

Голові спеціалізованої вченої ради Д
64.600.06 Харківського національ-
ного медичного університету д.мед.н.,
професору Завгородньому І.В.

ВІДГУК

**офіційного опонента доктора медичних наук, професора
Огнєва Віктора Андрійовича на дисертаційну роботу Щербінської Олени
Станіславівни «Обґрунтування функціонально-організаційної моделі
інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної
медичної допомоги», подану на здобуття наукового ступеня доктора
медичних наук до спеціалізованої вченої ради Д 64.600.06 Харківського
національного медичного університету за спеціальністю
14.02.03 – соціальна медицина**

Ступінь актуальності обраної теми. Тема дисертаційного дослідження визначається пріоритетністю охорони здоров'я жінок та дітей, перш за все, з досягненням показників задовільного стану репродуктивного здоров'я як фактору впливу на соціально-економічний та демографічний розвиток кожної країни. Забезпечення стандартів щодо охорони материнства та дитинства визначає ВООЗ в якості ключового завдання для систем охорони здоров'я країн світу.

Наразі в Україні проводиться реформування системи охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги та впровадження державних гарантій надання безоплатної медичної допомоги. В цих умовах на державному рівні визначено, що лікарі загальної практики – сімейної медицини є лікарями першого контакту населення з усіх медичних причин, у тому числі для жінок з метою отримання акушерсько-гінекологічних послуг. При цьому, в практичній охороні здоров'я питання надання саме акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики – сімейної медицини є не вирішеним, зокрема послуг профілактичного спрямування.

В науковому плані комплексних наукових робіт з метою обґрунтування обсягів та шляхів інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної медичної допомоги не проводилося. Проводилися лише окремі наукові роботи з вивчення певних фрагментів отримання жінками даного виду медичної допомоги.

Необхідність обґрунтування функціонально-організаційної моделі інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної медичної допомоги визначило актуальність даного дисертаційного дослідження, його напрям та програму.

Зв'язок теми дисертації з науковими програмами, темами, планами.

Дисертація Щербінської О.С. повністю відповідає паспорту спеціальності 14.02.03-соціальна медицина та профілю спеціальності вченої ради, оскільки дослідження проводилось у наукових напрямках 2.2, 2.4 та 2.7 паспорту спеціальності.

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

Ступінь обґрунтованості наукових положень дисертації, висновків і рекомендацій, що сформовані в дисертації, їх достовірність. Ступінь обґрунтованості наукових положень дисертації, висновків та рекомендацій, що сформовані в дисертації Щербінської О.С. «Обґрунтування функціонально-організаційної моделі інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної медичної допомоги», оцінюється як висока, оскільки вона ґрунтується на вивченні достатньої кількості наукових джерел, в тому числі провідних країн світу, рекомендацій ВООЗ, використанні адекватних методичних підходів в обсягах, які забезпечили отримання репрезентативних результатів, проведенні комплексних соціологічних досліджень, використанні сучасних методів статистичної обробки первинних даних та структурно-логічному аналізу отриманих результатів дослідження.

Достовірність наукових положень дисертаційної роботи, висновків та практичних рекомендацій, наведених в дисертаційній роботі підтверджується сучасним дизайном дослідження та використанням комплексу адекватних методів дослідження, зокрема: системного підходу, бібліосемантичного,

медико-статистичного, соціологічного, біостатистичного, методу експертних оцінок.

Дослідження виконано на достатньому за обсягом репрезентативному первинному матеріалі:

– статистичні дані центру медичної статистики МОЗ України за 2014-2019 роки;

– результати соціологічного дослідження 687 жінок, 142 лікарів акушерів-гінекологів, 561 лікарів загальної практики – сімейної медицини, 74 організаторів охорони здоров'я;

– дані експертної оцінки 25 незалежних експертів.

Усі наукові положення, висновки та рекомендації достатньо ілюстровані таблицями та рисунками, підтверджені адекватними статистичними розрахунками.

Обґрунтованість основних наукових положень дисертаційної роботи підтверджується їх апробацією на науково-практичних конференціях, використанням в закладах охорони здоров'я та у навчальному процесі вищих медичних навчальних закладів.

Достовірність наукових результатів, отриманих автором, викладених в матеріалах роботи, підтверджено актом перевірки первинних матеріалів та актами впровадження результатів дослідження.

В цілому дисертаційна робота «Обґрунтування функціонально-організаційної моделі інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної медичної допомоги» є завершеною, самостійною науковою роботою, в якій послідовно та змістовно викладено обґрунтування та розробку функціонально-організаційної моделі інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної медичної допомоги на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я для підвищення ефективності, якості та доступності акушерсько-гінекологічних послуг на первинному рівні.

Авторкою особисто одержано та проаналізовано результати проведеного дослідження.

Наукова новизна, теоретична і практична цінність результатів дослідження. Дисертанткою вперше в Україні системно в сучасних умовах реформування вітчизняної системи охорони здоров'я та реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення представлено проблеми забезпечення жіночого населення доступними та ефективними акушерсько-гінекологічними послугами, зокрема профілактичного спрямування, які за умови інтеграції у систему первинної медичної допомоги зможуть попередити численні хвороби репродуктивної системи жінок та репродуктивні втрати, а також поліпшити якість життя жінок шляхом впровадження їх у практику лікарів загальної практики – сімейної медицини та розширення їх функцій;

– узагальнено досвід європейських країн, який базується на пріоритетності питань охорони материнства, організації шляхом здатності систем охорони здоров'я швидко реагувати на виникаючі проблеми профілактичної роботи, в тому числі в частині надання окремих акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики – сімейної медицини, шляхом підвищення якості та ефективності первинної допомоги, які варіюються в різних країнах і залежать як від культурних традицій, так і від стану систем охорони здоров'я;

– проаналізовано вітчизняну нормативно-правову базу щодо міжгалузевого підходу до комплексного забезпечення жіночого населення акушерсько-гінекологічними послугами та встановлено юридичні колізії нормативного регулювання діяльності лікарів загальної практики – сімейної медицини в Україні в сучасних умовах реформування вітчизняної системи охорони здоров'я та реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення;

– встановлено шляхом аналізу відкритої інформаційної бази щодо діяльності лікарів загальної практики – сімейної медицини в умовах реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, недосконалість організаційних технологій для забезпечення ефективної роботи лікарів загальної практики – сімейної медицини. Недостатня

укомплектованість штатних посад лікарів загальної практики – сімейної медицини 70,97%, незадовільні темпи зростання показника забезпеченості посадами лікарів загальної практики – сімейної медицини на 10 тис. населення (на 2,58% з 3,40 на 10 тис. населення у 2016 р. до 3,49 у 2017 р.), недосконалі принципи організації роботи лікарів загальної практики – сімейної медицини під час II етапу реформування (60% закладів охорони здоров'я мають дефіцит кадрового забезпечення, потребують дооснащення і переобладнання), не включення до переліку послуг специфікації надання медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога» послуг з формування репродуктивного здоров'я, безпечної статевої поведінки, профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), попередження небажаної вагітності і планування сім'ї, профілактики онкологічних захворювань жіночих статевих органів унеможливило ефективну інтеграцію певної частини акушерсько-гінекологічних послуг на первинний рівень і потребує внесення змін до умов закупівлі медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога»;

– встановлено рівень прихильності вагітних до послуг лікарів загальної практики – сімейної медицини як недостатній: 69,52% вагітних, що проживають в міській місцевості та 85,88% в сільській лише звернулись до лікарів загальної практики – сімейної медицини в якості першого контакту, внаслідок чого у лікарів загальної практики – сімейної медицини була наявна попередня інформація про стан здоров'я жінок до вагітності лише у 2/3 частині звернень. Однією з причин недостатньої прихильності до надання акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики – сімейної медицини, є те, що лише 11,18% вагітних, що проживають в сільській місцевості та 16,73% в міській оцінили послуги лікарів загальної практики – сімейної медицини як кваліфіковані;

– здійснено соціологічне дослідження рівня готовності лікарів загальної практики – сімейної медицини до надання акушерсько-гінекологічних послуг шляхом вивчення особистих теоретичних компетенцій лікарів загальної практики – сімейної медицини з питань акушерства та гінекології: за їхньою самооцінкою рівень володіння компетенцією з

проведення скринінгу візуальних форм онкологічних захворювань становить 46,19%; з питань діагностики і лікування гінекологічних захворювань – 55,07%; щодо тактики при фізіологічній вагітності – 45,39%, при ускладненій вагітності – 64,29%, у післяпологовому періоді – 50,23% ; при інфекціях, що передаються статевим шляхом, – 47,70%

– оцінено лікарями акушерами-гінекологами та лікарями загальної практики – сімейної медицини пріоритетність заходів з планування сім'ї на первинному рівні медичної допомоги: підвищення кваліфікації з питань планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я (по 100,00%); формування у підлітків відповідального ставлення до репродуктивного здоров'я (відповідно 92,00% та 98,00%), та роз'яснення подружнім парам щодо застосування екстреної контрацепції (відповідно 90,00% та 98,00%); формування в підлітків та молоді безпечної статевої поведінки (відповідно по 96,00%) та роз'яснення подружнім парам щодо застосування бар'єрної контрацепції (відповідно 88,00% та 94,00%), а також проведення інформаційних заходів, спрямованих на пропаганду здорового способу життя, формування відповідального батьківства і зміцнення сімейно-шлюбних відносин (відповідно 84,00% та 94,00%);

– визначено лікарями акушерами-гінекологами та лікарями загальної практики – сімейної медицини переваги надання послуг з планування сім'ї на рівні первинної медичної допомоги: підвищення територіальної доступності (лікарі акушери-гінекологи – 86,00%, лікарі загальної практики – сімейної медицини – 92,00%); покращення співробітництва між лікарями акушерами-гінекологами і лікарями загальної практики – сімейної медицини (лікарі акушери-гінекологи – 78,00%; лікарі загальної практики – сімейної медицини – 90,00%); ранньому початку формування культури сексуальних відносин та підвищення відповідального ставлення до формування репродуктивного здоров'я (лікарі акушери-гінекологи – відповідно по 84,00%, лікарі загальної практики – сімейної медицини – відповідно по 88,00%); зниження рівня небажаної вагітності (лікарі акушери-гінекологи – 84,00%; лікарі загальної практики – сімейної медицини – 86,00%);

– встановлено ризики щодо надання акушерсько-гінекологічних послуг на первинному рівні: лікарі акушери-гінекологи відзначили низький рівень професійної готовності лікарів загальної практики – сімейної медицини і медичних сестер у сфері надання акушерсько-гінекологічних послуг (відповідно 94,00% та 98,00%) та відсутність у працівників первинної медичної допомоги мотивації до надання медичних послуг з планування сім'ї (92,00%), низький рівень взаємодії між фахівцями первинної медичної допомоги та лікарями акушерами-гінекологами (90,00%); лікарі загальної практики – сімейної медицини відзначили низький рівень взаємодії між фахівцями первинної медичної допомоги та лікарями акушерами-гінекологами (70,00%), низький рівень співробітництва з лікарями акушерами-гінекологами у сфері профілактичних заходів (попередження небажаної вагітності та планування сім'ї) (70,00%), низький рівень професійної готовності лікарів загальної практики – сімейної медицини та медичних сестер у сфері надання акушерсько-гінекологічних послуг (відповідно по 60,00%); низький рівень довіри населення до працівників первинної медичної допомоги на думку обох груп соціологічного дослідження (лікарі акушери-гінекологи – 88,00% та лікарів загальної практики – сімейної медицини – 46,00);

– оцінено організаторами охорони здоров'я, лікарями загальної практики – сімейної медицини, лікарями акушерами-гінекологами та жінками заходи з впровадження профілактичних технологій: проведення профілактичних оглядів для виявлення візуальних форм злоякісних новоутворень на ранніх стадіях розвитку (організатори охорони здоров'я, лікарі загальної практики – сімейної медицини, лікарі акушери-гінекологи по 100,00%, жінки – 96,37%); комплексна інформаційно-просвітницька робота серед жіночого населення з питань профілактики захворювань та збереження репродуктивного здоров'я (відповідно 93,67%, 98,43%, 100,00% та 96,77%), інформаційно-просвітницька робота серед підлітків з питань безпечної сексуальної поведінки та формування репродуктивного здоров'я (відповідно 94,94%; 94,49%; 94,57%; 91,53%), надання невідкладної медичної допомоги

жінкам акушерсько-гінекологічного профілю (відповідно 94,94%; 98,43%; 95,65% та 81,05%); надання консультативних послуг з профілактики інфекційних хвороб, що передаються статевим шляхом, їх діагностика та синдромний підхід до лікування (відповідно 79,75%; 82,68%; 80,43%, 68,95%), діагностика та надання медичної допомоги жінкам при найбільш поширених гінекологічних захворюваннях (88,61%; 85,83%; 90,22%; 78,23%);

– проаналізовано організаторами охорони здоров'я, лікарями загальної практики – сімейної медицини, лікарями акушерами-гінекологами та жінками наступні управлінські рішення: на рівні територіальних громад затвердити місцеві мотиваційні механізми для лікарів загальної практики – сімейної медицини та медичних сестер в галузі сімейної медицини (організатори охорони здоров'я та лікарі загальної практики – сімейної медицини відповідно по 100,00%, лікарі акушери-гінекологи – 89,13%, жінки – 92,74%), а також комплексні плани інтеграції певних акушерсько-гінекологічних послуг в практику лікарів загальної практики – сімейної медицини (92,41%; 96,06%; 89,13%; 87,10% відповідно); на рівні адміністративних територій затвердити клінічні маршрути для жінок з акушерсько-гінекологічною патологією (100,00%; 96,85%; 92,39%; 92,74% відповідно); на рівні МОЗ України удосконалити таблиць оснащення сімейної лабораторії для наявності умов надання акушерсько-гінекологічних послуг (98,73%; 98,91%; 92,74% відповідно), підготовка лікарів загальної практики-сімейної медицини та медичних сестер в галузі сімейної медицини до діагностики вагітності, спостереження жінок з фізіологічним перебігом вагітності та породіль (94,94%, 100,00%; 100,00%; 81,05% відповідно);

– науково обгрунтована та розроблена функціонально-організаційна модель інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної медичної допомоги, центральним елементом якої є забезпечення жінок доступними, безперервними та якісними медичними послугами, що носить пацієнт-орієнтований характер; визначено основні засоби впровадження із застосуванням у майбутньому інноваційного методу адміністрування за допомогою програмно-електронного аналітичного застосунку з елементами

штучного інтелекту, ключовою ідеєю якого є послідовне вирішення пріоритетної проблеми щодо попередження можливих ускладнень перебігу вагітності та інших станів здоров'я жіночого населення, швидкого і своєчасного реагування для направлення до служб спеціалізованої медичної допомоги;

– отримана позитивна оцінка експертів ($9,3 \pm 0,7$ бали) при достовірному рівні узгодженості думок незалежних експертів в оцінюванні запропонованих інновацій, що дозволяє рекомендувати дану Модель для впровадження у систему охорони здоров'я України.

Теоретичне значення отриманих результатів полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про управління охороною здоров'я, зокрема щодо забезпечення та підвищення доступності жіночого населення до якісних акушерсько-гінекологічних послуг на рівні ПМД на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що буде практично досягнена мета поліпшення репродуктивного здоров'я жінок та зниження репродуктивних втрат шляхом впровадження методичних рекомендацій щодо інтеграції окремих акушерсько-гінекологічних послуг у систему ПМД, які є основними заходами реалізації запропонованої Моделі на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я.

Матеріали дослідження були використані при розробці проєкту наказу МОЗ України «Нормативи організації акушерсько-гінекологічної допомоги» та методичних рекомендацій «Інтеграція акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень надання медичної допомоги».

Результати дослідження впроваджено в діяльність Асоціації сімейних лікарів України, клініки «ФАСТ-МЕД Україна» м. Києва, клініки «Медесана», м. Києва, Центру ПМСД № 2 Подільського району м. Києва, Ірпінського міського Центру ПМСД та використано в навчальному процесі у 5 закладах вищої освіти України (Сумському медичному інституті Сумського державного університету, Івано-Франківському національному медичному університеті, Запорізькій медичній академії післядипломної освіти, Ужгородському національному університеті, Львівському національному медичному університету імені Данила Галицького).

Повнота представлення результатів дослідження в наукових працях. За результатами дисертаційної роботи опубліковано 36 наукових праць: праці, в яких опубліковані основні результати дослідження – 22, у тому числі 19 статей у фахових наукових виданнях України, регламентованих МОН України (з них — 4 одноосібні), 3 статті в іноземних виданнях, які входять до наукометричної бази Scopus; 8 публікацій апробаційного характеру, з них 3 статті та 5 тез в наукових збірках конференцій і конгресів; праці, які додатково відображають результати дисертації – 6, зокрема 3 статті (1 в іноземному виданні), 2 розділи у колективних монографіях, 1 методичні рекомендації.

Структура і обсяг дисертації. Робота побудована традиційно і відповідає існуючим вимогам до даного виду кваліфікаційної наукової праці. Дисертаційну роботу викладено на 350 сторінках друкованого тексту, з яких основного 265 сторінок, складається із анотації, вступу, аналітичного огляду літератури, програми, матеріалів і обсягів дослідження, 5 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій. Список використаних джерел містить 349 найменувань, в тому числі 94 латиницею. Раціонально до змісту дисертаційної роботи використано рисунки (11), таблиці (59) та додатки.

У вступі чітко та аргументовано розкрито актуальність дослідження, сформульовано мету, завдання, представлено використані методи дослідження, розкрито суть наукової новизни, теоретичне та практичне значення результатів дослідження, особистий внесок дисертанта, представлено дані щодо апробації результатів дисертаційної роботи та їх висвітлення в науковій літературі.

Перший розділ «Світовий досвід інтеграції між первинною медичною і акушерсько-гінекологічною допомогою та її проблеми в Україні» присвячений аналізу зарубіжних та вітчизняних інформаційних джерел з проблеми, що досліджується. У розділі авторкою представлено аналіз наукових інформаційних джерел за наступними напрямками: пріоритетний вектор охорони материнства та дитинства за основними міжнародними документами; досвід організації первинної медичної допомоги та інтеграції послуг з акушерства та гінекології у її систему в країнах Європи; проблеми інтеграції послуг з акушерства і гінекології у систему первинної медичної допомоги в Україні; стан

репродуктивного здоров'я жінок в Україні; характеристика реформування системи охорони здоров'я України на сучасному етапі розвитку суспільства.

При цьому було встановлено, що комплексних наукових досліджень не проводилося, акушерсько-гінекологічні послуги у систему первинної медичної допомоги не інтегровані, окрім ведення фізіологічної вагітності, а відповідно дана проблема в системі охорони здоров'я країни не вирішена.

Аналітичний огляд інформаційних джерел ретельно систематизовано та базується на наукових публікаціях і нормативно-правових актах останніх років. У даному розділі авторкою продемонстровано глибоке знання проблеми, яке базується на аналізі значної кількості наукових праць вітчизняних та зарубіжних науковців, досягненнях провідних країн світу та стану вирішення даної проблеми в Україні, на основі яких дисертантка актуалізує необхідність проведення цього наукового дослідження.

Другий розділ «Програма, матеріали, обсяг та методи дослідження» - авторкою чітко і структуровано наведено програму, яка повністю відповідає завданням дослідження, і відображає повний спектр інформаційної бази дослідження. Обсяги дослідження є достатніми для формування достовірних висновків. Методологічний підхід та методи дослідження є сучасними і адекватними. Дисертаційне дослідження виконано у сім організаційних етапів.

Третій розділ «Медико-соціальна характеристика стану репродуктивного здоров'я жіночого населення в Україні» присвячено представленню результатів дослідження щодо медико-соціального впливу проблем акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні.

Щербінська О.С. показує, що народжуваність в Україні за 10 років знизилася на 40% за високих показників материнської та малюкової смертності, інвалідності дітей, рівня абортів, невиношування вагітності, рівня ускладнень вагітності та пологів, поширеності жіночої безплідності, захворюваності населення на інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом.

При цьому дисертантка виявила недостатній рівень профілактичної роботи серед підлітків з питань захищеності статевих стосунків, профілактики

небажаної вагітності, використання методів та засобів контрацепції. За проведеним аналізом статистичних даних в розділі показано, що в Україні реєструються аборти серед дівчат, як неприпустимий метод регуляції народження дітей: показник у 2019 р. склав 0,05 на 1000 дівчат віком до 14 років та 1,27 на 1000 дівчат віком 15-17 років. Отримані результати дослідження свідчать, що при скороченні в загальному в Україні показника абортів у жінок фертильного віку за період 2016–2020 рр. на 33,48% у 2020 р. більше 61 тис. жінок вдалися до цього методу регулювання народжуваності.

Важливим є показник захворюваності на інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом, який може корегуватися методами профілактики. Дисертантка показує, що показники захворюваності дівчат віком 15-17 років на інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом за п'ятирічний період (2014-2018 рр.) мають позитивну динаміку, але залишаються на високому рівні. Так, показники захворюваності на сифіліс скоротилися у 2,83 рази і становили 2,86 на 100 тис. дівчат станом на 2018 р., на гонококову інфекцію – у 3,28 і становили 2,67 на 100 тис. дівчат відповідного віку, на хламідійну інфекцію – у 2,52 рази і становили 9,36 на 100 тис. дівчат, на трихомоніаз – в 1,7 рази і становили 59,97 на 100 тис. дівчат відповідного віку.

При цьому, в Україні реєструються високі показники захворюваності жінок репродуктивного віку на інфекції, що передаються статевим шляхом, які негативно впливають на стан репродуктивного здоров'я і можуть бути причиною безпліддя. Захворюваність жінок України на сифіліс за період 2014 – 2018 рр. скоротилася з 7,5 до 5,0 на 100 тис. жінок, але навіть за позитивної тенденції до зниження захворюваності жінок на сифіліс, абсолютна кількість жінок, що захворіли протягом досліджуваних п'яти років, становить значну кількість випадків – 6916, тобто біля 7 тис. жінок мали серйозні порушення репродуктивного здоров'я, що є значним ризиком передачі інфекції від матері до дитини.

Дисертантка акцентує увагу на тому, що проаналізовані хвороби є наслідком конфлікту із суспільними нормами поведінки пацієнтів. Незахищені статеві стосунки є також наслідком недостатньої інформованості

щодо безпечної статевої поведінки та використання засобів профілактики, що можливо покращити шляхом впровадження профілактичних акушерсько-гінекологічних послуг в практику лікарів загальної практики – сімейної медицини, які мають відігравати провідну роль в інформуванні населення щодо профілактики зазначених інфекцій, діагностиці та лікуванні з упровадженням швидкої діагностики сифілісу, гонореї, хламідіозу, герпесу, трихомоніазу, що підтримує ВООЗ.

У четвертому розділі «Аналіз організації акушерсько-гінекологічної допомоги та її результати» з метою вивчення можливих удосконалених інтеграційних зв'язків між акушерсько-гінекологічною та первинною медичною допомогою авторкою проаналізовано нормативно-правову базу і встановлено наявність юридичних колізій в частині делегування акушерсько-гінекологічних послуг лікарям загальної практики – сімейної медицини. Наказом МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» визначається, що амбулаторна робота на рівні первинної медичної допомоги має профілактичний характер з метою попередження небажаної вагітності, ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань, однак ці функції не виконуються лікарями загальної практики – сімейної медицини за відсутності їх унормованості у наказі МОЗ України № 504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги» та відсутності умов. Дисертанткою показано, що актуальність взаємодії лікарів загальної практики – сімейної медицини з лікарями акушерами-гінекологами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги на разі полягає в тому, що лікарі загальної практики – сімейної медицини мають здійснювати моніторинг виконання вагітною призначень лікарів вторинної та третинної ланки та забезпечувати своєчасність госпіталізації вагітної відповідно до показань, визначених наказом МОЗ України від 31.10.2011 № 726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах», що значною мірою попереджає ймовірність виникнення акушерських та перинатальних ускладнень.

Представлені результати аналізу основних показників надання акушерсько-гінекологічної допомоги, на які впливає рівень взаємодії з лікарем загальної практики – сімейної медицини, зокрема відзначено, що 9,25% вагітних не мали можливості своєчасного проведення обстеження. Недостатнє виконання скринінгових обстежень вагітних, недосконалі послуги з прегравідарної підготовки негативно впливають на стан здоров'я вагітних, що призводить до збільшення показника ускладнених пологів, який за період 2015–2019 рр. збільшився в 1,3 раза: 2015 р. – 32,3%, 2019 р. – 42,1%, показник материнської смертності є надзвичайно високим і становить у середньому по Україні в 2020 р. 21,5 на 100 тис. живонароджених, що перевищує показник у розвинутих країнах у 4-5 разів.

Показано тенденцію до зростання захворюваності жінок в Україні на візуальні форми злоякісних новоутворень з рівнем захворюваності у 2019 р. на рак грудної залози (63,3 на 100 тис. жінок) та на рак шийки матки (17,1 на 100 тис. жінок). Під час профілактичних оглядів виявлено 48,7% захворювань на рак грудної залози та 48,9% на рак шийки матки, що, як показує авторка, потребує посилення профілактичної роботи серед жіночого населення на первинному рівні.

Дисертантка акцентує увагу на тому, що дані нагляду сімейними лікарями за перебігом вагітності не обліковуються, тому неможливо оцінити та проаналізувати наступність між діяльністю закладів первинної та вторинної медичної допомоги або між антенатальним спостереженням сімейними лікарями та акушерськими стаціонарами I рівня перинатальної допомоги.

П'ятий розділ «Динаміка розвитку первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики–сімейної медицини в Україні та рівень її готовності до надання акушерсько-гінекологічних послуг» присвячений вивченню мережі закладів організаційної структури первинної медичної допомоги України. Показано, що за пріоритетності розвитку первинної медичної допомоги в Україні проблемними питаннями залишаються дефіцит лікарських та медсестринських кадрів, низький рівень матеріально-технічного забезпечення закладів первинної допомоги. При цьому, на сучасному етапі реформування

системи охорони здоров'я до переліку послуг за затвердженою Специфікацією надання медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога», послуги зі збереження репродуктивного здоров'я, безпечної статевої поведінки, профілактики інфекційних хвороб, що передаються статевим шляхом та планування сім'ї, профілактики онкологічних захворювань не включені, що унеможлиблює ефективну інтеграцію послуг між сферами акушерства-гінекології та сімейної медицини. Дисертантка акцентує увагу на тому, що потребує внесення змін як до умов закупівлі медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога», так і Специфікації надання медичних послуг щодо забезпечення можливості надання профілактичної допомоги жіночому населенню.

У шостому розділі «Рівень готовності лікарів загальної практики – сімейної медицини надавати та жінок отримувати акушерсько-гінекологічні послуги» наведено результати проведених соціологічних досліджень з вивчення рівня готовності лікарів загальної практики – сімейної медицини надавати та жінок отримувати акушерсько-гінекологічні послуги на первинному рівні медичної допомоги, а також переваги та ризики щодо впровадження цих послуг. Доведено недостатню прихильність вагітних щодо нагляду за перебігом вагітності у лікарів загальної практики – сімейної медицини (69,52% вагітних, що проживають в міській місцевості та 85,88% в сільській звернулись до лікарів загальної практики – сімейної медицини в якості першого контакту), а також встановлено причину недостатньої прихильності до надання акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики – сімейної медицини як недовіру до знань лікарів загальної практики – сімейної медицини з акушерства та гінекології, зокрема лише 11,18% жінок, що проживають в сільській місцевості та 16,73% в міській оцінили послуги лікарів загальної практики – сімейної медицини як кваліфіковані.

Встановлено низький рівень готовності лікарів загальної практики – сімейної медицини надавати акушерсько-гінекологічні послуги, зокрема компетентними з проведення скринінгу візуальних форм онкологічних

захворювань вважали себе лише 46,19% опитаних; з питань діагностики і лікування гінекологічних захворювань – 55,07%.

Позитивним результатом даного розділу є представлення отриманих в ході дослідження оцінок респондентами щодо переваг та ризиків надання акушерсько-гінекологічних послуг на первинному рівні та переліку акушерсько-гінекологічних послуг і заходів щодо їх надання сімейними лікарями.

Дисертантка акцентує увагу на тому, що наведені в даному розділі результати дослідження вказують на необхідність проведення значної підготовчої комплексної роботи серед сімейних лікарів та серед жіночого населення.

Сьомий розділ «Наукове обґрунтування функціонально-організаційної моделі інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної медичної допомоги» присвячений представленню проведеного дослідження щодо обґрунтування, розробки та характеристики функціонально-організаційної моделі інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної медичної допомоги.

Дисертанткою проведено теоретичне обґрунтування розробленої моделі з використанням методу системного підходу, приведені результати особистих досліджень щодо встановлення компетенцій, якими мають володіти лікарі загальної практики – сімейної медицини для надання акушерсько-гінекологічних послуг та оптимальні шляхи їх набуття; пріоритетні управлінські та організаційні заходи на рівні адміністративних територій і територіальних громад з інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної медичної допомоги.

Також представлена обґрунтована та розроблена дисертанткою функціонально-організаційна модель інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної медичної допомоги, ключовою ідеєю якої є послідовне вирішення пріоритетної проблеми по забезпеченню окремими видами акушерсько-гінекологічних послуг жінок сімейними лікарями з наділенням їх розширеними функціями для досягнення кінцевої мети щодо поліпшення

жіночого репродуктивного здоров'я та зниження репродуктивних втрат шляхом підвищення доступності та ефективності акушерсько-гінекологічних послуг на первинному рівні.

Дисертантка показує, що функції лікарів загальної практики – сімейної медицини в запропонованій моделі передбачають надання таких видів послуг, як: консультативні послуги з планування сім'ї; профілактика, діагностика та застосування доступного та ефективного синдромного методу лікування інфекційних хвороб, що передаються статевим шляхом (на основі аналізу рекомендацій ВООЗ); проведення профілактичних оглядів жінок; прегравідарна підготовка, у тому числі контроль календаря щеплень жінок репродуктивного віку, ведення вагітних з фізіологічним перебігом вагітності; організація роботи «Школи відповідального батьківства»; медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді; профілактика і виявлення гінекологічних хвороб.

Центральним елементом Моделі виступає жінка, що визначає пацієнт-орієнтованість моделі.

Стратегічним напрямом моделі є покращення репродуктивного здоров'я жіночого населення та зниження репродуктивних втрат на сучасному етапі розвитку реформування системи охорони здоров'я у відповідності до нормативно-правової бази України за рахунок підвищення доступності та ефективності медичних акушерсько-гінекологічних послуг, які надаються лікарями первинної медичної допомоги.

Тактичним напрямом моделі є суттєва реорганізація існуючої системи первинної медичної допомоги за рахунок запровадження нових або вдосконалених багаторівневих функціонально-організаційних заходів співпраці між акушерсько-гінекологічною та службою первинної медичної допомоги, налагодження вертикальних і горизонтальних інтеграційних зв'язків між ними.

Модель інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної медичної допомоги включає наступні складові:

1. Набуття компетенцій та безперервна професійна підготовка сімейних лікарів та медичних сестер у галузі сімейної медицини;
2. Матеріально-технічне забезпечення шляхом оптимізації табелю

оснащення сімейної амбулаторії з внесенням до нього переліку обладнання, інструментарію, засобів медичного призначення, необхідних для надання акушерсько-гінекологічних послуг, забезпечення базовим обладнанням та експрес-системами для експрес-діагностики клінічних станів жінок, а також інформаційно-методичними матеріалами;

3. Взаємодія з закладами охорони здоров'я акушерсько-гінекологічної спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги у відповідності до розроблених клінічних маршрутів пацієнтів;

4. Комунікація та просвітницька робота групових та індивідуальних форм. В процесі інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг в практику сімейної медицини інформаційний компонент відіграє надзвичайно важливе значення для формування прихильності жінок до отримання окремих акушерсько-гінекологічних послуг у сімейних лікарів та періодичного проходження профілактичних гінекологічних оглядів.

Передбачається поетапне впровадження даної моделі. Етапність та її терміни можуть різнитися за адміністративними територіями. Вони пов'язані з рівнями та можливими термінами теоретичної і практичної підготовки сімейних лікарів і сімейних медичних сестер у галузі сімейної медицини до надання ними окремих видів акушерсько-гінекологічних послуг і підготовки ресурсної бази сімейної амбулаторії. Авторкою рекомендовано в кожному центрі первинної медичної допомоги розробити відповідні плани інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної медичної допомоги.

Відповідність запропонованої системи напрямкам реформування галузі охорони здоров'я країни та кращим світовим практикам і рекомендаціям ВООЗ, а також позитивна оцінка її незалежними експертами дозволили авторці рекомендувати її для впровадження у систему охорони здоров'я України.

Висновки дисертаційного дослідження складаються з 13 пунктів, є обґрунтованими та аргументованими, містять фактичний матеріал, відповідають меті та завданням дослідження та відображають зміст результатів одержаних в ході дослідження.

Практичні рекомендації базуються на одержаних результатах дослідження і методичних рекомендаціях щодо організації низки заходів по впровадженню запропонованої моделі.

Оцінка ідентичності змісту дисертації та автореферату. Автореферат дисертаційного дослідження повністю відображає зміст дисертації, відповідає головним її положенням, оформлений згідно до вимог МОН України. Зміст автореферату та основних положень дисертаційної роботи є ідентичними.

Тема дисертаційного дослідження на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук не повторює тему дисертаційного дослідження на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук.

В ході опоненції дисертаційної роботи ознак академічного плагіату не виявлено.

Зауваження і побажання, дискусійні питання. Дисертаційне дослідження є самостійно виконаною завершеною науковою працею, в якій вирішена актуальна науково-практична проблема в галузі соціальної медицини та організації охорони здоров'я.

В ході опоненції до роботи виникло малосуттєве зауваження, але воно не впливає на рівень наукової цінності дисертаційної роботи:

1. Ви обґрунтовуєте в моделі доступність надання акушерсько-гінекологічних послуг сімейним лікарем, однак Ви не вказуєте на територіальну наближеність.

У плані наукової дискусії виникли й деякі запитання, які потребують уточнення:

1. Які першочергові завдання системи первинної медичної допомоги для ефективного впровадження акушерсько-гінекологічних послуг в практику сімейного лікаря?

2. В дисертації Ви зазначили, що стратегічним напрямом моделі інтеграції є покращення репродуктивного здоров'я жіночого населення та зниження репродуктивних втрат. Як Ви вбачаєте вплив доступності послуг на зменшення репродуктивних втрат?

3. В дисертації Ви вказуєте на те, що проведення експертизи на етапах виконання дослідження залучалися незалежні експерти. Яким чином можна підтвердити достатній рівень компетентності та незалежності експертів?

ВИСНОВКИ

Підсумовуючи вищезазначене, можна зробити висновок, що дисертаційна робота Щербінської Олени Станіславівни «Обґрунтування функціонально-організаційної моделі інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної медичної допомоги», яка подана на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина, є самостійно виконаним науковим дослідженням, яке містить вирішення актуальної наукової проблеми соціальної медицини та організації охорони здоров'я – науково обґрунтувати функціонально-організаційну модель інтеграції окремих акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної медичної допомоги на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я.

За своєю актуальністю, науковою новизною отриманих результатів, методичним рівнем, обсягом проведених досліджень, практичною і теоретичною значимістю основних положень, ступенем обґрунтованості наукових положень, достовірністю отриманих результатів, рівне висвітлення отриманих даних в науковій літературі дисертаційна робота відповідає вимогам пп.9, 10 Постанови КМУ від 24 липня 2013 року № 567 та від 19.08.2015 № 656 «Про затвердження Порядку присудження наукових ступенів», а її авторка Щербінська Олена Станіславівна заслуговує присудження наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина.

Офіційний опонент:

Завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я
Харківського національного медичного
університету МОЗ України,
д.мед.н., професор

