рівень виконаної роботи, важливість отриманих результатів, достатнє їх висвітлення у публікаціях дають змогу зробити загальний позитивний висновок, що виконана наукова робота відповідає вимогам п. 10 «Порядку присудження наукових ступенів» затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України № 567 від 24 липня 2013 р. (зі змінами, внесеними згідно Постанови КМУ № 656 від 19.08.2015 року), а її автор, Теренда Наталія Олександрівна, заслуговує присудження наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина.

Офіційний опонент,

професор кафедри соціальної медицини
та організації охорони здоров'я
Вінницького національного
медичного університету імені М.І. Пирогова
доктор медичних наук, доцент



О. М. Комар



Підпис _____
Завіряю _____
С. М. Комар, відділу кадрів
Вінницького національного
медичного університету
імені М. І. Пирогова
« 5 » 12 20 18 р.