

ОТЗЫВ

официального оппонента Мингазовой Эльмиры Нурисламовны, доктора медицинских наук, профессора, члена-корреспондента Академии наук Республики Татарстан, главного научного сотрудника Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» 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.

Актуальность темы очевидна, поскольку снижение уровня репродуктивного потенциала страны является особо значимой проблемой среди основных, определяющих содержание современных стратегий развития здравоохранения России. Разработка и практическая реализация эффективной демографической политики – это первоочередные задачи государства, а их результативность – один из основных индикаторов степени его цивилизованности (Медик В.А., Лисицын В.И., Прохорова А.В., 2014; Хабриев Р.У., Линденбратен А.Л., Комаров Ю.М., 2014; Цыбульская И.С., Низамова Э.Р., 2016 и др.).

Данные информационного поиска, приведенные в оппонируемой работе, позволили убедиться в том, что в контексте научного обоснования реализации стратегии развития репродуктивного потенциала региона рассматривались программы улучшения репродуктивного здоровья на основе оценки медико-демографических показателей, изучения репродуктивного здоровья женщин со стороны экологических, социально-экономических условий жизни, с позиций медико-биологического статуса женской популяции, здоровья детей и подростков, анализа фетоинфантильных и репродуктивных потерь и путей их снижения в регионе, изучения репродуктивных установок и поведения женщин, причинной роли

определенных аномальных соотношений микроэлементов в окружающей среде в становлении репродуктивной функции (Бурдули Г.М., Фролова О.Г., 1997; Альбицкий В.Ю., Юсупова А.Н., Шарапова Е.И., Волков И.М., 2001; Бушмелева Н.Н., 2015; Аганезова Н.В., 2016; Цыбульская И.С., Низамова Э.Р., 2016 и др.). Вместе с тем не анализировались особенности репродуктивного здоровья женщин и мужчин трудоспособного возраста и факторов, его формирующих, с учетом влияния определенных медико-социальных детерминант на общественный репродуктивный потенциал различных городских и сельских муниципальных образований региона. Вышеперечисленные аргументы определили актуальность темы научного исследования, выбранной Богдановой Т.Г., его целесообразность и научно-практическую значимость.

Цель исследования сформулирована ясно, четко. Поставленные задачи адекватны цели и полностью ее раскрывают, а также четко и ясно сформулированы автором. Верно и в полном объеме определены базы и объекты исследования, а также разработана его программа и выбраны методики выполнения.

Научная новизна работы заключается в том, что на современном этапе развития базового региона автором диссертации на основе многолетних ретроспективных наблюдений проведено изучение состояния здоровья населения трудоспособного возраста в субъекте РФ, что позволило установить основные тенденции уровней заболеваемости и смертности среди мужчин и женщин, основные причины заболеваемости.

Так, выявлен рост уровня заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди населения трудоспособного возраста практически в 2 раза, при этом, более 70,0% в структуре причин заболеваемости приходилось на заболевания репродуктивной сферы, в том числе увеличилась заболеваемость бесплодием среди мужчин и женщин. Установлено, что за десятилетний период уровень смертности снизился на 8,5%, при этом уровень смертности мужчин трудоспособного возраста был в 4,1-4,5 раза выше, чем таковой

среди женщин. Изучение динамики уровня смертности от ведущих причин показало, что 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 и у женщин. В различных административно-территориальных образованиях региона уровни заболеваемости населения трудоспособного возраста различались в 1,7 раза, смертности – в 2,1 раза.

Автором разработан коэффициент соотношения между показателями заболеваемости и смертности среди населения трудоспособного возраста (Кз/с) и проведена группировки административно-территориальных образований в зависимости от его величины: 1 группа - с благоприятными показателями здоровья (имели место высокий уровень заболеваемости и низкий уровень смертности); 3 группа - с неблагоприятными показателями здоровья (низкий уровень заболеваемости сочетался с высоким уровнем смертности), остальные административные территории были отнесены к 2 группе с удовлетворительными показателями здоровья.

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, охват диспансерным наблюдением населения трудоспособного возраста, удельный вес пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленными на ранних стадиях развития, однако выше уровень репродуктивных потерь, заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем.

Изучение системы организации медицинской помощи на территориях, отнесенных к неблагоприятным, выявило низкие показатели обеспеченности медицинскими кадрами; недостаточную оснащенность медицинским оборудованием. На основании проведенного социологического исследования установлено, что наиболее значимыми причинами сложившегося дефицита медицинских кадров были отсутствие жилья и специальных льготных

программ кредитования жилья, низкий уровень заработной платы, отсутствие мест в детских дошкольных учреждениях.

Определено отсутствие преемственности в процессе оказания медицинской помощи населению трудоспособного возраста между врачами амбулаторного звена с медицинскими работниками стационаров, что приводит к несвоевременности диспансерного наблюдения. В неблагоприятных административно-территориальных образованиях в сравнении с благоприятными достоверно меньше доля взятых на диспансерный учет после выписки из стационара.

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 этих территориях достоверно больше женщин, куривших во время беременности и не осведомленных о необходимости своевременного обращения в женскую консультацию при наступлении беременности, не применяющих различные методы контрацепции. Среди мужчин, проживающих в неблагоприятных муниципальных образованиях, достоверно больше тех, кто советует прервать внеплановую или нежеланную беременность, не информированных о том, в каких медицинских организациях проводятся диагностика и лечение инфекций, передающихся половым путем, и урологических заболеваний.

Выявлена низкая укомплектованность рабочих мест медицинского персонала автоматизированными рабочими местами, в результате - 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.

По результатам исследования разработан комплекс социально-гигиенических, медико-организационных мероприятий по улучшению репродуктивного здоровья населения региона, который предусматривал:

1) профилактическое консультирование женщин и мужчин трудоспособного возраста (обязательным условием является консультирование семейных пар) в целях повышения уровня медицинской грамотности врачами акушерами-гинекологами, врачами-урологами кабинетов планирования семьи, кабинетов медико-социальной помощи, а также врачами кабинетов и отделений медицинской профилактики поликлиник по вопросам планирования беременности, своевременной постановки на диспансерное наблюдение, применения различных методов контрацепции, негативной роли аборт в сохранении здоровья женщины и будущего ребенка, необходимости своевременного обращения к врачу связи с заболеванием, формирования составляющих здорового образа жизни (предупреждение распространения вредных привычек);

2) первоочередное оснащение медицинских организаций неблагоприятных административно-территориальных образований необходимым оборудованием в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, использование мобильных медицинских комплексов, оснащенных лабораторными анализаторами, УЗИ-сканерами, флюорографами для обеспечения доступности амбулаторно-поликлинической помощи и диспансерного наблюдения населения трудоспособного возраста;

3) поэтапное решение проблемы устранения дефицита медицинских кадров путем: организации работы выездных врачебно-сестринских бригад на ежемесячной основе (терапевт, акушер-гинеколог, онколог, уролог, медицинская сестра) на базе межрайонных медицинских центров региона; проведения дистанционных консультаций врачей; разработки в неблагоприятных административно-территориальных образованиях социальных программ привлечения специалистов;

4) оснащение рабочих мест медицинских работников поликлиник, женских консультаций, кабинетов и отделений медицинской профилактики компьютерной техникой и специализированными программными продуктами

для создания и актуализации индивидуального электронного паспорта репродуктивного здоровья женщин и мужчин трудоспособного возраста, содержащего информацию о сроках выполнения и объеме диспансерного наблюдения, результатах лечебно-диагностических мероприятий, запланированных профилактических медицинских осмотрах на основе интеграции сведений из информационных систем медицинских организаций по ведению амбулаторных карт, историй болезни;

5) формирование единой базы данных о состоянии здоровья населения трудоспособного возраста на уровне региона, созданной путем интеграции сведений из всех информационных систем, организация доступа к электронным медицинским документам о состоянии здоровья женщин и мужчин трудоспособного возраста позволят обеспечить преемственность в оказании медицинской помощи населению трудоспособного возраста.

Отмечено, что целесообразно начинать внедрение социально-гигиенических, медико-организационных мероприятий по сохранению и улучшению репродуктивного здоровья в неблагоприятных территориях, где зарегистрирован низкий уровень заболеваемости с одновременно высоким уровнем смертности населения трудоспособного возраста.

Перечисленные мероприятия были внедрены в базовом регионе, а также определена результативность их реализации, доказавшая несомненную целесообразность и практическую значимость предложенных мер.

Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации, определяется высоким методическим уровнем работы, обоснованно достаточными объемами исследования, применением современных приемов обработки и анализа статистических данных.

Практическая значимость диссертации Богдановой Т.Г. заключается в том, что в ходе работы автором был разработан комплекс адекватных социально-гигиенических, медико-организационных мероприятий по улучшению репродуктивного здоровья населения региона, реализация

которых способствовала совершенствованию системы управления репродуктивным здоровьем, а также позволила добиться существенного улучшения его основных показателей.

Оценка структуры и содержания работы. Диссертационная работа изложена на 352 страницах текста и состоит из введения, обзора современного состояния проблемы, методики, программы, организации и базы исследования, 4 глав собственных исследований (всего 6 глав), заключения, выводов, практических рекомендаций, иллюстрирована 88 рисунками, 47 таблицами. Список использованной литературы включает 272 источника, из них 164 – отечественных и 108 – иностранных.

Во введении автором обоснована актуальность темы, определены цель и задачи, сформулированы основные положения, выносимые на защиту, раскрыты научная новизна и практическая значимость, изложены данные апробации работы и внедрений результатов данного исследования.

Первая глава содержит аналитический обзор отечественного и зарубежного опыта в области стратегий развития системы охраны репродуктивного здоровья населения, факторов, влияющих на репродуктивный потенциал населения, методологических и организационных основ программ охраны репродуктивного здоровья и развития репродуктивного потенциала.

Во второй главе изложены программа и методики выполнения исследования, содержащие шесть последовательных этапов и позволившие, в итоге, разработать комплекс социально-гигиенических, медико-организационных мер по улучшению репродуктивного здоровья населения региона. Для выполнения поставленных задач использовались современные методы исследования: информационно-аналитический, социально-гигиенический, статистический, выкопировки данных из медицинских и информационно-статистических документов, картографирования, SWOT-анализ. Статистическая обработка и математический анализ полученных

данных включали в себя использование методик вычисления средних и показателей, их ошибок, расчета среднего квадратичного отклонения, определения достоверности средних и показателей, применения метода сравнения средних и относительных величин (вероятность безошибочного прогноза).

В последующих главах нашли отражение материалы собственных исследований.

Установлено, что за изучаемый период времени отмечен рост уровня заболеваемости среди населения трудоспособного возраста на 46,2%, на 48,5% - среди мужчин, на 36,0% - среди женщин, при этом показатели заболеваемости у женщин на протяжении всего анализируемого периода были в 1,3-1,8 раза выше, чем аналогичные показатели у мужчин. В течение исследуемого периода не выявлено различий в ранговом распределении структуры основных причин заболеваемости мужчин и женщин трудоспособного возраста.

Отмечено, что за период до внедрения мероприятий (2002-2011 гг.) уровень показателя заболеваемости населения трудоспособного возраста болезнями системы кровообращения снизился на 9,3%, уровень показателей заболеваемости болезнями органов дыхания повысился в 2,5 раза, заболеваемости, вызванной внешними причинами, – на 30,8%, болезнями органов пищеварения – на 9,2%, новообразованиями – в 1,8 раза, болезнями мочеполовой системы – в 1,8 раза.

Установлено, что уровень заболеваемости патологией репродуктивной сферы повысился с 45,8 в 2002 г. до 82,6 на 1000 населения трудоспособного возраста в 2011 г. за счет роста заболеваемости болезнями предстательной железы, бесплодием среди мужчин и женщин, воспалительными заболеваниями органов малого таза, эндометриозом, расстройством менструаций, патологией во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Смъртность мужчин трудоспособного возраста в 4,1-4,5 раза выше,

чем таковая среди женщин, темп снижения смертности среди мужчин составил 9,9%, среди женщин – 13,2%.

Отмечено, что среднегодовой уровень заболеваемости в различных городах и районах региона варьировал от 509,5 до 880,3 на 1000 населения трудоспособного возраста, среднегодовой уровень смертности – от 471,7 до 1057,4 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста. Проведена группировка муниципальных образований. Для анализа соотношения показателей заболеваемости и смертности (из расчета на 1000 населения трудоспособного возраста) использовался разработанный автором коэффициент Кз/с, значение которого колебалось от 56,3 до 186,6 единицы в различных административно-территориальных образованиях.

По данным исследования, выделены 1-я, наиболее благоприятная группа административно-территориальных образований (17,4% от всех территорий базового региона), где имели место высокий уровень заболеваемости и низкий уровень смертности с Кз/с от 96,9 до 186,6 единицы, и неблагоприятная 3-я группа административно-территориальных образований (34,8%) с Кз/с от 73,2 до 56,3 единицы, где были зарегистрированы низкий уровень заболеваемости и высокий уровень смертности. Остальные административные территории отнесены ко 2-й группе с Кз/с в пределах от 73,2 до 96,9 единицы.

Установлено, что уровень заболеваемости патологией репродуктивной сферы в районах и городах 3-й группы на 33,7% меньше, чем таковая на территориях 1-й группы (67,1). Удельный вес патологии репродуктивной сферы при этом в структуре класса болезней мочеполовой системы в 1-й группе составил 61,3%, что достоверно выше, чем в 3-й группе (52,6%).

С использованием разработанной автором анкеты проведен социологический опрос, определено, что в муниципальных образованиях 3-й группы в сравнении с районами и городами 1-й группы достоверно больше ($p < 0,001$) курили во время беременности (17,2% и 5,9% соответственно); удельный вес женщин, которые до наступления настоящей беременности

никогда не были на приеме у акушера-гинеколога (18,7% и 3,9% соответственно); доля женщин, для которых настоящая беременность была неплановой (37,5% и 15,2% соответственно); удельный вес мужчин, которые советуют прервать внеплановую или нежеланную беременность (22,4% и 3,7% соответственно); частота абортот (27,6 и 19,6 на 1000 женщин фертильного возраста соответственно). Достоверно меньше ($p < 0,001$): беременных женщин, состоящих в браке (55,3% и 83,9% соответственно), женщин, планирующих сохранить нежеланную беременность в случае ее возникновения (47,8% и 70,6% соответственно); мужчин, желающих иметь троих детей (14,1% и 36,3% соответственно), женщин, планирующих иметь троих детей (20,0% и 43,2% соответственно).

Установлено, что уровни медицинской грамотности и медицинской активности в целом среди женщин муниципальных образований 1-й группы распределились следующим образом: высокий уровень сложился у 36,3% женщин и у 38,1% мужчин, средний – у 43,2% женщин и у 34,7% мужчин, низкий – у 20,5% женщин и у 27,2% мужчин. Высокий уровень медицинской грамотности и активности в 3-й группе был у 27,1% женщин и 30,2% мужчин, средний – у 36,1% женщин и 32,1% мужчин, низкий – у 36,8% женщин и 39,7% мужчин.

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.

Укомплектованность медицинских организаций 3-й группы медицинским оборудованием в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на 40,3% больше, чем таковой в медицинских организациях 1-й группы. В медицинских организациях 3-й группы также меньше показатели обеспеченности врачами всех специальностей – на 35,5%, участковыми врачами и врачами общей практики – на 31,5%, акушерами-гинекологами – на 59,9%, урологами – в 3 раза, онкологами – в 2 раза, терапевтами – на

32,1%. Обеспеченность средними медицинскими работниками также на 32,8% меньше в медицинских организациях 3-й группы, чем в медицинских организациях 1-й группы, а обеспеченность фельдшерами – на 75,0%.

Доля обращений населения трудоспособного возраста в медицинские организации для медицинского осмотра в 1-й группе составила 8,9% от общего числа посещений в поликлинику, в медицинских организациях территорий 3-й группы – 3,9%. Отличается также удельный вес пациентов с выявленными злокачественными новообразованиями на ранних стадиях развития: в медицинских организациях 3-й группы на 18,9% ниже, чем в медицинских организациях 1-й группы.

Результаты опроса медицинских работников выявили, что из 100 опрошенных 63 считают наиболее значимой причиной увольнения и сложившегося дефицита медицинских кадров отсутствие жилья, 56 – отсутствие специальных льготных программ кредитования жилья, 51 – низкий уровень заработной платы, 32 – отсутствие мест в детских садах. В среднем каждый опрошенный назвал от 2 до 3 причин, способствующих преждевременному увольнению.

Анализ взаимодействия участковых терапевтов, врачей общей практики с узкими специалистами амбулаторного звена и медицинскими работниками стационарных отделений в процессе оказания медицинской помощи населению трудоспособного возраста показал отсутствие преемственности в работе: не формализован процесс передачи информации об объеме и качестве оказанной медицинской помощи и результатах обследования и лечения между врачами различных медицинских организаций, медицинские информационные системы не позволяли обмениваться информацией о здоровье пациентов, что особенно важно в условиях работы трехуровневой системы, когда лечение и обследование происходят в территориально отдаленных друг от друга медицинских организациях.

В результате удельный вес пациентов, ни разу не обратившихся в медицинские организации после установления терапевтом или врачом общей

практики III группы здоровья по итогам диспансеризации для последующего диспансерного наблюдения, составил в среднем по региону 10,6% от всех пациентов с указанными группами здоровья, а в муниципальных районах 3-й группы – 32,6%, что достоверно выше, чем в административных территориях 1-й группы (8,3%). Доля пациентов, госпитализированных в стационар с впервые выявленной хронической патологией и не взятых впоследствии после окончания стационарного этапа лечения на диспансерное наблюдение врачами первичного звена, составила в целом по региону 21,3% от всех госпитализированных, в районах и городах 3-й группы – 42,1%, что достоверно выше, чем в административных территориях 1-й группы (12,3%).

С учетом результатов исследования разработаны мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи населению трудоспособного возраста, которые были реализованы в 2012-2016 гг. в группе территорий с неблагоприятными показателями здоровья. Результативность внедрения комплекса мероприятий по улучшению состояния популяционного репродуктивного здоровья региона оценена путем сравнения динамики показателей в регионе, сложившихся за период 2011-2018 гг.

В **заключении** обобщены результаты исследования, изложенные в диссертации.

Выводы логично вытекают из существа поставленных задач, полностью их раскрывая, и завершают научное исследование, представляются обоснованными, и, несомненно, отражают основные положения работы. Практические рекомендации носят адресный характер, содержательны и ясно изложены.

Достоверность и новизна основных результатов не вызывает сомнений. По сути, исследование на первом этапе было сплошным и охватывало всю сеть медицинских организаций и совокупность населения трудоспособного возраста базового региона за период 2002-2018 гг. При формировании и отборе репрезентативных выборок на последующих этапах работы автор

руководствовался классическими требованиями медицинской статистики. Согласно им же отбирались единицы наблюдения и велись обработка и сравнение полученных данных.

Личный вклад автора в разработку проблемы признается высоким, от 90 до 100% на различных этапах диссертационного исследования.

Внедрение результатов работы. Материалы исследования внедрены в практическую деятельность здравоохранения на высоком уровне, включая региональный и российский, а также – в учебный процесс двух ведущих вузов, о чем свидетельствуют представленные в работе Акты внедрения.

Соответствие заявленной специальности. Диссертация полностью соответствует п. 2 и п. 3 паспорта научной специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение. Содержание автореферата соответствует основным положениям диссертации и раскрывает ее суть.

Принципиальных замечаний к диссертации нет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Диссертационная работа Богдановой Татьяны Геннадьевны «Научные основы реализации стратегии развития репродуктивного потенциала региона как ведущего направления государственной демографической политики», представленная на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 - «общественное здоровье и здравоохранение», является научной квалифицированной работой, решающей важнейшую социально-значимую проблему современного здравоохранения на уровне региона Российской Федерации, а именно, задачу совершенствования системы сохранения и укрепления здоровья населения трудоспособного возраста в контексте развития репродуктивного потенциала субъекта РФ. На основании выполненных автором исследований сформулированы научно обоснованные эффективные меры по охране репродуктивного здоровья населения региона.

Работа имеет очевидную новизну и практическую значимость. Основные положения диссертации и выводы являются научно обоснованными. По

актуальности, научной новизне, научно-практической значимости и объему проведенных исследований диссертация Богдановой Татьяны Геннадьевны «Научные основы реализации стратегии развития репродуктивного потенциала региона как ведущего направления государственной демографической политики» полностью соответствует 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 ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03- общественное здоровье и здравоохранение.

Официальный оппонент главный научный сотрудник
Федерального государственного бюджетного научного учреждения
«Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»,
доктор медицинских наук (специальность 14.02.03-общественное
здоровье и здравоохранение), профессор, член-корреспондент Академии
наук Республики Татарстан,

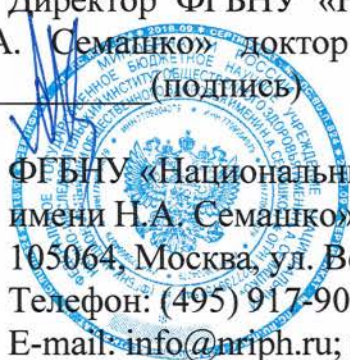
Мингазова Эльмира Нурисламовна



«15» 02 2021 г.

Подпись доктора медицинских наук,
профессора Мингазовой Эльмиры Нурисламовны заверяю.

Директор ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени
Н.А. Семашко» доктор медицинских наук Зудин Александр Борисович
(подпись)



ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья
имени Н.А. Семашко»
105064, Москва, ул. Воронцово поле, д.12, строение 1
Телефон: (495) 917-90-41, факс: (495) 916-03-98
E-mail: info@nrph.ru; веб-сайт: [https:// nrph.ru/](https://nrph.ru/)