

РЕЦЕНЗІЯ

на методичні рекомендації Очередька Олександра Миколайовича та Клименюка Володимира Петровича на тему «Методологія вивчення ризиків інвалідизації внаслідок серцево-судинної системи за ієрархічною мікст-моделлю на основі APC дизайну»

Хвороби системи кровообігу посідають перше місце в світі за поширеністю та зумовлюють понад половину всіх випадків смерті, згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міністерства охорони здоров'я України. Україна посідає перше місце в Європі за смертністю від ССЗ: за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) протягом 2011–2012 років через цю причину ми втратили 440 тисяч співвітчизників. Щомісяця від серцево-судинної патології серед дорослого населення в Україні помирає 37 960 осіб з жахливим рівнем 1 людина за хвилину (Радченко А.Д., Сиренко Ю.Н., 2009). Непокоять темпи росту смертності внаслідок ССЗ - за минуле десятиріччя вона зросла майже на 40 % (Горбась І. М., 2009). Ці факти свідчать про актуальність тематики запропонованої методології, адже практичні аспекти її використання продемонстровані на прикладі впроваджень в процесі медичної реформи у Вінницькій області.

Новизна полягає у спроможності вивчати когорталізовано одночасні процеси руху когорти по рокам, віку і стадіям визрівання. В класичному фреймі ці ефекти змішувані один із одним і, отже, не вирізняються окремо. Іншим позитивом є значне підвищення потужності тестування гіпотез щодо факторів ризику за рахунок введення рандомізованих ефектів, які основані на експериментальних одиницях APC дизайну. Запропонована методологія може використовуватись в медико-епідеміологічних, медико-демографічних та медико-соціальних дослідженнях при вивченні явищ, гетерогенних у розрізі когорт за народженням, віковим групам та часовими періодами. Методика базується на дисоціації елементів APC конструкції (тобто ефектів віку, когорти, періоду) та дефрагментації матриці залишкових коваріацій за рахунок рандомізованих ефектів. Показано, що реєстрована стаціонарна динаміка інвалідизації являється

складною композицією ефекту когорт, періодів, і зміни вікової структури когорт в часі. Розподіл ризиків інвалідизації за кожним з ефектів виявився далеким від стаціонарного. Спостерігається драматичне падіння інвалідизації внаслідок ССЗ протягом 1999-2008 років, яке ніяк не можна пояснити успіхами профілактичної та лікувальної медицини. Простежено виражену динаміку росту рівнів інвалідизації від 0,45‰ у когорті народжених до 1941 року аж до 1,87‰ у когорті народжених після 1985 року, найбільш вірогідно внаслідок падіння рівня здоров'я наступних поколінь. Доведено наявність пікових значень інвалідизації у віковій групі 51-55 років, причому з регулярністю щодо окремих груп ССЗ. Відповідь можна шукати лише в соціальному аспекті експертизи стійкої втрати працездатності. В цілому дані свідчать про збільшення ризиків інвалідизації і одночасне зменшення доступності експертизи та можливості отримати групу.

Співставлення ситуацій в розрізі районів і когорт за виключенням усіх інших важливих змішувальних факторів, зокрема віку, підтверджують гіпотезу, що погіршення медико-соціального середовища призводить до виражених диспропорцій істинних ризиків інвалідизації і зареєстрованих. Висновки покладені в основу удосконалення моделі організації медико-соціального забезпечення інвалідів внаслідок ССЗ за функціоналом виживаності.

Вважаю, що методичні рекомендації доцільні для впровадження і призначені для спеціалістів з біостатистики демографів, епідеміологів, організаторів охорони здоров'я.

Голова проблемної комісії
“Соціальна медицина” МОЗ
та АМН України

д.м.н., проф. Слабкий Г.О.