

ВІДГУК

офіційного опонента, доктора медичних наук, професора Анкіна Миколи Львовича на дисертаційну роботу Нацевича Руслана Олександровича на тему “Клініко-організаційні засади лікування постраждалих внаслідок дорожньо-транспортних пригод на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах із застосуванням концепції притрасової лікарні”, представлену на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.21 – “Травматологія та ортопедія”.

Актуальність теми. Дисертаційна робота Нацевича Руслана Олександровича присвячена вирішенню актуальної науково-прикладної задачі: покращити результати лікування потерпілих із політравмою внаслідок дорожньо-транспортних пригод. Проблема лікування поєднаних пошкоджень і політравми на початку XXI століття посідає одне із провідних місць, що пояснюється її великою соціальною значимістю. Політравма перевищує смертність від серцево-судинних, онкологічних і інфекційних хвороб, разом узятих, причому в населення у віці до 40 років, вона посідає перше місце. А основною причиною отримання тяжких полісистемних ушкоджень є дорожньо-транспортні пригоди. Проблема якісного лікування постраждалих внаслідок дорожньо-транспортних пригод залишається дуже актуальною, навіть на тлі істотного покращення хірургічних методів лікування, медикаментозного забезпечення, вдосконалення теорії та практики травматології взагалі. Водночас рівень адекватності та ефективності надання медичної допомоги постраждалим як на догоспітальному, так і на госпітальному етапах, є вкрай незадовільними. Наведене вище обумовлює актуальність, доцільність, характер та напрямок даного дисертаційного дослідження.

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

Дисертаційна робота виконана за планом ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» і є фрагментом комплексних науково-дослідних робіт «Розробити клініко-організаційні принципи функціонування, структуру та кадрово-матеріальний ресурс системи надання екстреної медичної допомоги при дорожньо-транспортних пригодах» (Державний реєстраційний номер 0113U002107, 2013-2015 рр.), «Розробити сучасні науково-обґрунтовані принципи та заходи медичної реабілітації постраждалих внаслідок дорожньо-транспортних пригод» (Державний реєстраційний номер 0116U003044, 2016-2018 рр.).

Наукова новизна. У процесі дослідження були отримані нові наукові дані, які розширюють розуміння полісистемних пошкоджень. Уперше науково верифіковано клінічні результативні ризики виникнення летального результату перебігу травматичного процесу у постраждалих з полісистемними пошкодженнями внаслідок ДТП при наданні медичної допомоги в умовах лікарні на догоспітальному та госпітальному етапах. Вперше проведений експертно-клінічний аналіз ефективності застосування медичних технологій лікування постраждалих з політравмою внаслідок ДТП в умовах лікарні на догоспітальному та госпітальному етапах. Вперше шляхом моделювання із застосуванням ризикорієнтованого методу, доведено необхідність функціонування притрасових лікарень з функціональним об'єднанням догоспітального та госпітальних етапів.

Практичне значення. Дані дослідження щодо системи лікування постраждалих внаслідок ДТП дозволять значно підвищити ефективність діагностики та лікування постраждалих внаслідок ДТП насамперед шляхом оптимізації клініко-організаційних рішень та оптимізації часу надання медичної допомоги у межах «золотої години».

Ступінь обґрунтованості результатів.

Вірогідність наукових положень, висновки та рекомендації, що приводяться в дисертації, обумовлені сучасним методичним рівнем виконаних наукових досліджень. Під час проведення досліджень використовувались методи адекватні до поставлених завдань.

Обсяг і структура роботи. Дисертацію викладено українською мовою, вона складається із вступу, переліку умовних скорочень, чотирьох розділів, підсумку, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг дисертації становить 314 сторінок машинописного тексту (з урахуванням таблиць та додатків). Робота ілюстрована 24 рисунками та 98 таблицями. Список використаних джерел нараховує 171 найменувань, в тому числі 56 іноземних (англомовних).

У *вступі* підкреслено актуальність проблеми, сформульовані мета, завдання, а також подано новизну та практичне значення проведеного дослідження.

Розділ 1 викладено на 16 сторінках машинописного тексту, репрезентує досить повноцінний аналіз сучасних наукових джерел щодо проблем поєднаних пошкоджень при дорожньо-транспортних пригодах. Чітко викладені епідеміологія, класифікації, діагностика та лікування. Відмічається, що стандартизація та уніфікація діагностичного та лікувального процесу надання медичної допомоги постраждалим – це єдиний реально можливий шлях покращення результатів лікування постраждалих з пошкодженнями внаслідок дорожньо-транспортних пригод.

Розділ 2 «Матеріали та методи дослідження» викладено на 12 сторінках машинописного тексту, автор описує визначення необхідного та достатнього масиву дослідження, формування бази даних дослідження, методи дослідження, методологію аналізу матеріалу дослідження та методику контролю ефективності.

Розділ 3 «Клініко-епідеміологічна та клініко-нозологічна характеристика постраждалих внаслідок дорожньо-транспортних пригод, які моделювалися в умовах притрасової лікарні на догоспітальному і ранньому госпітальному

етапах» викладено на 162 сторінках машинописного тексту, висвітлює основні клініко-епідеміологічні та клініко-нозологічні характеристики, що включають вік, стать, механізм отримання травми, участь у дорожньому русі, анатомічну область пошкодження, тяжкість пошкодження та тяжкість стану постраждалого, термін отримання медичної допомоги. На жаль, зовсім не ясно, які принципи надання допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах застосовувалися. З огляду на те, що для дослідження взято лікарні із різною оснащеністю, штатами і принципами роботи, порівнювати виживання постраждалих в них важко.

В роботі також залишається невідомим і недослідженим швидкість надання медичної допомоги та її обсяг. Терміни надходження в стаціонар постраждалих звичайно ж важливі і впливають на показник виживання пацієнтів, але без адекватної терапії на даний показник вони навряд чи вплинуть.

В розділі 4 «Характеристика клініко-результативних ризиків виникнення летального результату перебігу травматичного процесу в постраждалих внаслідок дорожньо-транспортних пригод на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах лікування» викладено на 51 сторінці машинописного тексту, автором представлені характеристики клініко-результативних ризиків виникнення летального результату перебігу травматичного процесу в постраждалих внаслідок ДТП на догоспітальному і госпітальному етапах лікування, введено поняття зон ризику, що обумовлює вплив на корекцію ризикстворюючих факторів, а шляхом моделювання із застосуванням ризикорієнтованого методу, доведено необхідність функціонування притрасових лікарень з функціональним об'єднанням догоспітального та госпітального етапів.

Висновки відповідають задачам дослідження, але неконкретні, сформульовані нечітко.

Повнота викладення матеріалів дисертації в опублікованих працях і авторефераті.

Матеріали дисертації опубліковано в 5 статтях у друкованих періодичних виданнях, що включені до Переліку наукових фахових видань України ДАК МОН України та до міжнародних наукометричних баз, у 7 роботах у матеріалах конференцій та з'їздів.

Матеріали дисертації знайшли повне висвітлення в публікаціях.

Автореферат відповідає змісту дисертації.

Зауваження до змісту і оформлення дисертації: в дисертації зустрічаються граматичні та стилістичні помилки; в списку літератури зустрічається орфографічні помилки та неточності. У дисертаційній роботі тільки в одному місці зустрічаються абсолютні показники даних, у решті – відсотки.

На жаль, дослідник не прислухався до зауважень висловлених на засіданні спеціалізованої вченої ради і практично не змінив назву роботи і не усунув ключові зауваження. Усунення даних зауважень дозволило б уникнути ряду помилок і неточностей.

У порядку дискусії було б бажано отримати відповіді на такі запитання:

1. Що таке «притрасові лікарні»? Звідки взято цей термін і де затверджено?
2. Яким критеріям на Вашу думку повинні відповідати такі лікарні? Чи існує табель оснащення таких лікарень і ким він затверджений?
3. Який період ви вважаєте раннім госпітальним? Розкажіть про обсяг допомоги на даному етапі. Хто з фахівців повинен надавати допомогу на цьому етапі?
4. На Вашу думку, якими спеціалістами повинні бути забезпечені притрасові лікарні для вирішення питання кадрового ресурсу?
5. Як Ви інтерпретуєте критерії ефективності охорони здоров'я, такі як «виживання»? Як Ви оцінювали результати якості надання допомоги пацієнту?
6. У дисертації вказуються чотири лікарні. Скільки постраждалих мають отримати допомогу в кожній з цих лікарень? Розкажіть про принципи

