

ОТЗЫВ

официального оппонента **Хузаханова Фариды Вильямовича**, доктора медицинских наук, профессора, кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации на диссертационную работу Богдановой Татьяны Геннадьевны на тему «Научные основы реализации стратегии развития репродуктивного потенциала региона как ведущего направления государственной демографической политики», представленную на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 - «общественное здоровье и здравоохранение»

Актуальность проблемы

Репродуктивно-демографические процессы, определяющие воспроизводство здоровых поколений и имеющие непосредственное отношение к проблеме охраны и управления здоровьем популяции, фактически устанавливают приоритеты государственной демографической политики (Султанаева З.М., 2011; Стародубов В.И., 2012; Полунина Н.В., Шмелев И.А., Коновалов О.Е., 2015). В современных условиях население трудоспособного возраста является ключевой группой, влияющей на ожидаемую продолжительность жизни и ее прогноз в Российской Федерации. Так называемая сверхсмертность названной категории населения – одна из ведущих причин высоких темпов депопуляции и снижения репродуктивного потенциала (Иванова А.Е., 2013; Измеров Н.Ф., Тихонова Г.И., Горчакова Т.Ю., 2014; Жестикова М.Г., Сытин Л.В., Хомичева В.Е., 2016; Щепин О.В., Шишкин Е.В., 2019 и др.).

Это положение оправдывает цель исследования - на основании изучения особенностей состояния здоровья и образа жизни женщин и мужчин трудоспособного возраста, а также организации медицинской помощи указанному контингенту разработать научно обоснованный комплекс социально-гигиенических, медико-организационных мер по улучшению репродуктивного здоровья населения региона и оценить его

результативность - для достижения которой автором было сформулировано 6 задач и проведено 6 последовательных этапов исследования.

Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций не вызывает сомнений, так как автором выполнен достаточно глубокий анализ литературных источников по теме (164 – российских и 108 – зарубежных). Исследование базируется на анализе большого объема первичной информации, охватывает период с 2002 по 2018 гг. Объективность и достоверность полученных результатов определяют репрезентативность выборки, использование адекватных методов исследования, статистическая автоматизированная обработка полученных данных проведена с использованием современных информационных систем.

Диссертация написана с соблюдением соответствующих ГОСТов, логически последовательна в рубрикации, хорошо иллюстрирована. Содержание автореферата полностью соответствует основным положениям диссертации.

Автор выдвигает и обосновывает **3 положения**. В первом положении, выносимом на защиту, автор представляет, что рост уровня заболеваемости населения трудоспособного возраста обусловлен увеличением заболеваемости болезнями мочеполовой системы, в том числе - патологии репродуктивной сферы; особенности заболеваемости и смертности названной категории населения в различных административно-территориальных образованиях региона позволяют сгруппировать территории на основе расчета коэффициента соотношения между показателями заболеваемости и смертности среди населения трудоспособного возраста.

Следует отметить, что автором проведен анализ репродуктивно-демографической ситуации, состояния здоровья населения трудоспособного возраста в базовом регионе (Чувашская Республика) в сравнении с РФ и ПФО в 2002-2011 гг. (до реализации мероприятий) и в 2012-2018 гг. (после реализации

мероприятий). Изучены особенности заболеваемости и смертности населения трудоспособного возраста в различных административно-территориальных образованиях региона. Отмечен рост уровня заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди населения трудоспособного возраста практически в 2 раза за счет патологии репродуктивной сферы мужчин и женщин, в том числе предстательной железы – в 2,4 раза, бесплодия среди мужчин и женщин – в 5,6 и 3,1 раза соответственно, воспалительными болезнями женских половых органов – в 5,4 раза, эндометриозом – в 3,9 раза, расстройством менструаций – в 5,5 раза, патологией во время беременности, родов и в послеродовом периоде – в 3,7 раза. Установлено, что уровень смертности снизился с 698,9 до 639,2 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста, при этом уровень смертности мужчин трудоспособного возраста был в 4,1-4,5 раза выше, чем таковой среди женщин. В различных административно-территориальных образованиях региона уровни заболеваемости и смертности населения трудоспособного возраста различались в 1,7 и в 2,1 раза, соответственно.

Результаты первого положения, выносимого на защиту, нашли отражение в 3 главе и 1 выводе диссертационной работы.

Во втором положении, в полной мере раскрытом в 4 и 5 главах диссертации и 3, 4, 5 выводах, автор акцентирует внимание на том, что для анализа состояния здоровья административно-территориальных образований региона был разработан коэффициент $K_{з/с}$, величина которого определялась как соотношение показателей заболеваемости и смертности. В зависимости от значения $K_{з/с}$ все территории были распределены на 3 группы: к благоприятным (1-я группа) были отнесены территории, в которых коэффициент $K_{з/с}$ был равен от 96,9 до 186,6 единиц (17,4%), в группу неблагоприятных (3-я группа) вошли территории с $K_{з/с}$ от 56,3 до 73,2 единицы (34,8%). Остальные административные территории (2-я группа) имели коэффициент $K_{з/с}$ от 73,2 до 96,9 единицы (47,8%).

В 4-й главе проведен сравнительный анализ медико-социальных характеристик состояния репродуктивного здоровья населения трудоспособного возраста в административно-территориальных

образованиях региона. Автором установлено, что в административно-территориальных образованиях региона, отнесенных к неблагоприятным территориям, в сравнении с благоприятными достоверно ниже уровень заболеваемости населения трудоспособного возраста патологией мочеполовой системы ($p < 0,001$), охват диспансерным наблюдением населения трудоспособного возраста ($p < 0,001$), удельный вес пациентов со злокачественными новообразованиями ($p < 0,001$), выявленными на ранних стадиях развития, однако выше уровень репродуктивных потерь ($p < 0,05$), заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем ($p < 0,05$);

По данным социологического опроса, проведенного автором на основе разработанной анкеты, в муниципальных образованиях 3-й группы в сравнении с районами и городами 1-й группы достоверно больше ($p < 0,001$) курили во время беременности; удельный вес женщин, которые до наступления настоящей беременности никогда не были на приеме у акушера-гинеколога; доля женщин, для которых настоящая беременность была неплановой; удельный вес мужчин, которые советуют прервать внеплановую или нежеланную беременность; частота аборт. Вместе с тем, достоверно меньше ($p < 0,001$): беременных женщин, состоящих в браке, женщин, планирующих сохранить нежеланную беременность в случае ее возникновения; мужчин, желающих иметь троих детей, женщин, планирующих иметь троих детей.

Для изучения особенностей организации медицинской помощи трудоспособному населению автором исследован ряд ресурсных показателей и индикаторов, характеризующих доступность и качество предоставления медицинской помощи в муниципалитетах 1-й и 3-й групп. Установлено, что сложившиеся неблагоприятные показатели репродуктивного здоровья в отдельных административно-территориальных образованиях региона, сгруппированных по величине Кз/с, обусловлены меньшим охватом диспансерным наблюдением пациентов с хроническими заболеваниями, низким уровнем выявляемости злокачественных новообразований на ранних стадиях, дефицитом

медицинских кадров, недостаточной укомплектованностью медицинским оборудованием, отсутствием автоматизированных рабочих мест для медицинских работников.

В третьем положении, автор показывает, что в административно-территориальных образованиях региона с неблагоприятными показателями здоровья более чем на треть выше доля женщин и мужчин трудоспособного возраста с низким уровнем медицинской грамотности и медицинской активности, что отражено в 4 главе исследования и 3-м выводе. Определены основные критерии уровня медицинских грамотности и активности в муниципальных образованиях 1-й и 3-й групп среди мужчин и женщин трудоспособного возраста, проведена оценка анкет интервьюируемых.

В 6 главе определены основные направления реализации стратегии развития репродуктивного потенциала региона на 2012-2016 гг. С учетом результатов исследования разработаны мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи населению трудоспособного возраста, которые были реализованы в 2012-2016 гг., в первую очередь, в группе территорий с неблагоприятными показателями здоровья, а именно: 1) внедрено профилактическое консультирование женщин и мужчин трудоспособного возраста в целях повышения уровня медицинской грамотности врачами акушерами-гинекологами, врачами-урологами кабинетов планирования семьи, кабинетов медико-социальной помощи в ситуации репродуктивного выбора женских консультаций, кабинетов и отделений медицинской профилактики поликлиник, которое включало обсуждение с пациентами необходимости своевременной постановки на диспансерное наблюдение по беременности, планирования беременности и профилактику абортов, своевременное обращение к врачу по поводу диагностики и лечения заболеваний, передающихся половым путем, заболеваний репродуктивной сферы; формирование составляющих здорового образа жизни; обязательным условием было консультирование как женщин, так и мужчин (семейной пары или проживающих совместно) путем проведения бесед (сочетание совместных и

индивидуальных консультаций в школах здоровья), раздачи наглядных материалов (брошюр, памяток, профиля здоровья женщины и мужчины); 2) медицинские организации были оснащены необходимым оборудованием в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи; на начальном этапе были использованы мобильные медицинские комплексы межрайонных центров для обеспечения доступности первичной медико-санитарной специализированной помощи и диспансерного наблюдения населения трудоспособного возраста; 3) в целях повышения укомплектованности врачами и средними медицинскими работниками медицинских было внедрено поэтапное решение проблемы устранения дефицита медицинских кадров: организована ежемесячная работа выездных врачебно-сестринских бригад (терапевт, акушер-гинеколог, онколог, уролог, медицинская сестра) на базе межрайонных медицинских центров региона; обеспечено проведение дистанционных консультаций врачей; главам неблагоприятных административно-территориальных образований рекомендовано разработать необходимые социальные программы привлечения специалистов (обеспечение жильем, внеочередное предоставление мест в детских дошкольных учреждениях, льготные программы кредитования жилья); 4) было организовано оснащение рабочих мест врачей и средних медицинских работников поликлиник, женских консультаций, кабинетов и отделений медицинской профилактики компьютерной техникой и сетевым оборудованием для создания и актуализации индивидуального электронного паспорта репродуктивного здоровья женщин и мужчин трудоспособного возраста.

Безусловно, без оценки результативности внедрения научно обоснованного комплекса социально-гигиенических, медико-организационных мер по улучшению репродуктивного здоровья населения региона работа носила бы незавершенный характер. В 6 главе автором **представлена результативность** внедрения комплекса мероприятий по улучшению состояния репродуктивного здоровья населения региона, которая оценена путем сравнения динамики показателей в регионе, сложившихся за период 2011-2018 гг.: сократилась доля

курящих среди трудоспособного населения в 3,1 раза; в 1,7 раза увеличилось количество обращений в медицинские организации для медицинского осмотра и обследования лиц трудоспособного возраста в расчете на 1000 населения; количество аборт в расчете на 1000 женщин фертильного возраста снизилось на 19,3%; в 1,7 раза увеличен охват диспансерным наблюдением населения трудоспособного возраста региона; увеличилась доля женщин, у которых на профилактических осмотрах установлены диагнозы злокачественных новообразований молочной железы, в 4,5 раза, шейки матки – в 1,8 раза, выявляемость злокачественных новообразований на ранних стадиях выросла на 15,1%; снизился уровень заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, среди трудоспособного населения в 2,1 раза, уменьшился показатель смертности населения в трудоспособном возрасте на 18,6%; вырос удельный вес трудоспособных граждан, удовлетворенных доступностью и качеством медицинской помощи, с 75,6% до 91,9%.

Практические рекомендации конкретны и вытекают из полученных результатов и выводов исследования.

Новыми научными результатами можно обоснованно считать:

- проведено изучение состояния здоровья населения трудоспособного возраста в субъекте РФ, которое позволило установить, что за 10 лет отмечен рост уровня заболеваемости, как среди мужчин, так и среди женщин; зарегистрирован рост уровня заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди населения трудоспособного возраста практически в 2 раза, более 70,0% в структуре причин данного класса приходится на заболевания репродуктивной сферы; установлено, что за период с 2002 по 2011 г. уровень смертности снизился на 8,5%, на фоне уменьшения уровня смертности от внешних причин, как среди мужчин, так и среди женщин, и достоверно неизменном уровне смертности от болезней системы кровообращения зарегистрирован ее рост от новообразований у мужчин на 23,5%, у женщин – на 8,9%;

- сравнительный анализ показателей заболеваемости и смертности по отдельным территориям региона позволил разработать коэффициент соотношения между показателями заболеваемости и смертности среди населения трудоспособного возраста (Кз/с), его величина была использована для группировки административно-территориальных образований;
- изучение организации медицинской помощи на территориях, отнесенных к неблагоприятным, выявило низкие показатели обеспеченности медицинскими кадрами, установлены наиболее значимые причины сложившегося дефицита медицинских кадров;
- обращает на себя внимание, что в группе, отнесенной к неблагоприятным муниципальным образованиям, в 1,5 раза больше мужчин трудоспособного возраста, имеющих низкий уровень медицинской грамотности, и в 1,8 раза – женщин;
- в неблагоприятных административно-территориальных образованиях в сравнении с благоприятными определено отсутствие преимущественности в процессе оказания медицинской помощи населению трудоспособного возраста между врачами амбулаторного звена с медицинскими работниками стационаров, что приводит к несвоевременности диспансерного наблюдения (достоверно меньше доля взятых на диспансерный учет после выписки из стационара);
- выявлена низкая укомплектованность рабочих мест врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций автоматизированными рабочими местами (компьютерами и специализированным программным продуктом), отсутствует доступ к единой базе медицинской документации в форме электронных документов независимо от места и времени оказания медицинских услуг, что не позволяет врачам первичного звена контролировать необходимость и сроки диспансерного наблюдения.

Практическая значимость работы заключается в том, что разработан комплекс социально-гигиенических, медико-организационных мероприятий по улучшению репродуктивного здоровья населения региона. Результаты исследования используются в практическом здравоохранении субъектов РФ, в том числе в Чувашской Республике, Республике Марий Эл, БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.В. Виноградова Департамента здравоохранения города Москвы», в деятельности Российской Ассоциации по улучшению состояния здоровья и качества жизни населения «Здоровые города, районы и посёлки».

Основные положения и выводы диссертационной работы внедрены и используются в образовательном процессе 2-ух вузов. Основные положения диссертации отражены в 52 печатных работах, в том числе 23 статьях в журналах, включенных в утвержденный ВАК перечень ведущих научных рецензируемых журналов и изданий. Изданы две монографии, учебное пособие, получено 3 свидетельства о государственной регистрации программы для ЭВМ, 3 рационализаторских предложения. Работа прошла широкую апробацию, основные положения докладывались на 10 конференциях - международных, всероссийских, межрегиональных и региональных.

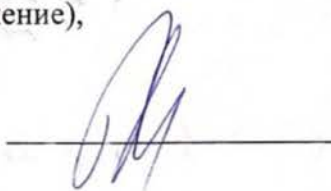
Заключение.

Диссертация Богдановой Т.Г. является законченной научно-квалификационной работой, в которой на основании выполненных автором исследований сформулировано и обосновано решение актуальной научной проблемы - сохранение репродуктивного здоровья населения. Диссертационная работа полностью отвечает требованиям пункта 9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 сентября 2013г. № 842, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора

медицинских наук, а сам автор достоин присуждения искомой степени по специальности 14.02.03- общественное здоровье и здравоохранение.

Официальный оппонент:
профессор кафедры
общественного здоровья и организации
здравоохранения ФГБОУ ВО
«Казанский государственный
медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации,
доктор медицинских наук (специальность 14.02.03-
общественное здоровье и здравоохранение),
профессор,

Хузиханов Фарид Вильямович



«__» _____ 2021 г.

Адрес: 420012, Приволжский федеральный округ, Республика Татарстан,
г.Казань, ул. Булгерева, д.49 e-mail: rector@kazangmu.ru

Подпись: доктор медицинских наук, Хузиханова Фарид Вильямовича
заверяю:



Подпись 
_____ заверяю.
Учёный секретарь Учёного Совета ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, д.м.н. _____ И.Г. Мустафин
« 20 » января 2021 г.