

УДК 616-039.57-036.88-07  
DOI 10.17816/pmj35168-74

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ НА ДОМУ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДИВШИХСЯ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ

*Я.П. Сандаков*

*Диагностический центр № 3 Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия*

## RETROSPECTIVE ANALYSIS OF EVENTS OF DEATH AT HOME AMONG PATIENTS UNDER FOLLOW-UP OBSERVATION

*Ya.P. Sandakov*

*Diagnostic Center № 3 of Moscow Healthcare Department, Russian Federation*

---

**Цель.** Изучить особенности обращения за медицинской помощью пациентов, находившихся под диспансерным наблюдением, из числа умерших на дому.

**Материалы и методы.** С применением методов описательной и индуктивной статистики выполнен анализ сведений, полученных из медицинских карт амбулаторного больного, 100 пациентов, находившихся на диспансерном наблюдении, из числа умерших на дому.

**Результаты.** Средний возраст смерти составил  $74,9 \pm 13,4$  г., мужчины –  $65,8 \pm 14,1$  г., женщины –  $79,2 \pm 10,9$  г. В 78 % случаев причиной диспансерного наблюдения и в 85 % причиной смерти были болезни сердечно-сосудистой системы. У 30 % пациентов заболевание было выявлено при диспансеризации. Средняя продолжительность болезни к моменту смерти –  $13,0 \pm 8,0$  г., у пенсионеров –  $13,7 \pm 8,5$  г., у трудоспособных –  $9,6 \pm 4,3$  г. Средняя длительность диспансерного наблюдения составила  $9,2 \pm 5,8$  г. Среднее число плановых посещений равнялось  $2,8 \pm 0,89$ , а фактических посещений за последний год диспансерного наблюдения –  $2,4 \pm 1,2$ . Инвалидность имелась у 77,6 % человек, сопутствующие заболевания у всех пациентов. За последний год были зафиксированы обострения у 92 % пациентов, вызовы скорой и неотложной помощи у 80 %, случаи госпитализации – 52 %, из них 55,8 % – экстренные.

**Выводы.** Отсутствие в изучаемой группе значимых различий в продолжительности болезни между пенсионерами и трудоспособными ( $m = 0,16, p = 1,43$ ), а также корреляции возраста и продолжительности болезни ( $\chi^2 = 0,19, p = 0,2$ ) косвенно свидетельствует о влиянии продолжительности болезни на ее исход, а не возраста. Посещаемость, характеризующая клиническую приверженность лечению, не зависит от возраста ( $\chi^2 = -0,19, p = 0,18$ ), пола ( $m = 1,0, p = 0,32$ ), пути выявления заболевания ( $f = 0,9, p = 0,4$ ), класса основного заболевания ( $f = 0,91, p = 0,44$ ), продолжительности заболевания ( $\chi^2 = -0,13, p = 0,49$ ), обострений ( $\chi^2 = -0,17, p = 0,24$ ), сопутствующих заболеваний ( $\chi^2 = 0,006, p = 0,9$ ). Число вызовов скорой и неотложной помощи, госпитализаций, экстренных госпитализаций не зависит от длительности диспансерного наблюдения, регулярности и числа фактических посещений врача ( $p > 0,05$ ), что указывает на неудовлетворительное качество диспансерного наблюдения.

**Ключевые слова.** Диспансерное наблюдение, смерть на дому.

---

© Сандаков Я.П., 2018

тел. +7 (495) 919 11 75

e-mail: Sand\_2004@mail.ru

[Сандаков Я.П. – заместитель главного врача по медицинской части].

**Aim.** To study the peculiarities of asking for medical care by patients from among those dead at home, who had been under follow-up observation.

**Materials and methods.** The data, received from ambulatory medical records of 100 dead at home patients with follow-up, were analyzed using the methods of descriptive and inductive statistics.

**Results.** A mean age of death was  $74.9 \pm 13.4$  years, men –  $65.8 \pm 14.1$  years, women –  $79.2 \pm 10.9$  years. Cardiovascular diseases were the cause of follow-up observation in 78 % of cases and the cause of death in 85 %; in 30 % of patients the disease was detected while carrying out prophylactic medical examination. A mean duration of disease by the moment of death was  $13.0 \pm 8.0$  years, among pensioners  $13.7 \pm 8.5$  years, in able-bodied persons  $9.6 \pm 4.3$  years. A mean duration of follow-up observation was  $9.2 \pm 5.8$  years. An average number of planned visits was  $2.8 \pm 0.89$ , but the number of real visits during the last year of follow-up observation was  $2.4 \pm 1.2$ . Disability was registered in 77.6 % of patients, concomitant diseases – in all patients. For the last year, exacerbations were recorded in 92 % of patients, emergency calls – in 80 %, hospitalization events – 52 %, including 55.8 % – urgent ones.

**Conclusions.** The absence of significant difference regarding the duration of disease between pensioners and able-bodied patients ( $m = 0.16, p = 1.43$ ) as well as the absence of correlation between the age and duration of disease ( $\chi^2 = 0.19, p = 0.2$ ) indirectly prove the influence of duration of disease on its outcome, but not the age. Attendance, characterizing clinical loyalty to treatment, does not depend on age ( $\chi^2 = -0.19, p = 0.18$ ), sex ( $m = 1.0, p = 0.32$ ), way of detecting disease ( $f = 0.9, p = 0.4$ ), class of main disease ( $f = 0.91, p = 0.44$ ), duration of disease ( $\chi^2 = -0.13, p = 0.49$ ), exacerbations ( $\chi^2 = -0.17, p = 0.24$ ), concomitant diseases ( $\chi^2 = 0.006, p = 0.9$ ). The number of emergency calls, hospitalizations, urgent hospitalizations does not depend on duration of follow-up observation, regularity and number of real visits to a doctor ( $p > 0.05$ ) that indicates unsatisfactory quality of follow-up observation.

**Key words.** Follow-up observation, death at home.

## ВВЕДЕНИЕ

На фоне увеличения нормативов финансовых затрат медицинской помощи в амбулаторных условиях, установленных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, активнее выдвигаются требования к эффективности первичной медико-санитарной помощи [1, 5, 7].

В то же время при изучении диспансерного наблюдения внимание исследователей чаще сфокусировано на охвате диспансерным наблюдением, удельном весе диспансерных посещений, сроках постановки на учет, уровне удовлетворенности населения, своевременности обследования [2, 4, 6]. Но не стоит забывать, что критерием результативности диспансерного наблюдения является частота вызовов скорой помощи, госпитализаций, в том числе экстренных [3]. Кроме того, важность диспансерного наблю-

дения заключается в формировании клинической приверженности лечению, которая является залогом успеха медицинской помощи [8]. Известно, что низкая приверженность пациентов ведет к увеличению расходов на здравоохранение и отрицательным результатам в отношении здоровья [9]. В этой связи *целью настоящего исследования* стало изучение особенностей обращений за медицинской помощью пациентов, находившихся под диспансерным наблюдением, из числа умерших на дому.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выполнена выкопировка данных из 100 медицинских карт амбулаторного больного пациентов, находившихся на диспансерном наблюдении и умерших на дому в 2016–2017 гг. Для анализа применялись методы описательной статистики: расчет средних, стандартных отклонений, степеней сво-

боды ( $df$ ), 95%-ных доверительных интервалов (ДИ95%), числа наблюдений, частот, долей. Оценка равенств, регрессии, дисперсии, корреляции проводилась с применением методов индуктивной статистики. Неравенство средних для двух независимых или парных выборок, а также оценка коэффициентов однофакторной линейной регрессии подтверждались расчетом критерия Стьюдента ( $t$ ), когда двухсторонняя значимость ( $p$ ) была меньше 0,05. Достоверность различий между процентными долями двух выборок подтверждались расчетом критерия Фишера, если эмпирическое значение  $\phi$  было выше критического для  $p = 0,05$ . Сравнение более двух независимых выборок проводилось методом однофакторного дисперсионного анализа  $f$ , разница подтверждалась при значимости ( $p$ ) меньше 0,05. Парная корреляция подтверждалась расчетом критерия Пирсона ( $\chi^2$ ), когда двухсторонняя значимость ( $p$ ) была меньше 0,05. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного продукта IBM SPSS Statistics, версия 23.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст смерти составил  $74,9 \pm 13,4$  г., мужчины –  $65,8 \pm 14,1$  г., женщины –  $79,2 \pm 10,9$  г. Женщины умирают в более позднем возрасте ( $t = 3,3$ ,  $p = 0,02$ ,  $df = 98$ , ДИ95% (4,7; 19,1)). В 16 % случаев смерть наступила у лиц в трудоспособном возрасте, средний возраст пациентов трудоспособной группы –  $51,4 \pm 5,9$  г. Хотя среди умерших больше женщин (62 %), по сравнению с мужчинами (38 %), доля мужчин, умерших в трудоспособном возрасте (36,8 % от общего числа умерших мужчин), выше, чем доля женщин, умерших в трудоспособном возрасте (3,2 % от общего числа умерших женщин). Средний возраст смерти лиц трудоспособно-

го возраста –  $51,4 \pm 5,9$  г. (женщины –  $51,5 \pm 0,7$  г., мужчины –  $50,6 \pm 5,9$  г.). Разница в возрасте между трудоспособными мужчинами и женщинами статистически незначима ( $t = 2,2$ ,  $p = 0,8$ ,  $df = 14$ , ДИ95% – (8,3; 10,1)).

В 78 % случаев причиной диспансерного наблюдения были болезни сердечно-сосудистой системы, 12 % – болезни эндокринной системы, 8 % – болезни органов пищеварения, 2 % – болезни органов дыхания. Причиной смерти лиц, находящихся на диспансерном наблюдении, стали в 85 % случаев болезни сердечно-сосудистой системы, в 8,8 % – новообразования, 5,9 % – болезни эндокринной системы. Самой частой причиной диспансерного наблюдения (38 %) и причиной смерти (29,4 %) была атеросклеротическая болезнь сердца I25.1. При этом 90 % пациентов находилось под наблюдением врача-терапевта, а 10 % – эндокринолога. Редкое привлечение узких профильных специалистов к диспансерному наблюдению является неоправданным, на наш взгляд, что подтверждают нижеприведенные сведения. Протоколы изучения летального исхода были вклеены в медицинскую карту амбулаторного больного в 68 % случаев. В 8,8 % случаев среди зафиксированных в медицинской документации диагнозов отсутствовали состояния, связанные с причиной наступившей смерти. Например, среди сопутствующих и основного заболеваний указаны коды МКБ-10 N49, I11.9, I67.2, I25.1, а причина смерти C16.8 «поражение желудка, выходящее за пределы одной вышеуказанной локализации и более» или основное и сопутствующие заболевания I 25.1, I 67.2, I 11.9, I 67.8, а причина смерти E11.0 «сахарный диабет 2-го типа, кома». Причем срок диспансерного наблюдения в среднем по данным случаям составил  $9 \pm 0,8$  г., а средняя частота посещения  $2 \pm 0,8$  раза в год.

Средняя продолжительность болезни (срок с момента первичного установления диагноза) в изучаемой группе  $13,0 \pm 8,0$  г., у пенсионеров –  $13,7 \pm 8,5$  г., у трудоспособных –  $9,6 \pm 4,3$  г., у мужчин –  $13,4 \pm 10,4$  г., женщин –  $12,8 \pm 6,8$  г. Разница в продолжительности болезни статистически не значима между трудоспособными и пенсионерами ( $m = 1,43$ ,  $p = 0,16$ ), между мужчинами и женщинами ( $m = 0,28$ ,  $p = 0,79$ ). Также не обнаружено статистически значимой корреляции возраста и продолжительности болезни ( $\chi^2 = 0,19$ ,  $p = 0,2$ ). Этот факт косвенно свидетельствует, что продолжительность болезни (а не возраст пациента) оказывает влияние на исход болезни.

У 68 % пациентов диагноз установлен впервые, у 32 % – повторно. Заболевание выявлено при: диспансеризации – у 30 % пациентов, при профилактическом осмотре – у 22 %, ином обращении за оказанием медицинской помощи – у 36 %, в другой медицинской организации – у 12 %.

Средняя длительность диспансерного наблюдения составила  $9,2 \pm 5,8$  г. Средний срок диспансерного наблюдения среди трудоспособных лиц  $8,2 \pm 4,7$  г., пенсионеров –  $9,4 \pm 6,1$  г. ( $p = 0,6$ ), среди мужчин –  $11,5 \pm 8,4$ , женщин –  $8,1 \pm 3,7$  ( $p = 0,055$ ). Отсутствие статистически значимой разницы между продолжительностью болезни и длительностью диспансерного наблюдения свидетельствует о позднем взятии пациентов под наблюдение ( $m = 5,6$ ,  $p < 0,01$ ).

Среднее число плановых посещений равнялось  $2,8 \pm 0,89$ , а фактических посещений за последний год диспансерного наблюдения составило  $2,4 \pm 1,2$ . Статистически значимая разница между плановыми и фактическими посещениями ( $m = 2,08$ ,  $p = 0,04$ ) указывает на низкую клиническую приверженность лечению. Половина пациентов

фактически посещали врача в соответствии с плановыми посещениями, 38 % – реже, 12 % – чаще. Интересно, что в группе с двумя плановыми посещениями частота фактических посещений была статистически значимо выше ( $\phi = 5,3$  при  $p < 0,01$ ), а пропусков запланированных посещений – ниже ( $\phi = 5,4$  при  $p < 0,01$ ), чем в группе, где было установлено 3 плановых посещения (таблица).

### Распределение лиц по типу фактических посещений

Число плановых посещений в год	Лица, %, у которых число фактических посещений		
	меньше плановых	равно плановым	больше плановых
2	7,4	81,5	11,1
3 и более	73,9	13,1	13,0

Не выявлено зависимости фактических посещений от возраста ( $\chi^2 = -0,19$ ,  $p = 0,18$ ), пола ( $m = 1,0$ ,  $p = 0,32$ ), пути выявления заболевания ( $f = 0,9$ ,  $p = 0,4$ ), продолжительности болезни ( $\chi^2 = -0,13$ ,  $p = 0,49$ ), длительности диспансерного наблюдения ( $\chi^2 = -0,1$ ,  $p = 0,36$ ), класса основного заболевания ( $f = 0,91$ ,  $p = 0,44$ ).

У 92 % пациентов были зафиксированы обострения состояний. Среднее число обострений равнялось  $3,2 \pm 2,2$ . Зависимости обострений от возраста ( $\chi^2 = 0,07$ ,  $p = 0,65$ ), продолжительности болезни ( $\chi^2 = 0,24$ ,  $p = 0,1$ ), длительности диспансерного наблюдения ( $\chi^2 = 0,26$ ,  $p = 0,07$ ), числа ( $\chi^2 = -0,17$ ,  $p = 0,24$ ) и регулярности ( $f = 1,4$ ,  $p = 0,3$ ) фактических посещений, класса заболевания ( $f = 2,03$ ,  $p = 0,12$ ) нет. Однако обнаружено, что частота обострений статистически значимо выше ( $m = 2,55$ ,  $p = 0,014$ ) у мужчин ( $4,38 \pm 2,6$ ), чем у женщин ( $2,74 \pm 1,89$ ).

Сопутствующие заболевания были зафиксированы у всех пациентов рассматри-

ваемой группы (100 %), в среднем на одного пациента приходилось  $2,8 \pm 1,6$  сопутствующего заболевания. Не обнаружено зависимости сопутствующих заболеваний от возраста ( $\chi^2 = -0,14, p = 0,32$ ), продолжительности болезни ( $\chi^2 = 0,06, p = 0,09$ ), длительности диспансерного наблюдения ( $\chi^2 = 0,09, p = 0,5$ ), регулярности ( $f = 1,95, p = 0,15$ ) и числа ( $\chi^2 = 0,006, p = 0,9$ ) фактических посещений. Обнаружены статистически значимые средняя прямая корреляция сопутствующих заболеваний и обострений ( $\chi^2 = 0,43, p = 0,01$ ), а также превышение ( $m = 2,8, p = 0,008$ ) частоты сопутствующих заболеваний у мужчин ( $3,63 \pm 1,2$ ) по сравнению с женщинами ( $2,38 \pm 1,6$ ). Эти сведения объясняют ранее упомянутое превышение частоты обострений у мужчин.

Вызовы скорой и неотложной помощи были отмечены у 80 % пациентов на последнем году диспансерного наблюдения, в среднем  $0,8 \pm 0,63$  вызова. Не выявлена зависимость вызовов скорой и неотложной помощи от возраста ( $\chi^2 = -0,03, p = 0,85$ ), пола ( $m = -1,23, p = 0,23$ ), заболевания ( $f = 1,42, p = 0,25$ ), продолжительности болезни ( $\chi^2 = -0,08, p = 0,58$ ), длительности диспансерного наблюдения ( $\chi^2 = -0,03, p = 0,83$ ), регулярности ( $f = 1,86, p = 0,17$ ) и числа фактических посещений ( $\chi^2 = -0,22, p = 0,12$ ), обострений ( $\chi^2 = -0,23, p = 0,12$ ), сопутствующих заболеваний ( $\chi^2 = -0,14, p = 0,35$ ).

За последний год диспансерного наблюдения у 52 % лиц были зафиксированы случаи госпитализации, 16 % были госпитализированы по причине основного заболевания, 50 % – сопутствующего. В среднем по основному заболеванию было  $0,2 \pm 0,5$  случая госпитализаций на 1 пациента, по сопутствующим –  $0,66 \pm 0,77$ . Среднее число госпитализаций по основному заболеванию у мужчин ( $0,56 \pm 0,81$ ) статистически значи-

мо ( $m = 3,35, p = 0,002$ ) выше, чем у женщин ( $0,06 \pm 0,24$ ). Нет зависимости частоты госпитализаций по основному заболеванию от возраста ( $\chi^2 = -0,18, p = 0,23$ ), заболевания ( $f = 1,44, p = 0,24$ ), продолжительности болезни ( $\chi^2 = 0,09, p = 0,56$ ), длительности диспансерного наблюдения ( $\chi^2 = -0,19, p = 0,2$ ), регулярности ( $f = 2,05, p = 0,14$ ) и числа фактических посещений ( $\chi^2 = 0,03, p = 0,86$ ), обострений ( $\chi^2 = 0,15, p = 0,29$ ), вызовов скорой и неотложной помощи ( $\chi^2 = 0,15, p = 0,31$ ).

В отношении госпитализации по сопутствующему заболеванию не обнаружена зависимость ее частоты от возраста ( $\chi^2 = 0,07, p = 0,61$ ), продолжительности болезни ( $\chi^2 = 0,08, p = 0,58$ ), длительности диспансерного наблюдения ( $\chi^2 = 0,19, p = 0,19$ ), регулярности ( $f = 0,66, p = 0,52$ ) и числа фактических посещений ( $\chi^2 = -0,07, p = 0,66$ ), сопутствующих заболеваний ( $\chi^2 = -0,004, p = 0,98$ ), вызовов скорой и неотложной помощи ( $\chi^2 = -0,09, p = 0,55$ ). Среднее число госпитализаций по сопутствующим заболеваниям статистически значимо ( $m = 2,05, p = 0,03$ ) выше у мужчин ( $1,06 \pm 1,1$ ), чем у женщин ( $0,53 \pm 0,7$ ). Есть статистически значимая корреляция госпитализаций по сопутствующим заболеваниям с обострениями ( $\chi^2 = 0,32, p = 0,03$ ). Высока доля экстренных госпитализаций – 55,8 % от общего числа случаев госпитализаций и 80 % от числа госпитализаций по основному заболеванию. Частота экстренных госпитализаций по основному заболеванию статистически значимо выше частоты экстренных госпитализаций по сопутствующим заболеваниям ( $\phi = 4,78, p < 0,01$ ).

Для понимания обнаруженной статистически значимой разницы частоты сопутствующих заболеваний ( $f = 3,8, p = 0,02$ ) и госпитализаций по ним ( $f = 6,72, p = 0,001$ ) при различных классах основных заболеваниях, а также

зависимости частоты госпитализаций по основному заболеванию от числа сопутствующих заболеваний ( $\chi^2 = 0,34$ ,  $p = 0,014$ ) требуются дополнительные исследования.

У 77,6 % пациентов имелась инвалидность. Среди инвалидов больше лиц со 2-й группой (76,9 %), с 1-й группой – 15,4 %. Частота инвалидности среди мужчин и женщин статистически одинакова  $\phi^*_{эмп} = 1,49$ ,  $p > 0,05$ . Не обнаружено статистически значимой разницы между инвалидами и лицами без инвалидности в возрасте ( $m = -1,9$ ,  $p = 0,06$ ), продолжительностью болезни ( $m = -1,2$ ,  $p = 0,24$ ), длительностью диспансерного наблюдения ( $m = -0,77$ ,  $p = 0,44$ ), числом плановых ( $m = -0,97$ ,  $p = 0,34$ ) и фактических ( $m = -0,14$ ,  $p = 0,89$ ) посещений, сопутствующих заболеваний ( $m = -0,87$ ,  $p = 0,39$ ), обострений ( $m = 0,55$ ,  $p = 0,58$ ), вызовов скорой и неотложной помощи ( $m = -0,29$ ,  $p = 0,77$ ), госпитализаций по основному заболеванию ( $m = -0,29$ ,  $p = 0,77$ ), экстренных госпитализаций по основному и сопутствующим заболеваниям ( $m = 1,45$ ,  $p = 0,16$ ). Но у лиц с инвалидностью статистически значимо ( $m = 2,5$ ,  $p = 0,02$ ) ниже среднее число госпитализаций по сопутствующим заболеваниям, чем у лиц без инвалидности. Также среди лиц с разными группами инвалидности есть статистически значимая разница по среднему числу обострений ( $f = 3,4$ ,  $p = 0,04$ ): 1-я группа –  $1,5 \pm 1,52$  обострения; 2-я группа –  $3,5 \pm 1,8$ ; 3-я группа –  $3,0 \pm 1,0$ .

## Выводы

1. Мужчины, особенно трудоспособного возраста, являются группой риска по развитию и неблагоприятному исходу неинфекционных хронических заболеваний: доля мужчин, умерших в трудоспособном возрасте, выше, чем доля женщин, умерших в тру-

доспособном возрасте; у мужчин чаще зафиксированы обострения, сопутствующие заболевания, госпитализации по основному и сопутствующим заболеваниям ( $p < 0,05$ ).

2. Качество диспансерного наблюдения неудовлетворительное: продолжительность болезни превышает средний срок диспансерного наблюдения ( $m = 5,6$ ,  $p < 0,01$ ), высокая доля (80 %) экстренных госпитализаций по основному заболеванию, разница между плановыми и фактическими посещениями ( $m = 2,08$ ,  $p = 0,04$ ), посещаемость не зависит от длительности диспансерного наблюдения ( $\chi^2 = -0,1$ ,  $p = 0,36$ ), число вызовов скорой и неотложной помощи, госпитализаций, экстренных госпитализаций не зависит от длительности диспансерного наблюдения, регулярности и числа фактических посещений врача ( $p > 0,05$ ); отметим редкое привлечение профильных специалистов к диспансерному наблюдению (причиной диспансерного наблюдения в 78 % случаев и причиной смерти в 85 % являются болезни сердечно-сосудистой системы, а 90 % пациентов находилось под наблюдением врача-терапевта).

3. Отсутствие статистически значимой разницы в продолжительности болезни между пенсионерами и трудоспособными ( $m = 0,16$ ,  $p = 1,43$ ) в группе умерших, а также статистически значимой корреляции возраста и продолжительности болезни ( $\chi^2 = 0,19$ ,  $p = 0,2$ ) косвенно свидетельствует о влиянии продолжительность болезни на ее исход, а не возраста.

4. Посещаемость, характеризующая клиническую приверженность лечению, не зависит от возраста ( $\chi^2 = -0,19$ ,  $p = 0,18$ ), пола ( $m = 1,0$ ,  $p = 0,32$ ), пути выявления заболевания ( $f = 0,9$ ,  $p = 0,4$ ), класса основного заболевания ( $f = 0,91$ ,  $p = 0,44$ ), продолжительности заболевания ( $\chi^2 = -0,13$ ,  $p = 0,49$ ), обострений ( $\chi^2 = -0,17$ ,  $p = 0,24$ ), сопутствующих заболеваний ( $\chi^2 = 0,006$ ,  $p = 0,9$ ).

5. Регулярность посещений выше ( $\phi = 5,3$  при  $p < 0,01$ ) среди пациентов с двумя плановыми посещениями в год, чем среди с пациентами с тремя плановыми посещениями в год и более.

6. Зависимость сопутствующих заболеваний и обострений ( $\chi^2 = 0,3$ ,  $p = 0,03$ ), обострений и госпитализаций по сопутствующему заболеванию ( $\chi^2 = 0,3$ ,  $p = 0,04$ ), сопутствующих заболеваний и госпитализаций ( $\chi^2 = 0,4$ ,  $p = 0,006$ ), превышение частоты госпитализаций по сопутствующим заболеваниям над числом госпитализаций по основному заболеванию ( $m = -3,3$ ,  $p = 0,002$ ) свидетельствует о том, что не уделяется достаточно внимания сопутствующим заболеваниям при диспансерном наблюдении.

7. До наступления инвалидности пациентам чаще на оказывается специализированная помощь: лица без инвалидности госпитализировались по сопутствующим заболеваниям чаще, чем инвалиды ( $m = 2,5$ ,  $p = 0,02$ ), хотя зависимости от наличия инвалидности, обострений, вызовов скорой и неотложной медицинской помощи не установлено ( $p > 0,05$ ).

### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гадаборшев М.И., Левкович М.М., Рудлицкая Н.В. Организация оценки эффективности первичной медицинской помощи. М.: ИНФРА-М 2013; 424.
2. Гасанова А.З. Медико-организационные и социально-экономические аспекты диспансеризации работающего городского населения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2012; 26.
3. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития: метод. рекомендации. Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. М.: РОПИЗ 2014; 112.
4. Королева Т.А. Научное обоснование совершенствования поликлинического диспансерного учета хронических неинфекционных заболеваний у лиц трудоспособного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2010; 24.
5. Кочубей А.В., Ластовецкий А.Г., Цветкова Е.А. Особенности нормативного правового регулирования организации профилактической помощи при реализации программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Вестник Росздравнадзора 2015; 3: 64–66.
6. Овод А.И., Солянина В.А. Результаты исследования обращаемости женщин трудоспособного возраста за профилактической помощью. Возраст-ассоциированные и гендерные особенности здоровья и болезни: сб. материалов междунар. науч.-практ. конф. Курский гос. мед. ун-т. Курск 2016; 244–253.
7. Стародубов В.И., Калининская А.А., Сон И.М., Щепин В.О. Первичная медико-санитарная помощь: механизмы совершенствования. Вена: East West Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH 2016; 118.
8. Lim A.J., Vervloet M., van Dijk L., Smit E.G., Van Weert J.M. Effects of health interventions on medication adherence: a systematic review of the literature. J Med Internet Res 2011; 13(4), available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278089>
9. Viswanathan M., Golin C., Jones C., Asbok M., Blalock S., Wines R. et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. Ann Intern Med 2012; 157 (11): 785–795.

Материал поступил в редакцию 20.12.2017