

ВІДГУК

офіційного опонента доктора медичних наук, професора

Корнацького Василя Михайловича

на дисертаційну роботу Гавловського Олександра Даниловича

**«Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих
внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами»**

подану на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук

за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина

Актуальність обраної теми. Протягом останніх років на сході України протікає збройний конфлікт, який породив чимало практичних завдань для медичної та політичної спільноти. Актуальними стали абсолютно нові для громадянського суспільства теми гуманітарної психологічної підтримки жертв конфлікту, розробка та запровадження нових та покращення існуючих медичних механізмів на рівні державної політики. Тема представленої дисертаційної роботи стосується однієї з основних сторін медичного супроводу військовослужбовців та постраждалих в результаті цього конфлікту – реабілітації.

Виходячи із вищевказаного можна стверджувати, що тема представленого дослідження вкрай актуальна та важлива, а запропонована система реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами є надзвичайно важливою для покращення організації реабілітаційної допомоги постраждалим внаслідок збройних конфліктів.

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

Дана робота проводилася в на базі кафедри громадського здоров'я разом з лікарсько-трудовою експертизою Полтавського державного медичного університету «Медико-соціальне обґрунтування оптимізації підходів до управління та організації різних видів медичної допомоги дорослому та

дитячому населенню в період реформування галузі охорони здоров'я» (№ держ. реєстрації 0119U102926). Термін виконання 2018-2022 рр.

Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації, їх достовірність і новизна у дисертаційному дослідженні на тему «Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами», за авторством Гавловського Олександра Даниловича, що представлена на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук, може бути оцінена як висока. Робота базується на вивченні великої кількості як національних, так і закордонних наукових джерел, аналізу роботи профільних професійних товариств, статистичних науково-медичних баз даних. В роботі використані сучасні методологічні та статистичні підходи. Висновки базуються на достовірних результатах проведених досліджень.

Дисертаційне дослідження виконане на достатньому науково-методичному рівні з використанням сучасних методів соціальної медицини. В даній роботі використовувались наступні методи дослідження: бібліосемантичний, соціологічний, медико-статистичний, концептуального і описового моделювання, організаційного експерименту, експертних оцінок, моніторингу та оцінки, економічний та статистичний. Методичною основою дослідження став системний підхід та системний аналіз.

На базі профільних медичних закладів: Комунальне підприємство «Полтавський обласний клінічний госпіталь для ветеранів війни Полтавської обласної ради»; Комунальний заклад «Кременчуцький обласний госпіталь для інвалідів війни»; КП «Лубенський обласний госпіталь для ветеранів війни Полтавської обласної ради»; Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни; ПрАТ «Миргород курорт» проводилось наукове дослідження протягом 2014-2018-х років.

Програма дослідження розроблена відповідно до поставленої мети та визначених завдань, і включає в себе 8 етапів, для кожного із яких визначено свою методологічну базу та специфічні завдання. Обсяги дослідження є

достатніми для отримання достовірних результатів і повного розкриття об'єкту дослідження.

За допомогою використання програмних продуктів, статистичне опрацювання проводилось на основі пакетів програм Microsoft Excel 2010 та SPSS 23.0. Були чітко сформульовані основні положення та висновки дисертаційної роботи, якісно обґрунтовано достовірність отриманих результатів.

Наукова новизна. В основу наукової новизни покладено міжнародні підходи та результати власних досліджень. Остання полягає у тому, що вперше в Україні: обґрунтовано та розроблено систему реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами, за методологією структурного аналізу діаграми ЕС-ЕЙ-ДІ-ТІ. Розмежовано функції між центральними органами виконавчої влади: щодо системи реабілітації постраждалих внаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами; розділено обов'язки між закладами охорони здоров'я, соціальними службами та вищими навчальними закладами на регіональному рівні. Визначено структуру виконавчої влади, яка забезпечуватиме холістичність системи та координуватиме дії, встановлюючи зв'язок між військовим комісаріатом та ЗОЗ. Встановлено індикатори результату впровадження системи реабілітації постраждалих внаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами.

Автором обґрунтовано необхідність введення посади «Лікаря для ветеранів». Розроблена картка реабілітації ветерана, як інструмент оцінки якості надання медичної допомоги. За шкалою цінностей визначені ідентифікатори ПТСР: особи, які не вважають цінністю здоров'язберігаючі орієнтири. Визначені показники роботи вегетативної нервової системи в учасників АТО залежно від соціального та демографічного факторів. Методом простої логістичної регресії через негативний дитячий досвід встановлені фактори ризику виникнення ПТСР: емоційне, фізичне насильство; неблагополучні родини, де хтось з членів сім'ї вживав наркотики; депресія у

батьків.

Автором доведено шляхом регресійного аналізу за Коксом, що кумулятивний ризик виникнення психічних симптомів при перебуванні в АТО збільшувався з 10 місяця при: самотності учасника АТО; факторах фізичного та домашнього насильства; депресіях у когось з батьків.

Дані науково-методичні підходи у дослідженнях систем управління організацією в закладах охорони здоров'я **набули подальшого розвитку.**

Теоретичне значення. В частині організації здійснення реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту доповнено теорію соціальної медицини.

Практичне значення одержаних результатів дослідження:

Отримані результати дослідження є підставою для створення якісно нової системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту. Підсумки дисертаційної роботи дозволяють розробити методику впровадження МІО (моніторингу і оцінки) показників, які приводять до появи стрес-асоційованих розладів та конкретних організаційних інструментів для налагодження послідовної реабілітації та взаємозв'язку між воєнкоматом та ЗОЗ через департамент у справах ветеранів. Розроблена картка постраждалого внаслідок бойових дій, яка допоможе поліпшити та провести аудит якості проведення реабілітації постраждалим внаслідок збройного конфлікту.

Повнота представлених результатів у друкованих працях. За темою дисертації опубліковано 38 наукових праць, у тому числі: 20 статей у наукових фахових виданнях, рекомендованих ДАК України, з них 5 одноосібних (в тому числі 4 у виданнях, що входять до науково метричної бази Web of Science) та 4 публікації в іноземних наукових виданнях, що входять до науково метричної бази Scopus (Польща), 9 публікацій у журналах, збірках матеріалів і тез на з'їздах, конгресах і конференціях (в т.ч. 2 зарубіжних). Видано 2 монографії, 2 інформаційні листи та 1 свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір, 1 навчально-методичний посібник. Основні положення дисертації доповідались та обговорювались на 1 зарубіжному та 5 національних наукових форумах.

Оцінка змісту та оформлення дисертації.

Дисертаційна робота міститься на 361 сторінках друкованого тексту. Відповідає існуючим вимогам до даного виду кваліфікаційної праці. Має такі розділи: анотація, вступ, аналітичний огляд наукової літератури, матеріали і методи дослідження, п'ять розділів власних досліджень, висновки, список використаних літературних джерел (423 джерела, з них 260 кирилицею, 163 латиницею). Робота ілюстрована 61 таблицею та 41 рисунком.

У **вступі** представлено актуальність, зв'язок з науковими темами, мету, завдання, об'єкт, предмет, бази наукового дослідження, методи дослідження, наукову новизну, теоретичне та практичне значення, рівень впровадження та апробації результатів дослідження, особистий внесок здобувача, характеристику публікацій, обсяг та структуру дисертації.

В першому розділі дослідження *«Стрес-асоційовані розлади, як медико-соціальна проблема постраждалих унаслідок збройного конфлікту в Україні та світі»* здійснено аналіз світових і вітчизняних літературних джерел, світового та вітчизняного досвіду з питань реабілітації військовослужбовців. Автором вивчені результати наукових досліджень вчених щодо епідеміології стрес-асоційованих розладів, факторів ризику та організації системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту в Україні.

За результатами проведеного аналізу дисертантом визначено напрямок дослідження та сформульовано його мету та завдання.

У другому розділі *«Програма, методи, матеріали і обсяг дослідження»* представлено програму та дизайн дисертаційного дослідження, яке проводилося у вісім організаційних етапів з використанням системного підходу, що забезпечило комплексність дослідження та можливість отримання достовірної інформації для оцінки стану об'єкту дослідження.

При розробці програми дисертантом враховувались методичні принципи її створення: системність, комплексність, достовірність результатів, наступність, практична значущість результатів.

В розділі детально представлено за кожним організаційним етапом інформаційну базу та обсяги дослідження, його методологічний апарат.

Методологія проведення дослідження, яка представлена в розділі, підтверджує його високий науково-методичний рівень.

Третій розділ дослідження «Динаміка чисельності та стану здоров'я постраждалих унаслідок збройного конфлікту» був присвячений дослідженню кількості військового контингенту - ветеранів та учасників бойових дій, які перебувають на диспансерному обліку. Встановлено, що кількість ветеранів війни збільшується в цілому в Україні за рахунок: Закарпатської, Запорізької, Кіровоградської, Одеської, Сумської, Херсонської, та Черкаської областей.

Дослідження стаціонарної допомоги, яка надавалась ветеранам, дозволило встановити, що кількість військовослужбовців, які отримали стаціонарне лікування, в Україні зросла. Проведений аналіз дозволив визначити потребу в стаціонарному лікуванні та ефективно планувати мережу закладів охорони здоров'я Збройних Сил України.

В розділі визначено показники інвалідності серед учасників АТО - кількість інвалідів війни зменшилася за рахунок першої та другої групи, разом з тим третьої – зросла на 16,5%. Частота виявлення психічних захворювань серед учасників бойових дій, охоплення учасників бойових дій диспансерним наглядом з використанням показників динамічного ряду дозволило визначити, що показник охоплення учасників бойових дій диспансерним наглядом лікарями-психіатрами знизився на 10,7%. Дисертантом вивчено динаміку психічної захворюваності й поширеності депресивних розладів жителів Полтавської області в період збройного конфлікту: поширеність тяжкого стресу й порушення адаптації зросло за цей час на 18,2% у м. Полтаві

В четвертому розділі дослідження «Фактори ризику, що асоціюються

з виникненням стрес-асоційованих розладів» проведено всебічне дослідження факторів, що можуть сприяти розвитку у військових, які перебували в зоні бойових дій, стрес-асоційованих розладів.

Дослідження факторів, які впливають на психоемоційний стан засвідчили, що відчуття збудливості та дратівливості в 1,8 рази частіше зустрічається у чоловіків; шанси відчуття апатії зростають у 4,46 рази у безробітних, сон у бійців, які не працюють, спокійніший, ніж у працюючих; шанси мати відчуття «грудки в горлі» підвищуються на 10% у жінок; одружені в 5,4 рази частіше мали такий прояв як «грудка в горлі».

За результатами опитувальника шкали Спілбергера-Ханіна було встановлено, що високу тривожність мають 63 (33,5%) особи, помірну – 73 (38,8%), низьку – 52 (27,7%). Результати шкали депресії Бека показали, що у 10 (5,3%) присутня важка та виражена депресія, 12 (6,4%) мають помірну депресію, у 23 (12,2%) – наявна легка депресія, а у більшості 133 (70,7%) відсутні депресивні розлади. Рівень посттравматичних реакцій за Міссісіпською шкалою склався наступним чином: у 158 (84,0%) пацієнтів хороший рівень адаптації, 18 (9,6%) мають порушення адаптації, а в 12 (6,4%) учасників бойових дій виявлено посттравматичний стресовий розлад. Встановлені значущі відмінності між рівнем депресії та тривоги у добровольців і мобілізованих: за Міссісіпською шкалою у добровольців рівень ПТСР $73,81 \pm 5,5$ проти мобілізованих $62,52 \pm 2,9$ ($p=0,050$). У бійців, які проживають одні, рівень ПТСР $72,87 \pm 5,3$ проти тих, які проживають з родиною $62,32 \pm 2,5$ ($p=0,049$). За шкалою депресії Бека, у тих хто проживає один $11,57 \pm 2,0$ проти тих, хто живе з родиною $6,71 \pm 0,8$ ($p=0,010$). За шкалою Спілбергера-Ханіна самооцінки ситуативної тривожності різниця полягає наступним чином: $41,63 \pm 1,6$ у самотніх проти $36,29 \pm 1,1$ у тих, хто проживає з родиною ($p=0,012$), щодо особистісної тривожності, то різниця виглядає так: $50,72 \pm 1,2$ у самотніх проти $45,25 \pm 0,9$ у людей, які живуть з родиною ($p=0,002$). Автором доведено, що кумулятивний ризик виникнення ПТСР під час перебування в АТО підвищувався з 10 місяця під дією таких факторів: самотність учасника АТО,

exp (β) 2,240 ($p=0,033$); фактори фізичного й домашнього насильства: шанси виникнення психічних симптомів зростають у бійців, які зазнали побоїв у дитинстві, у 2,983 рази ($p<0,001$), а тих, хто наносили удари матері, – у 2,890 рази ($p<0,001$); депресія в когось із батьків також підвищувала ризик – у 3,352 рази ($p=0,002$).

Дисертантом встановлено, що 100% лікарів погодилися про необхідність психологічної реабілітації учасників АТО; ветерани з бойовим стажем у 14 разів частіше, ніж із мирним, запевняли в необхідності роботи психолога з родинами (ВШ 13,850 [95% ДІ (6,736-28,479)]), $p < 0,001$.

П'ятий розділ дослідження «Аналіз нормативно-правової бази медичної, фізичної, психологічної й соціальної реабілітації учасників АТО в Україні» присвячений аналізу нормативно-правової бази стосовно надання реабілітаційної допомоги учасникам бойових дій в Україні. В результаті проведеного аналізу було встановлено, що однією з кардинальних проблем існуючої системи реабілітації є відсутність єдиного логістичного механізму з медичного забезпечення учасників АТО в закладах охорони здоров'я Міністерства оборони України та інших медичних закладах, зокрема, відсутність механізму взаємодії між військовими та цивільними закладами охорони здоров'я при наданні медичної допомоги учасникам АТО, а також недостатнє матеріально-технічне, кадрове та фінансове забезпечення військових госпіталів Міністерства оборони України, у тому числі мобільних військових госпіталів, які працюють безпосередньо в зоні проведення АТО.

Встановлено, що в Полтавській області організація реабілітації проводиться як на підставі національних нормативно-правових документів, так і на підставі наказів регіональних - наказу директора Департаменту охорони здоров'я Полтавської ОДА від 17.04.2015 року №430 «Про організацію проведення лікування та реабілітації учасників антитерористичної операції в госпіталях для інвалідів війни області», від 10.12.2016 року №99, від 29.02.2016 року №156 «Про створення Центрів психосоціальної реабілітації учасників антитерористичної операції та ветеранів війни», від 08.05.2018 року №457

«Про створення мережі психосоціальної реабілітації учасників антитерористичної операції та інших категорій населення на базі лікувально-профілактичних закладів області». Автором показано, як реалізовується реабілітація на регіональному рівні. Перелік санаторно-курортних закладів для учасників АТО й осіб з інвалідністю налічує 85 закладів, серед яких 8 розташовані в Полтавській області.

В шостому розділі дослідження «Передумови необхідності створення, медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту» досліджена існуюча в Україні система реабілітації військовослужбовців.

Встановлено алгоритм надання медичної допомоги, відповідно до якого вирішується завдання сортування військовослужбовців до наявних соціальних, психологічних або медичних проблем та спрямування їх до відповідних спеціалістів.

Встановлено, що основні причини, які призводять до розладів здоров'я і виникнення потреби в наданні реабілітаційної допомоги, складають різноманітні посттравматичні стани та психологічні розлади. Відповідно було визначено, що для забезпечення безперервності та наступності в проведенні медико-психологічної реабілітації створено мережу психосоціальної реабілітації: регіональні центри та служби психосоціальної реабілітації.

Шляхом якісного аналізу – методом фокус-групи визначені проблеми, які виникають при наданні медичної допомоги ветеранам: прогалини в нормативно-правовій базі; порушені принципи безперервності, всебічності, комплексності, наступності медичної допомоги; проблеми фінансування реабілітації учасників АТО, дефіцит кадрів. Після цього, кількісним методом – методом факторного аналізу були встановлені основні недоліки, переваги та риси існуючої реабілітації: недостатнє фінансування закладів, відсутність гарантованого пакету на реабілітацію, низькі заробітні плати фахівців, порушення законодавчих актів, які регулюють надання медичної допомоги ветеранам війни тощо.

Сьомий розділ - «Медико-соціальне обґрунтування, розробка та впровадження системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами. експертна оцінка ефективності моделі» присвячений дослідженню можливості впровадження системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту та імплементації її компонентів в практику.

В основу запропонованої дисертантом системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами покладено чинники, виявлені в попередніх розділах дослідження. В центрі реабілітаційного процесу знаходиться людина, яка залежно від свого віку та місця знаходження змінює своє соціальне положення: мобілізований, доброволець, борець і ветеран. В її основу покладено міжнародні підходи та результати власних досліджень. Ідеологією системи були наступні принципи: збереження, підтримки й відновлення здоров'я ветеранів – учасників АТО як важливої складової загального здоров'я людини, суттєвими інноваційними елементами якої стали:

- 1) розмежовані функції між центральними органами виконавчої влади: МОЗ, МЗСУ, МВС, МОН, НСЗУ щодо системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами;
- 2) розділені обов'язки між ЗОЗ, соціальними службами й ВНЗ на регіональному рівні;
- 3) визначена структура виконавчої влади на регіональному рівні, яка забезпечуватиме холистичність системи й координуватиме дії, устанавлюючи зв'язок між військовим комісаріатом і ЗОЗ;
- 4) з'ясовані рівні реабілітації й заходи на кожному з них.

За допомогою запропонованої логічної моделі системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами було розроблено систему моніторингу та оцінювання ефективності впровадження моделі та розроблені спеціальні індикатори: число ветеранів, які звернулися до лікаря для ветеранів; число ветеранів, які звернулися до

реабілітаційного центру та число навчених на тренінгах Центру для ветеранів лікарів/фельдшерів/капеланів/соціальних педагогів/психологів/заступників командирів з особової частини. Система реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами позитивно оцінена експертами.

Висновки дослідження, якими завершується дисертаційна робота, відповідають наведеному науково-аналітичному матеріалу, аргументовані, достовірні, відображають його зміст, наукові факти та закономірності і відповідають поставленим завданням.

Відповідність паспорту спеціальності. Дисертаційна робота відповідає паспорту спеціальності 14.02.03 - соціальна медицина.

При опоненції дисертаційної роботи ознак плагіату не виявлено.

Принципових зауважень до методології проведення дисертаційного дослідження та оформлення роботи немає.

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

1. Чому у бійців виникають масові загострення проблем із хребтом, яка цьому причина і на скільки вагома реабілітація саме для цієї категорії військових?
2. Чи існує в Україні концепція організації регіональної реабілітації учасників АТО. Якщо так, то яка її мета?

Вказані запитання не знижують загального позитивного враження від дисертаційної роботи та її науково-практичної цінності.

Загальний висновок

За своєю актуальністю, адекватністю застосованих методів, обсягом дослідження, науковою новизною, сучасним науково-методичним рівнем виконання, теоретичним та практичним значенням отриманих результатів щодо обґрунтування, розробки та часткового впровадження в охорону здоров'я України, достатнім висвітленням та апробацією результатів дослідження дисертаційна робота Гавловського Олександра Даниловича «Медико-соціальне

обґрунтування системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами» на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 222 Медицина (наукова спеціальність 14.02.03 «Соціальна медицина») відповідає принципам академічної доброчесності, вимогам п.п. 7-9 Порядку присудження та позбавлення наукового ступеня доктора наук, затвердженого постановою КМУ 17 листопада 2021 р. № 1197, та вимогам до оформлення дисертації, затвердженими наказом МОН України від 12.01.2017 № 40, а її автор Гавловський Олександр Данилович заслуговує на присудження наукового ступеня доктора медичних наук за науковою спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина».

Заступник генерального директора з науково-клінічної роботи ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д.Стражеска» НАМН України,
доктор медичних наук, професор



Василь Корнацький

Відчук до спеціалізованої вищої ради № 16.613.08 керієм 18 травня 2023 року

Висхідний секретар,
професор *Тарас В.І. Варро*