

ВІДГУК

офіційного опонента

доктора медичних наук, доцента, Заслуженого лікаря України Лашкул Зінаїди Василівни на дисертаційну роботу Прокопів Марії Мирославівни «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров'я», поданої на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина

Актуальність обраної теми

Цереброваскулярні хвороби та мозкові інсульти визнані глобальною проблемою людства. У світі кожні дві секунди стається один інсульт, близько 17 млн. на рік. Кожні десять секунд одна людина помирає від інсульту, що становить близько 6,5 млн. людей кожного року. Живуть з наслідками інсульту 26 млн. осіб.

У зв'язку з чим ВООЗ прийняла низку документів, які скеровані на боротьбу з цереброваскулярними хворобами, мозковими інсультами та факторами ризику, що їх формують.

Два попередніх загальноєвропейських консенсусних зібрання у 1995 та 2006 році у Гельсінгборзі, були скликані для огляду наукових доказів і поточного стану надання допомоги з метою встановлення цілей для розвитку допомоги при інсультах на майбутнє десятиліття. Дотримуючись того ж формату, Європейська організація інсульту (ESO – European Stroke Organisation) у співпраці з Європейським альянсом боротьби з інсультом (SAFE – Stroke Alliance for Europe) підготувала Європейський план дій із боротьби з інсультом – ESAP (European Stroke Action Plan) на період 2018–2030 роки. В ESAP включили сім сфер діяльності (доменів): первинну профілактику, організацію допомоги при інсульті, лікування при гострому інсульті, вторинну профілактику, реабілітацію, оцінку результатів лікування при інсульті та оцінку якості допомоги і життя після інсульту. Були також

визначені дослідницькі пріоритети для трансляційних досліджень в області інсульту. Документи були підготовлені робочою групою і були відкриті для публічних коментарів. Остаточний документ був підготовлений після семінару, який відбувся в Мюнхені 21–23 березня 2018 року. Визначили чотири стратегічні цілі на 2030 рік:

- 1) зменшити на 10% абсолютне число інсультів в Європі;
- 2) лікувати 90% всіх пацієнтів з інсультом в Європі в спеціалізованих інсультних блоках, в якості першого рівня надання допомоги;
- 3) мати національні плани боротьби з інсультом, що охоплюють весь ланцюжок надання допомоги;
- 4) повністю впровадити національні стратегії з мультисекторальних втручань в сфері охорони здоров'я.

В цілому, для семи сфер діяльності були визначені 30 цільових завдань і 72 пріоритети в області досліджень. ESAP надає базову "дорожню карту" і встановлює цільові показники для впровадження обґрунтованих доказами профілактичних заходів і видів допомоги при інсульті до 2030 року.

Проблема цереброваскулярних хвороб являється вкрай актуальною і для України.

За офіційною статистикою, в Україні цереброваскулярні захворювання є причиною смертності № 2 (100 000–140 000 смертей, близько 14% усіх померлих). Щороку стається 100 000–140 000 інсультів (понад третина з них — у людей працездатного віку), 30–40% хворих на інсульт помирають упродовж перших 30 днів і до 50% — протягом року від початку захворювання; 20–40% хворих, що вижили, стають залежними від сторонньої допомоги (12,5% первинної інвалідності) і лише близько 10% повертаються до повноцінного життя. Кожні 4 хвилини стається один інсульт.(близько 140000 українців); кожні 10 хвилин помирає одна людина від інсульту (близько 50 тис. смертей на рік).

У структурі мозкових інсультів переважають ішемічні порушення мозкового кровообігу. За даними міжнародних мультицентрових досліджень,

співвідношення ішемічних інсультів до геморагічних у Європейських країнах становить відповідно 7:1, а в Україні – 4:1. Безумовно, це визначає високий показник смертності від інсультів, серед яких переважають особи, які перенесли його геморагічний варіант.

Зазначені показники визначають для України актуальність організації ефективної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах (ЦВХ) та мозкових інсультах на сучасному етапі розвитку суспільства і реформування системи охорони здоров'я. При цьому наукові публікації останніх років вказують на недосконалість системи охорони здоров'я країни по забезпеченню населення доступною та якісною медичною допомогою. Більшість закладів охорони здоров'я країни, що надають спеціалізовану медичну допомогу, явилися неготовими до виконання вимог Національної служби здоров'я України (НСЗУ) по забезпеченню хворих якісною та ефективною медичною допомогою в рамках державних гарантій згідно з Законом України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення"

Основними причинами високої захворюваності і смертності від ЦВХ є: висока поширеність факторів ризику, недосконалість єдиної системи соціальних та медичних заходів, спрямованих на профілактику цієї смертельно небезпечної патології.

Слід зазначити, що в рекомендаціях ВООЗ визначена класифікація факторів ризику ЦВХ. Вони поділяються на ті, які можливо модифікувати, та на ті які не модифікуються. Серед факторів, що не модифікуються виділяють вік, стать та спадковість, які мають значний вплив на розвиток фатальних ускладнень при ЦВХ. Серед основних факторів, що підлягають модифікації є: паління, гіподинамія, надмірна вага, артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, цукровий діабет. На жаль дія соціально-економічних факторів не входить до цього переліку.

Тому вивчення проблеми виникнення, розвитку, організації надання медичної допомоги хворим з ЦВХ, в т.ч. з МІ є актуальним питанням для

реалізації вищевказаних заходів з метою профілактики захворюваності та смертності від ЦВХ в Україні.

Таким чином висока актуальність дисертаційного дослідження Прокопів Марії Мирославівни «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров'я» що присвячена саме цій науковій проблемі не викликає жодних сумнівів та заперечень.

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

Розглядаючи ступінь обґрунтованості висновків, рекомендацій, сформульованих у дисертації слід відзначити що автором наукового дослідження чітко та цілком обґрунтовано сформульовані його мета і основні завдання, визначені об'єкт і предмет дослідження.

Зокрема, **метою роботи** є підвищення рівня доступності та ефективності медичної допомоги шляхом обґрунтування та розробки оптимізованої функціонально-організаційної системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров'я та впровадження програми державних гарантій медичної допомоги. Мета повністю відповідає темі дисертації, а чітко визначені завдання направлені на досягнення поставленої мети.

До числа **пріоритетних завдань**, які підлягали розв'язанню під час виконання наукового дослідження, були віднесені наступні завдання:

- 1) провести системно-історичний аналіз вітчизняних та світових наукових джерел щодо епідеміології цереброваскулярних хвороб та їх ускладнень та досвіду, що існує, по забезпеченню населення з цереброваскулярними хворобами та церебральними інсультами профілактичною та медичною допомогою;

2) дослідити та провести аналіз динаміки епідеміологічної ситуації щодо цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів в м. Києві, як мегаполісі та столиці держави та вивчити і провести аналіз поширеності факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів серед населення м. Києва;

3) дослідити стан розвитку в м. Києві первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини та встановити рівень готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання комплексної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах та встановити види медичних послуг та заходи щодо забезпечення населення комплексною медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах на рівні первинної медико-санітарної допомоги;

4) вивчити та провести аналіз мережі закладів охорони здоров'я м. Києва, в яких надається спеціалізована медична допомога населенню з цереброваскулярними хворобами та мозковими інсультами, стан їх ресурсного забезпечення та основні показники надання медичної допомоги при вказаних захворюваннях в тому числі дослідити якість надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами у відділеннях неврологічного та нейрохірургічного профілю;

5) дослідити та проаналізувати стан організації медичної допомоги хворим на мозкові інсульти в приватних закладах охорони здоров'я м. Києва;

6) оцінити ефективність використання різних організаційно-клінічних підходів в лікуванні гострого ішемічного інсульту в різні періоди після його розвитку;

7) дослідити рівень професійного ставлення лікарів-неврологів, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну медичну допомогу до системи надання медичної допомоги населенню при мозкових інсультах та встановити рівень їх задоволеності умовами праці;

8) вивчити оцінку пацієнтами рівня якості медичної допомоги, яку вони отримували під час стаціонарного лікування та рівень якості життя в осіб, які перенесли мозковий інсульт;

9) встановити рівень спроможності чинної мережі закладів охорони здоров'я м. Києва з її ресурсами до забезпечення населення комплексною медичною допомогою при мозкових інсультах в умовах реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення;

10) обґрунтувати напрями та форми діяльності системи громадського здоров'я в боротьбі із цереброваскулярними хворобами у мегаполісі;

11) науково обґрунтувати та розробити функціонально-організаційну структуру спеціалізованого центру надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах в умовах реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення та розрахувати потребу в спеціалізованому ліжковому фонді;

12) науково обґрунтувати та розробити оптимізовану систему профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами та мозковими інсультами на рівні мегаполісу та оцінити її ефективність і придатність в умовах реформування галузі охорони здоров'я.

Отже, в основі наукового дослідження, представленого на офіційний захист, знаходяться питання щодо визначення комплексу вірогідних чинників і факторів впливаючих на систему профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами та мозковими інсультами на рівні мегаполісу.

Як *об'єкт дисертаційного дослідження* визначено організацію медичної допомоги населенню м. Києва при цереброваскулярних хворобах та мозкових інсультах.

Важливою запорукою високої достовірності та валідності одержаних результатів слід вважати використання сучасних високоінформативних *методів досліджень*, а саме:

1) *системного підходу* – для проведення кількісного та якісного аналізу забезпечення населення м. Києва профілактичною та медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах і мозкових інсультах та обґрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню із цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров'я та впровадження програми державних гарантій медичного обслуговування населення;

2) *бібліосемантичного* – для вивчення даних наукової літератури щодо епідеміології цереброваскулярних хвороб та світового і вітчизняного досвіду по забезпеченню населення з цереброваскулярними хворобами та мозковими інсультами профілактичною та медичною допомогою;

3) *соціологічного* – для дослідження ставлення лікарів-неврологів до системи надання медичної допомоги при мозкових інсультах, рівня готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання комплексної медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах та з метою вивчення оцінки стаціонарними пацієнтами якості медичної допомоги та особами, які перенесли мозкові інсульти якості життя і опитування населення з метою вивчення факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб;

4) *епідеміологічного* – для аналізу основних показників динаміки епідеміологічної ситуації щодо цереброваскулярних хвороб в м. Києві, показників діяльності закладів охорони здоров'я з надання медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах та мозкових інсультах і оцінки розробленої моделі;

5) *моделювання* – для проведення функціонально-структурного аналізу, моделювання та представлення системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров'я з алгоритмом впровадження запропонованих інновацій;

6) *експертних оцінок* – для вивчення рівня якості медичної допомоги, визначення переліку послуг для надання на первинному рівні населенню

комплексної медичної допомоги при ЦВХ та необхідних для цього компетенцій і оптимальних шляхів їх набуття, встановлення напрямів та форм діяльності системи громадського здоров'я в боротьбі із цереброваскулярними хворобами у мегаполісі, оцінки прийнятності запропонованої оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров'я та впровадження програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

Окремо необхідно відмітити, що основні методи, які використовувались у дослідженні, дозволили одержати нові наукові дані, що в повній мірі відповідають вимогам та засадам доказової медицини відносно порівнювальності і відтворюваності результатів та їх використання в медичній практиці.

Високий *ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків та рекомендацій*, сформульованих у дисертації підтверджується достатньою кількістю проведених досліджень, що адекватні поставленим задачам.

Потрібно відзначити, що дисертантом вивчено і проаналізовано 334 наукових джерел, з яких іншомовних – 149. Інформаційну базу епідеміологічного дослідження склали звітні статистичні форми: ф. №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу» (75 од.), ф. №20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу» (75 од.), ф. №14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації» (25 од.), ф. С-8 «Розподіл померлих за статтю, віковими групами та причинами» (5 од.), результати соціологічного дослідження 427 жителів м. Києва, та аналіз 1575 випадків гострого порушення мозкового кровообігу з метою вивчення факторів ризику розвитку мозкового інсульту.

Інформаційною базою дослідження мережі, ресурсної бази та показників діяльності закладів охорони здоров'я стали звітні статистичні форми: форма №20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу» – 140 одиниць, дані

експертної оцінки 200 «Карт амбулаторного пацієнта» (ф-025) та 480 «Медичних карт стаціонарного хворого» - ф-№003/0.

Інформаційну базу соціологічного дослідження склали анкети опитування: 473 дорослого населення м. Києва; 376 лікарів загальної практики-сімейних лікарів; 119 лікарів - неврологів стаціонарних відділень; 31 лікар-невролог поліклінічних відділень.

При оцінці результатів дослідження широко використовувався метод експертних оцінок. Експертами виступали доктори та кандидати наук, а також лікарі-спеціалісти вищої та першої кваліфікаційної категорії.

З метою визначення прийнятності запропонованої системи була проведена її експертна оцінка з залученням 25 незалежних експертів: 5 докторів медичних наук, 10 кандидатів медичних наук, 10 організаторів охорони здоров'я вищої та першої кваліфікаційної категорії.

Усі наукові положення, висновки і рекомендації достатньо обґрунтовані, ілюстровані рисунками та таблицями, підтверджені адекватними статистичними розрахунками. Статистична обробка даних, отриманих в ході роботи, проводилась з використанням комп'ютерної програм Statistica 6.0 та MS Excel.

Таким чином, одержані результати з методологічної точки зору слід вважати цілком обґрунтованими і такими, що надають можливість зробити адекватні узагальнення та визначити отримані результати, як об'єктивно значущі.

Ураховуючи вимоги доказової медицини, автор в дисертації чітко обґрунтовує наукову новизну дослідження. В дисертаційній роботі вперше в Україні

системно, на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я та реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, представлено проблеми забезпечення населення мегаполісу профілактичною та медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах і мозкових інсультах, які полягають в невідповідності системи спеціалізованої медичної допомоги

таким в провідних країнах світу при недостатній доступності, якості та ефективності медичної допомоги і недостатній спроможності наявної мережі закладів охорони здоров'я м. Києва з її ресурсами до забезпечення населення комплексною медичною допомогою при ЦВХ та мозкових інсультах по забезпеченню реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення та способи їх вирішення шляхом обґрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу з досягненням позитивних медичних та соціальних результатів.

Так автором:

1) встановлено низький рівень готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання комплексної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах, який полягає в теоретичній та практичній підготовці до даного виду діяльності на рівні нижче 10% і обґрунтовано види медичних послуг і заходи з забезпечення населення комплексною медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах на рівні первинної медико-санітарної допомоги, що полягають в проведенні скринінгу на виявлення ЦВХ на ранніх стадіях розвитку ($89,6 \pm 1,6\%$), ефективній лікувальній допомозі ($84,4 \pm 1,8\%$), забезпеченні послуг реабілітаційного характеру ($87,2 \pm 1,7\%$), надання медико-соціальної допомоги сім'ям в яких живуть інваліди після перенесеного церебрального інсульту ($87,2 \pm 1,7\%$), невідкладній допомозі при гострому порушенні мозкового кровообігу (100%) та визначені необхідних для цього компетенцій і шляхів підвищення рівня можливості сімейних лікарів до ефективного надання ними відповідної комплексної медичної допомоги;

2) визначено види медичних послуг і заходи щодо забезпечення населення комплексною медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах на рівні системи громадського здоров'я міста, які включають інформаційно-просвітницьку комплексну роботу з питань профілактики та наслідків ЦВХ та мозкових інсультів на рівні громади, організованих колективів та сімей (100,0%), епідеміологічний нагляд за ризиками розвитку ЦВХ та мозкових

інсультів, комунікацію та соціальну мобілізацію в інтересах збереження та зміцнення здоров'я населення міста і адвокацію з формування здоров'язберігаючого профілю міста ($92,0 \pm 1,4\%$), формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я ($88,0 \pm 1,6\%$);

3) науково обґрунтовано та розроблено функціонально-організаційну структуру спеціалізованого центру надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах в умовах реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, в якому при централізації ресурсів забезпечується комплексна медична допомога пацієнтам із мозковими інсультами з розрахунком потреби у спеціалізованому ліжковому фонді, що становить 1,6 ліжок на 10 тис дорослого населення для надання лікувальної допомоги та 1,5 ліжка для проведення нейрореабілітації. Структурну основу центру складають наявні ресурси системи охорони здоров'я, які структуруються в наступні підрозділи: приймальне відділення з кабінетами візуалізації патології головного мозку і суміжних лікарів-спеціалістів; нейрохірургічне відділення з операційним блоком та блоком інтенсивної терапії; неврологічне відділення з палатами інтенсивної терапії; відділення для надання медичної допомоги дітям із гострими порушеннями мозкового кровообігу; діагностична служба; стаціонарне відділення та кабінет амбулаторної нейрореабілітації, а також інформаційно-аналітична служба; кабінет телемедичних консультацій та навчально-методичний кабінет при цьому клінінгові та кейтерингові послуги рекомендується забезпечити шляхом укладання відповідних договорів;

4) науково обґрунтовано та розроблено оптимізовану пацієнтоорієнтовану систему профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу, яка організаційно включає владні структури, систему охорони здоров'я, службу соціального захисту населення, громадські та благодійні організації, державний та приватний сектор праці з застосуванням механізму державно-приватного партнерства для створення необхідної ресурсної бази, при цьому для кожного

учасника процесу визначено завдання та функції, координацію яких забезпечує міська міжсекторальна координаційна рада боротьби з інсультом. Експертно визначено (за 10 бальною $9,28 \pm 0,42$), що на відміну від існуючої ситуації, впровадження запропонованої системи дає змогу усунути існуючі недоліки при наданні медичної допомоги при ЦВХ та МІ і підвищити її доступність та ефективність.

Уточнено наукові дані про фактори ризику розвитку цереброваскулярних хвороб до яких на рівні мегаполісу: додатково віднесено до факторів ризику у чоловіків: відсутність власного житла (ВР – 1.727; ДІ 95% (7.200 – 34.400), ВШ – 15,737), постійна недостатність фінансових ресурсів (ВР – 2,333; ДІ 95% (6.434-25.598), ВШ – 12.833); психоемоційні навантаження на роботі (ВР – 1.857; ДІ 95% (4.233-15.439), ВШ – 8.084); та у жінок: відсутність власного житла (ВР-1.459; ДІ 95% (7.422-26.669), ВШ – 14.060); психоемоційні навантаження на роботі (ВР – 1.679; ДІ 95% (4.115-11.723), ВШ – 6.946); постійна недостатність фінансових ресурсів (ВР – 1.830; ДІ 95% (3.359-9.136), ВШ – 5.540).

Доповнено наукові дані про організацію та ефективність надання медичної допомоги пацієнтам при мозкових інсультах в приватних закладах охорони здоров'я мегаполісу, потреба в якій за 2014-2019 рр. зросла в 1,7

($p \leq 0,05$) рази з рівнем летальності при ішемічних мозкових інсультах до 6,0% у 2019 році, що є достовірно нижчим, ніж у комунальних ЗОЗ ($p \leq 0,01$) і зумовлено госпіталізацією пацієнтів з мозковими інсультами меншої тяжкості захворювання та більш досконалою ресурсною базою закладів.

Дисертаційна робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні», № держреєстрації: 0115U002852, термін виконання: 2015-2017рр., яка виконувалася в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, де дисертант був виконавцем окремих фрагментів роботи.

Особливої оцінки заслуговують результати дисертаційної роботи, які запровадженні в практику, як на галузевому так і на регіональному рівнях.

Так на галузевому рівні матеріали дослідження були використані при розробці уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, які затверджені наказами МОЗ України: Ішемічний інсульт. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги 2012. Наказ МОЗ України від 3.08.2012 № 602 із змінами і доповненнями, внесеними Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15.01.2014 №34; Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Неврологія. УКПМД і МР Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив). Нормативні директивні правові документи Наказ МОЗ України від 17.04.2014, № 275; Геморагічний інсульт. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 17.04.2014, № 275 « Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при геморагічному інсульті» від 17.04.2014, № 275.

Методичних рекомендацій щодо оптимізації медичної допомоги населенню мегаполісу із цереброваскулярними хворобами. Г.О.Слабкий, М.М. Прокопів. Київ, 2019 – 31 с.

На регіональному рівні при розробці наказів Департаменту охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації:

- від 03.05.2016 року №430 «Про організацію проведення нейровізуалізації пацієнтам з гострим порушенням мозкового кровообігу»; від 25.05.2016 року № 228 «Про внесення змін до наказу ДОЗ № 646 від 28.15.2015 «Про систему надання стаціонарної медичної допомоги населенню у 2016 році»; від 23.12.2016 року №716 «Про систему надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню у 2017 році»; від 25.05.2017 року №229 «Про проведення перевірки стану надання медичної допомоги хворим з гострим порушенням мозкового кровообігу»; від 14.06.2017 року №264 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного

обслуговування у місті Києві»; від 20.10.2017 року №599 «Про проведення 23-28 жовтня 2017 року тижня профілактики інсульту в закладах охорони здоров'я, що засновані на комунальній власності територіальної громади міста Києва»; від 07.05.2018 року №447 «Про внесення змін до наказу Департаменту охорони здоров'я від 03 травня 2018 року №430 «Про організацію проведення нейровізуалізації пацієнтам з гострим порушенням мозкового кровообігу»; від 15.05.2018 року № 475 « Про проведення Дня боротьби з артеріальною гіпертензією в закладах охорони здоров'я, що засновані на комунальній власності територіальної громади міста Києва»; від 06.06.2018 року №544 «Про перевірку стану надання первинної медико-санітарної допомоги населенню міста Києва в умовах реформування галузі охорони здоров'я»; від 20.09.2018 №971 «Про перегляд регіональної формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я м. Києва»; від 28.09. 2018 року №1001 «Про проведення в місті Києві заходів з нагоди Всесвітнього дня серця, Всесвітнього дня тромбозу і Всесвітнього дня боротьби з інсультом»; від 24.05.2019 року и № 559 «Про внесення змін до наказу Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) від 20.09.2018 №971 « Про перегляд регіональної формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я м. Києва»; від 13.09.2019 року №1059 «Про організацію надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню»; від 04.10.2019 року № 1129 «Про перевірку стану надання медичної допомоги хворим з артеріальною гіпертензією в умовах комунальних некомерційних підприємств «Центр первинної медико-санітарної допомоги» та комунальних некомерційних підприємств «Консультативно-діагностичний центр» міста Києва; від 08.10.2019 року №1138 «Про удосконалення здійснення фармаконагляду у закладах охорони здоров'я міста Києва»; від 25.10.2019 року № 1215 « Про проведення з 28 жовтня по 02 листопада 2019 року тижня профілактики інсульту в закладах охорони здоров'я, що засновані на комунальній власності територіальної громади міста Києва»; від 04.11.2019 року №1242 «Про

внесення змін до наказу Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) від 13 вересня 2019 року №1059 «Про організацію надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню»; від 23.03.2020 року № 347 «Про організацію надання ургентної стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню в умовах поширення корона вірусної хвороби (COVID-19)».

Крім того, окремі інновації впроваджуються в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМНУ», відділ судинної патології головного мозку та реабілітації (акти впровадження від 23.06.2020 р. та 26.06.2020р), КНП «Київська міська клінічна лікарня №4» (акти впровадження від 04.06.2020р).

Результати дослідження впроваджені в навчальний процес в наступних ВНЗ: Сумський медичний інститут Сумського державного університету(акт впровадження від 01.07.2020 року), Івано-Франківський національний медичний університет (акт впровадження від 29.06.2020 року), Ужгородський національний університет (акт впровадження від 24.06.2020 року), Українська медична стоматологічна академія (акт впровадження від 15.12.2020 року).

Основні положення дисертації пройшли апробацію на ряді міжнародних та національних форумах:

- *на міжнародних конференціях:* VI Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я», Київ, 14- 16 квітня 2015 р.; International scientific conference «HEALTH-2016». Turkmenistan, July 20-22, 2016; освітній семінар «Современные подходы лечения нарушений коронарного и мозгового кровообращения», 18.05.2017 р., м.Ташкент; НПК «Современная стратегия лечения инсульта», м.Ташкент, 15.05.2018; НПК «Перспективы в лечении кардиоцеребральной патологии» 13.05.19, Казахстан, м. Алматы; НПК «Проблемы и перспективы в лечении кардиоцеребральной патологии 15.05.19, Узбекистан, м.Ташкент; МНПК «Міждисциплінарні аспекти скринінгу, профілактики та лікування в роботі лікаря первинної ланки», м. Ужгород 8–9 квітня 2020 р.; XI International

Scientific and Practical Conference Liverpool, June 24-26, 2020 p.; The XXIII th International scientific and practical conference «Theoretical and practical foundations of social process management», 29 – 30 June 2020, San Francisco; онлайн Вебінар з міжнародною участю «Современные аспекты лечения острого инфаркта миокарда, сердечной недостаточности и ишемического инсульта в условиях пандемии», 19.06.2020, м. Київ – Ташкент; International Scientific and Practical Conference, September 9-11, Osaka, Japan 2020; Другий Міжнародний українсько-німецький симпозиум з громадського здоров'я, 22-24 вересня 2020 року, м. Тернопіль; Science and education: problems, prospects and innovations. Abstracts of the 1st International scientific and practical conference. CPN Publishing Group. Kyoto, Japan. 7-9 October 2020;

- на національних з'їздах та конференціях: НПК «Сучасні аспекти діагностики та лікування захворювань нервової системи», Київ, 25-26 вересня 2014 року; П'ятий науково-освітній форум «Академія інсульту», Київ, 12-13 листопада 2015р.; 5-й Конгрес неврологів, психіатрів та наркологів «Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики», Харків 16-17.02.2017 р.; Сьомий науково-освітній форум «Академія інсульту», Київ, 9-10 листопада 2017 р.; НПК «Здорова людини – запорука здорового суспільства. Роль сімейного лікаря», м. Київ, 4-5 червня, 2020; Науковий симпозиум «Нові моделі та технології надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги», м. Львів, 7-9.10.2020 р.

Що стосується особистого внеску здобувача необхідно наголосити, що автором самостійно визначено тему, мету та завдання дослідження. Самостійно розроблено програму дослідження; обрано, розроблено методологію та обраховано обсяги досліджень для вирішення поставлених завдань; здійснено збір та вкопіювання первинної документації; розроблено анкети та проведено соціологічне дослідження; розроблені комп'ютерні програми формування баз даних і статистичної обробки результатів дослідження на основі пакету статистичного аналізу Microsoft Excel, отримані дані опрацьовані на

персональному комп'ютері за допомогою ліцензованої програми Statistika 6.0, проведена систематизація та наукова інтерпретація отриманих результатів. На основі отриманих результатів обґрунтовано та розроблено функціонально-організаційну структуру спеціалізованого центру надання медичної допомоги хворим при церебральних інсультах, обраховано потребу в спеціалізованому ліжковому фонді для надання стаціонарної медичної допомоги при мозкових інсультах та оптимізовану систему профілактики й медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров'я та проведена їх експертна оцінка, сформовані висновки, розроблені практичні рекомендації, що знайшло відбиток в опублікованих наукових працях за темою дисертації. Наукові здобутки та ідеї співавторів не було використано.

Теоретичне і практичне значення результатів дослідження

Теоретичне значення отриманих результатів полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про управління охороною здоров'я, зокрема, щодо забезпечення населення профілактичною та медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах і церебральних інсультах на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров'я.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що розроблено методичні рекомендації щодо оптимізації медичної допомоги населенню мегаполісу із цереброваскулярними хворобами, які є алгоритмом дій на рівні мегаполісу по забезпеченню населення при ЦВХ та МІ доступною, якісною та ефективною медичною допомогою.

Таким чином, за сукупністю головних критеріальних ознак дисертаційна робота відзначається широтою наукових напрацювань та глибиною тлумачень, які мають сучасний, новітній характер, вагоме теоретичне та практичне значення.

Оцінка змісту, наукової та літературної якості складу матеріалу і стилю дисертації, її завершеності в цілому та ідентичності змісту автореферату і основних положень дисертації.

Дисертаційна робота Прокопів М.М. «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров'я» є завершеною науковою роботою.

Рукопис має класичну структуру для наукових досліджень, викладений на 470 сторінках друкованого тексту із них 282 сторінок основного тексту. Робота складається із анотації, вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми дослідження, 6 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій; ілюстрована 87 таблицями, 29 рисунками, має 44 додатки.

В «**Анотації**» автором наведений короткий виклад змісту основного дослідження та його результатів із зазначенням їх наукової новизни та практичного значення.

У «**Вступі**» обґрунтовано актуальність проблеми дослідження, визначено його мету, об'єкт та предмет, сформульовано завдання, охарактеризовано методи дослідження, розкрито суть наукової новизни дослідження, теоретичне та практичне значення здобутих результатів і їх впровадження, зазначено особистий внесок авторки, та висвітлено дані щодо апробації результатів дисертаційної роботи.

У *першому розділі* проведено бібліосемантичний аналіз вітчизняних та зарубіжних наукових джерел з досліджуваної теми, в якому розкривається об'єкт та предмет дослідження. В розділі визначено низку проблем в організації медичної допомоги населенню з ЦВХ по виконанню рекомендацій ВООЗ та провідних міжнародних професійних організацій в сучасних умовах розвитку суспільства та реформування системи охорони здоров'я і відсутність національної стратегії боротьби з інсультом.

Отримані результати підтвердили необхідність проведення комплексного наукового дослідження, спрямованого на медико – соціальне обґрунтування та розробку оптимізованої функціонально-організаційної системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу.

У *другому розділі* детально висвітлено програму дослідження, дизайн окремих його етапів та методологічний апарат.

Автором показано, що досягнення мети дослідження потребувало спеціальної програми, яка передбачала реалізацію протягом восьми організаційних етапів з використанням адекватних методів соціальної медицини, на кожному з яких виконувались взаємопов'язані завдання, що дало можливість отримати достатньо повну інформацію для оцінки об'єкту дослідження.

Така багаторівнева структуризація етапів дослідження забезпечувала системність та послідовність виконання поставлених завдань, оскільки результати, отримані на кожному попередньому етапі, логічно ставали основою не тільки для наступних етапів, а й для узагальнення отриманих даних та наукового обґрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров'я, що забезпечило досягнення мети дослідження.

Дисертантом детально представлено методологію виконання та інформаційну базу кожного організаційного етапу дослідження.

В цілому розроблена програма, обраний методичний інструментарій і обсяги дослідження з використання сучасних методів статистичної обробки отриманих результатів забезпечили вирішення поставлених завдань, отримання достовірних результатів, які стали основою для обґрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з ЦВХ на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров'я та впровадження програми державних гарантій медичної допомоги.

У *третьому розділі «Епідеміологія цереброваскулярних хвороб: показники поширеності, захворюваності та факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб і смертності у м. Києві»* наведені отримані в ході дослідження результати, які вказують на те, що показники захворюваності дорослого населення на ЦВХ та МІ мають тенденцію до скорочення і в 2018 році відповідно становили 682,5 та 143,9 на 100 тис. відповідного населення. В тому числі відповідно серед населення працездатного віку 363,9 та 23,0. Показники поширеності ЦВХ скоротилися в 1,05 рази з рівнем у 2018 році 6277,8 на 100 тис. дорослого населення (Україна – 7967,2). В статевій структурі поширеності ЦВХ частка жінок склала 61,2%, а відповідно частка чоловіків – 38,8%. Встановлена статистично недостовірна тенденція до підвищення показника поширеності цереброваскулярних хвороб серед населення працездатного віку з рівнем 2395,9 на 100 тис. населення працездатного у 2018 р.

Дисертант акцентує увагу на те, що в місті відсутня інформація про гострі розлади мозкового кровообігу у дітей в той час як дані наукової літератури вказують на наявність мозкових інсультів в осіб дитячого віку.

Частка осіб, яких вперше визнано інвалідами внаслідок ЦВХ становить до 1300 осіб щорічно зі збільшенням серед них частки осіб з повною втратою спроможності до самообслуговування, що свідчить про значно тяжчий перебіг захворювання - інвалідами першої групи у 2016 році визнано 314 осіб (23,99%), а у 2018 році – 393 (30,18%) з часткою осіб працездатного віку серед первинно визнаних інвалідами 57,45%.

За 10-річний період дослідження показник смертності населення внаслідок ЦВХ зменшився на 14,01 випадків на 100 тис. дорослого населення міста (з 130,08 у 2009 р. до 116,07 у 2018 р.) при цьому показник смертності населення працездатного віку внаслідок ЦВХ скоротився на 5,33 і склав у 2018 році 21,39 порівняно з 26,72 випадків у 2009 р. Показник смертності дорослого населення внаслідок МІ знизився на 10,21 на 100 тис. дорослого населення і у 2018 році

складав 85,93 випадків. За 10-річний період дослідження в місті померло 24527 осіб дорослого населення та 3673 осіб працездатного віку в наслідок МІ.

Крім того в даному розділі автор наводить результати дослідження факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб серед чоловіків і жінок працездатного віку м. Києва. Дисертант виділила наступні групи факторів ризику: медичні, спадкового характеру, фактори ризику способу життя та соціально – економічного характеру. Дисертант виявила найбільш вагомими факторами ризику розвитку ЦВХ у населення міста Києва наступні: у *чоловіків* медичного характеру - наявність обструктивного захворювання органів дихання; артеріальної гіпертензії; ІХС; спадкового характеру - наявність у сімейному анамнезі артеріальної гіпертензії; ЦВХ; ІХС; способу життя - малорухомий спосіб життя; нераціональне харчування; зловживання сіллю; тютюнопаління; соціально – економічного характеру - постійна недостатність фінансових ресурсів; психоемоційні навантаження на роботі.

У *жінок* медичного характеру - наявність артеріальної гіпертензії; обструктивного захворювання органів дихання, ІХС; спадкового характеру - наявність у сімейному анамнезі артеріальної гіпертензії; ЦВХ; ІХС; способу життя - малорухомий спосіб життя, нераціональне харчування, зловживання сіллю, соціально - економічного характеру - постійна недостатність фінансів, психоемоційні навантаження на роботі.

Дисертант показує, що $10,7 \pm 1,5\%$ з усіх опитаних хворих звернулися за медичною допомогою через 10 годин і більше після появи симптомів гострого порушення мозкового кровообігу, що ускладнює процес надання медичної допомоги та лікування вказаних пацієнтів.

Також в даному розділі наведено результати дослідження якості життя осіб які перенесли мозковий інсульт розділивши їх на групи осіб, які пройшли післястаціонарну реабілітацію та її не проходили. Результати дослідження вказують на достовірно вищу якість життя осіб, які пройшли повний курс реабілітації після виписки із стаціонару де лікувалися з приводу гострого порушення мозкового кровообігу.

У четвертому розділі дисертації. «Характеристика розвитку первинної медико-санітарної допомоги та готовність лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання медичної допомоги хворим із цереброваскулярними хворобами» показано, що в Києві в ході реформування системи охорони здоров'я розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини є пріоритетним.

В місті функціонує 28 центрів ПМСД та 252 лікарських амбулаторій до складу яких введено 1261,5 посад ЛЗП-СЛ та 1309,5 посад сімейних сестер, з якими уклало декларації 64,2% жителів міста.

У роботі проведено аналіз соціологічного дослідження серед сімейних лікарів за результатами яких можна говорити про те, що в місті відсутня система координації діяльності між закладами охорони здоров'я в яких надається спеціалізована медична допомога населенню при ЦВХ та МІ і сімейними лікарями. Про це говорить і те, що тільки $6,41 \pm 1,2\%$ ЛЗП-СЛ мають рекомендації лікарів-спеціалістів щодо тактики ведення хворих в після госпітальному періоді.

При цьому опитані сімейні лікарі низько оцінили рівень особистих знань з питань профілактики ЦВХ, а для отримання необхідних знань опитані лікарі вважають за необхідне проведення короткотривалих цільових тренінгів з наступними дистанційними заняттями – $65,22 \pm 2,4\%$ та забезпечення необхідними методичними матеріалами – $90,16 \pm 1,4\%$.

Автор показує встановлений експертним шляхом перелік послуг для надання на первинному рівні з надання населенню комплексної медичної допомоги при ЦВХ та перелік компетенцій сімейних лікарів, які необхідні для надання визначених видів медичної допомоги на первинному рівні по забезпеченню комплексної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах. Дані компетенції є деталізованими і комплексними. Позитивним є те, що більша частина визначених компетенцій інтегрується з їх необхідністю при наданні медичної допомоги й при інших хронічних неінфекційних захворюваннях.

Необхідно зазначити, що дисертантом розроблено експертно підтриманий тематичний план післядипломної підготовки ЛЗП-СЛ з питань оптимізації на первинному рівні медичної допомоги населенню з ЦВХ та після перенесення МІ, який охоплює термін в 11 днів з використанням таких форм занять як тренінги, майстер – класи, семінари та практичні заняття на робочому місці за графіком у кожному ЦПМСД міста.

У *п'ятому розділі* «*Організація спеціалізованої медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби та мозкові інсульти в м. Києві*» дисертантом показано, що система охорони здоров'я м. Києва має потужну мережу спеціалізованих комунальних закладів охорони здоров'я в яких надається амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна медична допомога населенню при ЦВХ та МІ. В розділі представлено детальний аналіз ресурсної бази спеціалізованих ЗОЗ та показників надання спеціалізованої медичної допомоги населенню при ЦВХ та МІ. При цьому автор в розділі наводить дані про надання спеціалізованої медичної допомоги і в приватних закладах охорони здоров'я.

В ході проведеного дослідження виявлено низку проблем в організації медичної допомоги населенню мегаполісу при ЦВХ та МІ, які мають безпосереднє відношення до об'єкту дослідження та мають бути враховані в ході оптимізації існуючої системи.

Автором наголошується на групу проблем, що пов'язані із структурою та ресурсним забезпеченням системи надання спеціалізованої медичної допомоги. Вона полягає в наступному: дефіцит лікарів-неврологів для надання амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої допомоги становить 24 особи, амбулаторно-поліклінічна допомога до 30% випадків не відповідає галузевим стандартам. Тільки у двох лікарнях міста наявна можливість цілодобової, в т.ч. у вихідні і святкові дні, візуалізації патологічного процесу, що унеможливило надання якісної та ефективної медичної допомоги пацієнтам при МІ та неспроможності системи надання медичної допомоги при МІ у відповідності до

вимог НСЗУ. Наявна структура ЗОЗ призводить до непрофільної госпіталізації пацієнтів з різними видами МІ (геморагічні та ішемічні МІ).

Важливим результатом роботи є виявлення групи проблем, яка пов'язана із недостатньою якістю медичної допомоги пацієнтам при мозкових інсультах. Діагностична допомога не відповідає клінічним протоколам за терміном проведення: в нейрохірургічних відділеннях – 27,6%, в неврологічних відділеннях – 32,5% та за обсягом проведення: в нейрохірургічних відділеннях – 14,6%, в неврологічних відділеннях – 22,1%. Лікувальна допомога не відповідає клінічним протоколам за терміном проведення: в нейрохірургічних відділеннях – 29,9%, в неврологічних відділеннях – 35,4 % та за обсягом проведення: в нейрохірургічних відділеннях – 12,6%, в неврологічних відділеннях – 12,5%. В неврологічних відділеннях у 20,2%, а в нейрохірургічних відділеннях у 44,1% випадків діагноз при виписці з стаціонару прописується не повністю без вказівки стадії й локалізації патологічного процесу, ступеню порушення функцій, наявності ускладнень та супутніх захворювань. Всі виписки з історії хвороби не мають рекомендацій лікарям загальної практики-сімейним лікарям з ведення пацієнтів на після госпітальному етапі.

Автором встановлено групу проблем, що пов'язані із недостатньою спроможністю системи охорони здоров'я м. Києва забезпечити населення міста Києва медичною допомогою у відповідності до пакетів медичних послуг «Медична допомога при гострому мозковому інсульті» та «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи», які запроваджено на виконання Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII.

***Шостий розділ** «Оцінка ефективності використання різних організаційно-клінічних підходів в лікуванні гострого ішемічного інсульту в різні періоди після його розвитку» є доцільним, так як результати отримані в ході його виконання підтверджують необхідність оперативного прийняття управлінських рішень по впровадженню ефективних клінічних методів та*

методик, що надзвичайно важливо в умовах зміни системи фінансування та оцінки діяльності закладів охорони здоров'я.

Дисертантом представлено детальний комплексний аналіз застосування системної тромболітичної терапії в лікуванні гострого ішемічного інсульту в спеціалізованих ЗОЗ м. Києва. Показано, що цей високоефективний метод використовується в поодиноких випадках. Дисертантом досліджено та проаналізовано причини такого стану, що потребує низки організаційних заходів на рівні міста.

В даному розділі наведені результати проведеної оцінки ефективності застосування різних організаційних методів лікування ішемічного інсульту, яка показала, що ефективнішим було застосування парентерального кверцетину в поєднанні зі стандартною схемою терапії, що дозволяє рекомендувати проведення організаційних заходів та прийняття управлінських рішень до його використання в лікуванні ішемічних інсультів.

Дисертантом наведені результати проведеного дослідження з питання термінологічного визначення діагнозу після розвитку інфаркту проксимальної, середньої або дистальної інтракраніальної території задньої циркуляції та внутрішньомозкового крововиливу в стовбур, таламус та мозочок, які дозволили рекомендувати існуючу в Україні класифікацію гострих порушень мозкового кровообігу в судинах вертебробазиллярного басейну доповнити складовими, які відповідають типу інсульту: для ішемічного – клінічний варіант інфаркту з локалізацією інфарктного вогнища, для геморагічного – локалізацію гематоми та варіант перебігу.

У сьомому розділі «Результати соціологічного дослідження серед хворих на цереброваскулярні хвороби та медичних працівників» наведено результати соціологічного опитування пацієнтів та лікарів – неврологів які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну спеціалізовану медичну допомогу при мозкових інсультах.

Проведені автором соціологічні дослідження, дозволили встановити низку проблем в організації медичної допомоги населенню при ЦВХ та МІ.

Група проблем, що пов'язана із високим рівнем незадоволеності пацієнтів отриманою медичною допомогою.

Так, $11,8 \pm 1,6\%$ респондентів мали проблеми зв'язку з диспетчерською службою екстреної медичної допомоги; до $57,5 \pm 2,5\%$ респондентів бригада екстреної медичної допомоги прибула у терміні до 20 хвилин, а у $14,7 \pm 1,8\%$ випадків час її прибуття склав понад 30 хвилин; $4,5 \pm 1,0\%$ респондентів залишилися незадоволеними послугами, які були надані службою екстреної медичної допомоги.

В приймальному відділенні ЗОЗ $9,4 \pm 1,5\%$ пацієнтів були лише зареєстровані медичною сестрою, а $8,1 \pm 1,4\%$ - оглянуті лікарем приймального відділення. Більше ніж 90% респондентів в приймальному відділенні знаходилися понад 30 хвилин, а ще $4,6 \pm 1,1\%$ - більше 2-х годин. При цьому $2,6 \pm 0,8\%$ опитаних були скеровані пішки до стаціонарного відділення. У $4,2 \pm 1,0\%$ випадків пацієнти відчували неприязне відношення медичних працівників приймальних відділень.

У відділеннях пацієнти не мали вільного доступу до інформації про права пацієнтів, $72,2 \pm 2,2\%$ опитаних при отриманні стаціонарної медичної допомоги не надавали інформованої згоди на медичне втручання, в той час, як ознайомлені з планом обстеження та лікування були $27,8 \pm 2,2\%$, а з дією лікарських засобів - $26,0 \pm 2,2\%$ респондентів.

В ході соціологічного дослідження $36,1 \pm 2,4\%$ опитаних вказали на те, що дослідження з візуалізації патологічного процесу їм не проводилося. З-поміж тих, кому дане діагностичне дослідження проводилося, лише $6,5 \pm 1,2\%$ склали особи, яким воно було виконано впродовж перших чотирьох годин, а у $29,5 \pm 2,3\%$ - проведено пізніше, ніж через 2 дні після госпіталізації. Оплату за обстеження з верифікації патологічного процесу не проводило $25,3 \pm 2,2\%$ із числа обстежених. Результати дослідження були детально обговорені з лікувальним лікарем у $49,7 \pm 2,5\%$ випадків. Для $29,3 \pm 2,3\%$ опитаних економічно недоступними є діагностичні послуги, а для $43,1 \pm 2,5\%$ - лікарські засоби. В цілому $86,4 \pm 1,8\%$ опитаних висловили певний рівень задоволеності

отриманою медичною допомогою під час лікування з приводу гострого церебрального інсульту. Якісною медичну допомогу оцінило $74,7 \pm 2,2\%$ респондентів. Разом з тим слід зазначити, що $13,6 \pm 1,7\%$ опитаних залишилися не задоволеними комплексом отриманих медичних послуг, а $25,4 \pm 2,2\%$ оцінили отриману медичну допомогу неякісною.

Автор виділила групу проблем, що пов'язана із умовами організації медичної допомоги. Вона полягає в наступному: $73,9 \pm 2,2\%$ опитаних не задовольняє процес організації праці в лікарні, $79,8 \pm 2,0\%$ - рівень діагностичної служби з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та МІ, $81,5 \pm 1,9\%$ - рівень забезпечення ліками для надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та МІ та $85,7 \pm 1,8\%$ - рівень забезпечення середнім медичним персоналом з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та МІ.

При цьому опитані лікарі вказали, що загальна професійна підготовка лікарів з надання медичної допомоги пацієнтам при ЦВХ та МІ є доброю у $37,8 \pm 2,4\%$, а у $21,8 \pm 2,1\%$ потребує покращення. Професійну підготовку медичних сестер респонденти оцінили у $42,9 \pm 2,5\%$ та $28,6 \pm 2,3\%$ відповідно. Загальні результати медичної допомоги пацієнтам на ЦВХ та МІ респонденти оцінили в наступний спосіб: дуже добрі - $1,7 \pm 0,6\%$, добрі - $22,7 \pm 2,1\%$, задовільні - $38,7 \pm 2,4\%$, потребують покращення - $36,9 \pm 2,4\%$.

У восьмому розділі «Обґрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров'я» представлено експертним шляхом встановлені напрями діяльності системи громадського здоров'я в боротьбі із цереброваскулярними хворобами. Основними напрямками діяльності визначені епідеміологічний нагляд за ризиками розвитку цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах збереження та зміцнення здоров'я населення міста, адвокація з формування здоров'я збережувального профілю міста та всі види інформаційної діяльності.

Отримані в ході експертного дослідження результати стали підставою для обґрунтування та розробки функціонально-організаційної моделі інформаційно-комунікативної роботи системи громадського здоров'я по боротьбі з ЦВХ.

Ключовою ідеєю діяльності системи громадського здоров'я по боротьбі із ЦВХ є послідовне розв'язання пріоритетної проблеми підвищення ефективності профілактичної діяльності щодо зменшення темпів захворюваності населення міста на ЦВХ та МІ і смертності внаслідок їх.

Методологія вирішення поставлених задач досягається сегментацією груп інформаційно-комунікативного впливу: все населення (практично здорові), населення з факторами ризику розвитку ЦВХ та МІ, хворі на ЦВХ, особи, що перенесли мозковий інсульт.

Дисертантом на основі аналізу сучасної системи та міжнародних підходів до надання медичної допомоги при МІ розроблена функціонально-організаційна структура спеціалізованого центру надання медичної допомоги при МІ. Структурну основу центру складають наступні основні підрозділи: приймальне відділення з кабінетом візуалізації патології головного мозку з забезпеченням консультації пацієнтів суміжними лікарями - спеціалістами; нейрохірургічне відділення з операційним блоком та блоком інтенсивної терапії; неврологічне відділення терапевтичного профілю з палатами інтенсивної терапії; відділення для надання медичної допомоги дітям із гострими порушеннями мозкового кровообігу; діагностична служба, яка включає клінічний та біохімічний відділи лабораторії та відділ функціональної (інструментальної) діагностики; відділення стаціонарної та кабінет амбулаторної реабілітації осіб, що перенесли мозковий інсульт; денний стаціонар.

Крім того до складу центру включені інформаційно-аналітична служба, кабінет телемедичних консультацій, навчально-методичний кабінет, який забезпечує безперервну підготовку медичних кадрів центру у відповідності до його потреб. Рекомендується забезпечення клінінгових та кейтерингових

послуг на основі договорів з їх надавачами. Розроблено медичний маршрут пацієнта в центрі.

Обов'язковою складовою спеціалізованого інсультного центру має бути розроблена єдина інформаційна система, використання якої дозволяє в автоматизованому режимі проводити облік та аналіз діяльності підрозділів та медичних працівників, якості наданої медичної допомоги пацієнтам та отримувати вірогідні дані для прийняття управлінських рішень щодо удосконалення діяльності центру.

Позитивним є те, що дисертантом проведений розрахунок потреби в спеціалізованому фонді для надання медичної допомоги при гострому порушенні мозкового кровообігу який складає 1,6 госпітальних спеціалізованих ліжок для надання медичної допомоги та 1,5 на 10 тис. дорослого населення для забезпечення нейрореабілітації осіб, що перенесли МІ.

Базуючись на отриманих в ході дослідження даних дисертантом обґрунтована та розроблена оптимізована система надання медичної допомоги хворим на ЦВХ.

Центральним елементом системи є населення м. Києва, яке розділяється на наступні групи цільового впливу: здорові; населення, що має фактори ризику розвитку ЦВХ; хворі на ЦВХ; хворі на МІ; особи, що перенесли МІ. Таким чином система є пацієнт орієнтованою.

Стратегічним напрямом системи є зниження тягаря хвороб, в тому числі захворюваності та смертності населення міста внаслідок ЦВХ. *Тактичним напрямком системи* визначено забезпечення населення доступною, якісною та ефективною медичною допомогою при ЦВХ та МІ й підвищення ефективності профілактичної роботи та формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я і здоров'я членів своєї родини.

Обґрунтована, розроблена та запропонована оптимізована функціонально - організаційна система базується на існуючій системі медичного забезпечення населення міста, яка покращена за рахунок удосконалення системи управління

нею, забезпечення міжсекторального підходу та функціонально-організаційної оптимізації.

Важливою складовою забезпечення впровадження системи є моніторинг та оцінка ефективності впровадження запропонованих інновацій та їх вплив на результати медичної допомоги населенню при ЦВХ та МІ за індикаторами структури, процесу, результату. Позитивним є те, що автор пропонує вказані індикатори розробляти щорічно з урахуванням базових даних, цілей та показників, які необхідно досягти в результаті виконання цільової міської програми.

Крім того дисертантом розроблено функціонально-організаційну модель управління організацією медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу, яка є міжсекторальною, включає об'єкт, суб'єкт управління та блок наукового регулювання з розподілом управлінських функцій між посадовими особами на рівні закладу охорони здоров'я.

В ході виконання дисертаційної роботи проводився організаційний експеримент по впровадженню окремих запропонованих інновацій. Ефективність впровадження запропонованих інновацій полягає в зниженні захворюваності населення міста Києва на ЦВХ та мозкові інсульти та смертності населення працездатного віку внаслідок МІ.

Запропонована система отримала позитивну оцінку експертами, що дало можливість рекомендувати її для впровадження в систему охорони здоров'я країни на рівні великих промислових міст та госпітальних округів.

Висновки дисертації органічно впливають з матеріалів наукового дослідження та адекватно відображають його результати, є науково обґрунтованими, логічними і такими, що привертають на себе увагу науковою новизною та великою практичною значущістю для практичної медицини.

Автореферат дисертації об'єктивно і повно відображає зміст та головні результати дисертаційної роботи. Слід відзначити і повну ідентичність змісту автореферату та основних положень дисертації.

Дисертація Прокопів М.М. відповідає паспорту спеціальності 14.02.03 – соціальна медицина

Повнота викладення основного змісту дисертації в опублікованих працях у наукових виданнях.

Оцінюючи ступінь оприлюднення основних результатів роботи, слід відзначити, що автором цілком витриманий принцип офіційної публічності.

Основні наукові положення та висновки, що сформульовані у дисертації, знайшли відображення у 44 наукових працях: 22 з яких відображають основні наукові результати (19 статей опубліковані у наукових фахових виданнях, затверджених МОН України (7 одноосібних), 2 у закордонних журналах (індексується в Scopus - 1), 1 монографія у співавторстві за кордоном; 8 публікацій у збірниках конференцій та з'їздів; 4 публікації додатково представляють наукові результати дослідження, 1 монографія у співавторстві, 1 методична рекомендація, 6 патентів на корисну модель, 2 уніфікованих клінічних протоколи медичної допомоги.

Тема дисертаційної роботи не повторює тему дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук. Ознак плагіату під час опоненції роботи не виявлено.

Отже, рівень викладання основного змісту дисертації в опублікованих працях цілком відповідає загальноприйнятим вимогам та об'єктивно відображає головні наукові положення, які виносяться на офіційний захист.

Рекомендації щодо подальшого використання результатів дисертації в практиці

Основні результати проведеного дисертаційного дослідження, і зокрема запровадження функціонально-організаційної моделі управління організацією профілактики та надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби рекомендується для подальшого впровадження на національному рівні, при формуванні госпітальних округів.

Зауваження щодо оформлення і змісту дисертацій

Принципових зауважень до дисертаційної роботи нема.

Водночас, на наш погляд, необхідно звернути увагу здобувача на певні неточності стилістичного, граматичного та орфографічного змісту, що на жаль мають місце. На нашу думку дисертаційна робота дещо перевантажена аналітичним матеріалом.

Крім того оцінюючи в цілому позитивно дисертацію Прокопів М. М., в порядку дискусії хотілось би почути від здобувача відповіді на ряд запитань:

1. Яким шляхом планується виконання в м. Києві «План дій боротьби з інсультом у Європі»?

2. Які заходи управлінського і організаційного характеру необхідно провести на національному рівні, з метою зменшення смертності від ЦВХ та МІ?

3. Поясніть, чому з метою вивчення ефективності використання різних організаційно-клінічних підходів в лікуванні гострого ішемічного інсульту Вами застосовано парентеральний кверцетин, адже існують і інші препарати медикаментозної нейропротекції?

Однак вказані зауваження і запитання не мають принципового характеру та не знижують загальної позитивної оцінки дисертаційної роботи.

ВИСНОВОК

Дисертаційна робота Прокопів Марії Мирославівни на тему: «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров'я», яка представлена на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук є завершеним, комплексним, самостійно виконаним науковим дослідженням, яке містить нове вирішення актуальної наукової і прикладної проблеми – підвищення рівня доступності та ефективності медичної допомоги шляхом обґрунтування та розробки

оптимізованої функціонально-організаційної системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров'я та впровадження програми державних гарантій медичної допомоги.

За актуальністю, методичними підходами та методичним рівнем, науковою новизною та практичним значенням отриманих результатів, обґрунтованістю наукових положень і висновків, повнотою викладу матеріалів в опублікованих працях і рівнем впровадження, дисертаційна робота відповідає вимогам які висуваються до дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук, «Порядку присудження наукових ступенів», затвердженого постановами Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 р. № 567 та від 19.08.2015р. №656, а її автор Прокопів Марія Мирославівна заслуговує на присудження наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина.

Офіційний опонент: завідувачка кафедрою соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та МСЕ ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», доктор медичних наук, доцент, Заслужений лікар України

