

УДК 616-084.3

DOI 10.17816/pmj35275-84

## ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПО ДВУМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

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

## SPECIFICS OF FOLLOW-UP OBSERVATION REGARDING TWO DISEASES

**Ya.P. Sandakov***Diagnostic Center № 3 of Moscow Healthcare Department, Russian Federation*

**Цель.** Изучить особенности обращения за медицинской помощью пациентов, находившихся под диспансерным наблюдением по двум заболеваниям.

**Материалы и методы.** Сведения, полученные из медицинских карт амбулаторного больного, о 159 пациентах, находящихся под диспансерным наблюдением по двум заболеваниям, были подвергнуты анализу методами описательной и индуктивной статистики.

**Результаты.** Из находящихся под диспансерным наблюдением по двум заболеваниям было больше женщин (58,5 %) и лиц пенсионного возраста (95,5 %). Средний возраст составил  $68,1 \pm 11,6$  г. Самой частой причиной наблюдения по первому заболеванию являются болезни сердечно-сосудистой системы (71,7 %), по второму – болезни эндокринной системы (52,8 %). Средняя продолжительность первого заболевания, ставшего причиной диспансерного наблюдения, –  $10,8 \pm 6,9$  г., второго –  $9,9 \pm 8,2$  г. Нет статистически значимой разницы между средней продолжительностью заболевания пенсионеров и трудоспособных (по первому заболеванию  $t = -0,6$ ,  $p = 0,5$ ; по второму  $t = -0,9$ ,  $p = 0,4$ ). Не обнаружено корреляции возраста с продолжительностью заболеваний: первого ( $\chi^2 = 0,04$ ,  $p = 0,8$ ) и второго ( $\chi^2 = 0,08$ ,  $p = 0,6$ ). Есть статистически значимая разница между средними продолжительностью и длительностью диспансерного наблюдения первого ( $t = 5,4$ ,  $p < 0,0001$ ) и второго ( $t = 2,6$ ,  $p = 0,012$ ) заболеваний. Есть статистически значимая разница между числом плановых и фактических посещений по первому заболеванию ( $t = 3,5$ ,  $p = 0,001$ ). Обострения были зафиксированы у 94,3 % пациентов, сопутствующие заболевания – у 90,6 %, обращения за скорой и неотложной медицинской помощью – у 71,7 %, госпитализации – у 60,4 %, экстренные госпитализации – у 36,7 %.

**Выводы.** В группе пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по двум заболеваниям, преобладают лица пенсионного возраста; главной причиной диспансерного наблюдения являются болезни сердечно-сосудистой системы; отмечается редкое привлечение профильных специалистов; основной путь выявления заболеваний – диспансеризация; продолжительность болезни, а не возраст влияет на тяжесть состояния; выявлено несвоевременное взятие под наблюдение и неудовлетворительное качество диспансерного наблюдения; приверженность лечению зависит от индивидуальных установок пациента; наблюдение узкими специалистами не более результативно, чем терапевтом.

**Ключевые слова.** Диспансерное наблюдение, диспансерный учет, приверженность лечению.

© Сандаков Я.П., 2018

тел. +7 (495) 919 11 75

e-mail: Sand\_2004@mail.ru

[Сандаков Я.П. – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части].

**Aim.** To study the specifics of addressing for medical care among patients under follow-up observation regarding two diseases.

**Materials and methods.** The data, obtained from ambulatory medical records of 159 patients under follow-up observation for two diseases, were analyzed using the methods of descriptive and inductive statistics.

**Results.** From among patients, who were under follow-up observation concerning two diseases, there were more women (58.5 %) and pensioners (95.5 %). A mean age was  $68,1 \pm 11,6$  years. The most frequent cause of observation regarding the first disease are the diseases of cardiovascular system (71.7 %), the second – the diseases of endocrine system (52.8 %). A mean duration of the first disease, as the cause of follow-up observation, was  $10,8 \pm 6,9$ , the second –  $9,9 \pm 8,2$  years. There is no statistically significant difference between mean duration of disease among pensioners and able-bodied persons (the first disease  $t = -0,6$   $p = 0,5$ ; the second disease  $t = -0,9$ ,  $p = 0,4$ ). There is no correlation between age and duration of disease: the first disease ( $\chi^2 = 0,04$ ,  $p = 0,8$ ) and the second ( $\chi^2 = 0,08$ ,  $p = 0,6$ ). There is statistically significant difference between mean duration and follow-up observation time of the first disease  $t = 5,4$ ,  $p < 0,0001$  and the second  $t = 2,6$ ,  $p = 0,012$ . There is statistically significant difference between the number of planned and real visits for the first disease  $t = 3,5$ ,  $p = 0,001$ . Exacerbations were registered in 94.3 %, concomitant diseases – in 90.6 %, emergency calls – in 71.7 %, hospitalization – in 60.4 %, urgent hospitalization – in 36.7 %.

**Conclusions.** In the group of patients under follow-up observation regarding two diseases, there prevail persons of pension age; the main cause of follow-up observation is the diseases of cardiovascular system; profile specialists were randomly addressed to; the basic way of disease detection is follow-up observation; the disease duration, but not the age influence the severity of status; untimely start of observation and unsatisfactory quality of follow-up was revealed; loyalty to treatment depends on individual motivation of patients; follow-up, conducted by narrow specialists, is not more effective, than that by therapists.

**Key words.** Follow-up observation, dispensary registration, loyalty to treatment.

---

## ВВЕДЕНИЕ

В последнее десятилетие отмечается рост объемов высокотехнологичной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи [6] на фоне растущих потребностей в ней. Вместе с тем рост спроса на высокие технологии обусловлен неудовлетворительным качеством первичной медико-санитарной помощи [5]. Так как неотъемлемой частью первичной медико-санитарной помощи является диспансерное наблюдение, анализ его результативности [2] наиболее показателен. Кроме того, изучение диспансерного наблюдения пациентов по двум заболеваниям становится актуальным в свете отечественных исследований, доказывающих некомпетентность участковых врачей-терапевтов в области медицинской профилактики, кардиологии,

нефрологии, аллергологии и фармакотерапии внутренних болезней [1, 3, 4]. В этой связи целью настоящего исследования стало изучение особенностей обращения за медицинской помощью пациентов, находившихся под диспансерным наблюдением по двум заболеваниям.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании использовались методы описательной статистики, а именно: расчет средних, стандартных отклонений, 95%-ных доверительных интервалов (ДИ95%), числа наблюдений, частот, долей. Методы индуктивной статистики применялись для оценки регрессии, равенств средних, корреляции, дисперсии. Оценка коэффициентов однофакторной линейной регрессии, а также неравенство средних для двух парных или не-

зависимых выборок доказывались расчетом критерия Стьюдента ( $t$ ) при двухсторонней значимости  $p < 0,05$ . Расчет критерия Пирсона ( $\chi^2$ ) при двухсторонней значимости  $p < 0,05$  подтверждалась парная корреляция. Для сравнения более двух независимых выборок использовался метод однофакторного дисперсионного анализа с расчетом критерия Фишера ( $f$ ) при значимости  $p < 0,05$ . Достоверность различий между процентными долями двух выборок подтверждалась значением критерия углового преобразования Фишера ( $\varphi^*_{\text{эмп}}$ ) при  $p < 0,05$ . Предварительно была выполнена выкопировка данных из 159 медицинских карт амбулаторного больного пациентов, находившихся под диспансерным наблюдением по двум заболеваниям. Для статистической обработки использовалась программа IBM SPSS Statistics, версия 23.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из находящихся под диспансерным наблюдением по двум заболеваниям пациентов женщин было 58,5 % и лиц пенсионного возраста – 95,5 %. Средний возраст пациентов составил  $68,1 \pm 11,6$  г., разница среднего возраста мужчин и женщин статистически не значима ( $t = -0,07$ ,  $p = 0,9$ ). Средний возраст трудоспособных лиц –  $46,8 \pm 13,9$  г., пенсионеров –  $69,8 \pm 9,6$  г.

Наиболее частой, в 71,7 % случаев, причиной постановки на диспансерный учет по первому заболеванию являются болезни сердечно-сосудистой системы, причем в 50,9 % – это гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности, а в 15,1 % – атеросклеротическая болезнь сердца. Со значительным отрывом

следуют болезни органов пищеварения (22,6 %), из них в 13,2 % – это язва двенадцатиперстной кишки, хроническая, без кровотечения или прободения. На третьем месте – болезни органов дыхания (3,8 %), далее следуют болезни эндокринной системы (1,9 %). Интересно, что, независимо от класса болезни по первому заболеванию, всех пациентов ведет врач-терапевт.

По второму заболеванию самой частой причиной (52,8 %) диспансерного наблюдения являются болезни эндокринной системы, из них в 37,7 % – это сахарный диабет 2-го типа с множественными осложнениями. Второе место (22,6 %) занимают болезни сердечно-сосудистой системы. По второму заболеванию более 50 % пациентов ведет врач-эндокринолог. Профильное наблюдение также зафиксировано у пациентов с болезнями костно-мышечной системы и болезнями мочеполовой системы, их наблюдают ревматолог и уролог соответственно. Из 22,6 % лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, только 1,9 % ведет кардиолог и 13,2 % невролог. Остальные пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также с заболеваниями органов пищеварения и органов дыхания наблюдаются терапевтом. Нет статистически значимой разницы среднего возраста между пациентами с разным первым заболеванием ( $f = 0,4$ ,  $p = 0,8$ ) и вторым заболеванием ( $f = 1,04$ ,  $p = 0,4$ ), а также наблюдаемых разными специалистами ( $f = 1,6$ ,  $p = 0,2$ ).

Диагноз первого основного заболевания установлен врачами поликлиники впервые в 71,7 % случаях, подтвержден повторно в 28,3 % случаях. Диагноз второго основного заболевания установлен впервые в 69,8 % случаях, подтвержден повторно в 30,2 % случаях. Разница среднего возраста между па-

циентами, которым диагноз был установлен впервые ( $65,9 \pm 11,0$  лет), и кому диагноз был установлен повторно ( $73,3 \pm 11,6$  г.) статистически значима ( $t = -2,1, p = 0,04$ ).

Диагноз первого основного заболевания выявлен в ходе диспансеризации населения в 43,4 % случаев, при профилактических осмотрах – в 9,4 %, при обращении за оказанием медицинской помощи по иным причинам – в 32,1 % случаях, в других медицинских организациях – в 15,1 % случаев. Диагноз второго основного заболевания в 49,1 % случаев выявлен при диспансеризации, в 7,5 % – при профилактических осмотрах, в 17,0 % – при обращении за оказанием медицинской помощи по иным причинам, в 26,4 % – в других медицинских организациях. Высокий процент установления диагноза при диспансеризации и профилактических осмотрах является позитивным показателем работы медицинской организации в отношении условно здорового населения. В отношении группы пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением, высокая частота обнаружения второго заболевания при диспансеризации и профилактических осмотрах свидетельствует о неудовлетворительном диспансерном наблюдении. Однако разница между средней продолжительностью заболеваний, ставших причиной диспансерного наблюдения в первом ( $10,8 \pm 6,9$  г.) и втором ( $9,9 \pm 8,2$  г.) случаях, статистически не значима ( $t = 0,6, p = 0,6$ ). Можно сказать, что диагностирование обеих патологий происходит в одно время.

Нет статистически значимой разницы между средней продолжительностью первого заболевания у пенсионеров ( $10,9 \pm 7,1$  г.) и трудоспособных ( $8,8 \pm 4,3$  г.) ( $t = -0,6, p = 0,5$ ) и второго заболевания у пенсионеров ( $10,2 \pm 8,5$  г.) и трудоспособных ( $6,3 \pm 1,5$  г.)

( $t = -0,9, p = 0,4$ ). Также не было обнаружено корреляции возраста с продолжительностью первого ( $\chi^2 = 0,04, p = 0,8$ ) и второго ( $\chi^2 = 0,08, p = 0,6$ ) заболеваний. Нет статистически значимой разницы в средней продолжительности первой ( $t = 0,6, p = 0,6$ ) и второй ( $t = -1,6, p = 0,1$ ) болезни у разных полов. Более длительную продолжительность первой болезни у мужчин трудоспособного возраста ( $9,3 \pm 5,1$ ), чем у женщин трудоспособного возраста ( $7,0 \pm 0$ ), можно объяснить разницей в среднем возрасте мужчин (52 года) и женщин (31 год) трудоспособного возраста. Однако продолжительность второго заболевания у мужчин трудоспособного возраста меньше ( $5,7 \pm 1,2$  г.), чем у женщин ( $7,7 \pm 2,5$  г.). Для понимания, является ли обнаруженный факт случайным или закономерным, требуются отдельные исследования.

Длительность диспансерного наблюдения по первому заболеванию составляет в среднем  $8,6 \pm 6,8$  г., по второму –  $8,2 \pm 6,9$  г. (разница не значима,  $t = 0,3, p = 0,7$ ). Обращает на себя внимание статистически значимая разница между средней продолжительностью заболеваний и средней длительностью диспансерного наблюдения по ним (первое,  $t = 5,4, p < 0,0001$ ; второе,  $t = 2,6, p = 0,012$ ). Это свидетельствует о позднем взятии под диспансерное наблюдение лиц, нуждающихся в нем. Средняя длительность диспансерного наблюдения по первому заболеванию составляет у мужчин  $8,9 \pm 6,7$  г., у женщин –  $8,3 \pm 6,9$  г. (разница не значима,  $t = 0,3, p = 0,8$ ), у трудоспособных –  $6,5 \pm 1,7$  г., у пенсионеров –  $8,7 \pm 6,9$  г. (разница не значима,  $t = -0,6, p = 0,5$ ). Средняя длительность диспансерного наблюдения по второму заболеванию составляет у мужчин  $6,7 \pm 2,8$  г., у женщин –  $9,3 \pm 8,5$  г. (разница не значима,  $t = -1,3, p = 0,2$ ), у трудоспособных –  $6,3 \pm 1,5$  г.,

у пенсионеров –  $8,3 \pm 7,1$  лет (разница не значима,  $t = -0,6$ ,  $p = 0,6$ ).

С 2015 по 2017 г. с диспансерного наблюдения не было снято ни одного пациента. Факты выздоровления в изучаемой группе не встречались.

Плановых посещений по первому заболеванию в среднем назначено  $1,98 \pm 0,3$  в год, по второму –  $1,98 \pm 0,1$ .

Фактических посещений по первому заболеванию было выполнено за год в среднем  $1,8 \pm 0,6$ , имеется статистически значимая разница между числом плановых и фактических посещений по первому заболеванию ( $t = 3,5$ ,  $p = 0,001$ ). Фактических посещений по второму заболеванию было выполнено за год в среднем  $1,9 \pm 0,3$ , разница между средним числом плановых и фактических посещений по второму заболеванию статистически не значима ( $t = 1,4$ ,  $p = 0,2$ ).

Фактическая посещаемость не зависит от пола ( $t = 1,1$ ,  $p = 0,3$ ), трудоспособности ( $t = 0,6$ ,  $p = 0,6$ ), основного заболевания ( $f = 1,8$ ,  $p = 0,2$ ), от пути установления заболевания ( $f = 0,3$ ,  $p = 0,9$  и  $f = 0,5$ ,  $p = 0,7$ ), наблюдающего специалиста ( $f = 0,09$ ,  $p = 0,9$ ), установления диагноза впервые или повторно (для первого  $t = -0,9$ ,  $p = 0,4$  и второго  $t = -1,1$ ,  $p = 0,3$  заболевания). Фактическая посещаемость не коррелирует с возрастом (первое  $\chi^2 = 0,1$ ,  $p = 0,4$  и второе  $\chi^2 = -0,004$ ,  $p = 0,98$ ). Фактическая посещаемость не связана с продолжительностью заболевания (первое  $\chi^2 = -0,02$ ,  $p = 0,88$  и второе  $\chi^2 = 0,1$ ,  $p = 0,4$ ), длительностью диспансерного наблюдения (первое  $\chi^2 = -0,05$ ,  $p = 0,7$  и второе  $\chi^2 = 0,1$ ,  $p = 0,4$ ). То есть за время диспансерного наблюдения не удастся добиться большей приверженности лечению, что косвенно свидетельствует о неудовлетворительном качестве диспансерной работы. Обнаружен-

ная статистически значимая прямая слабая корреляция между частотой фактических посещений по первому и второму заболеваниям ( $\chi^2 = 0,3$ ,  $p = 0,03$ ) может свидетельствовать о том, что приверженность лечению определяют индивидуальные особенности пациента.

79,2 % пациентов по первому и 96,2 % по второму заболеванию посещают врача по запланированному графику, остальные реже намеченных визитов. Статистически значимой разницы между регулярно и нерегулярно посещающими врача по возрасту (первое  $t = 0,1$ ,  $p = 0,9$  и второе  $t = 0,5$ ,  $p = 0,6$  заболевание), продолжительности болезни ( $t = -0,8$ ,  $p = 0,4$  и  $t = 0,9$  и  $0,4$ ), длительности диспансерного наблюдения ( $t = -1$ ,  $p = 0,3$  и  $t = 0,8$ ,  $p = 0,4$ ) нет, что также служит подтверждением высказанной мысли о влиянии на приверженность лечению индивидуальных (психологических) особенностей пациента.

В 2015 г. обострения были зафиксированы у 56,6 % пациентов, в 2016 г. – у 90,6 %, в 2017 г. – у 94,3 %. За три года среднее число обострений составило  $6,1 \pm 3,9$ , в 2015 –  $0,9 \pm 1,0$ , в 2016 –  $2,2 \pm 1,3$ , в 2017 –  $3,1 \pm 1,8$  случая. Восходящая динамика среднего числа обострений за три года статистически не значима (ДИ95%,  $b = 1,1$ ,  $-0,37-2,57$ ,  $p = 0,07$ ). Хотя имеется статистически значимая разница среднего числа обострений в 2015 и 2016 гг. ( $t = -9,7$ ,  $p < 0,001$ ) и в 2016 и 2017 гг. –  $t = -12,1$ ,  $p < 0,001$ . У мужчин среднее число обострений за три года составило  $5,6 \pm 3,7$ , у женщин –  $6,5 \pm 4,1$  случая, у трудоспособных –  $5,2 \pm 2,2$ , у пенсионеров –  $6,2 \pm 4,1$ . Число обострений не зависит от пола ( $t = 0,7$ ,  $p = 0,5$ ), возраста ( $\chi^2 = 0,1$ ,  $p = 0,4$ ), трудоспособности ( $t = -0,5$ ,  $p = 0,7$ ), от наблюдающего специалиста ( $f = 1,2$ ,  $p = 0,3$ ), регулярности посещения ( $t = 1,1$ ,  $p = 0,3$



и  $t = -0,6, p = 0,6$ ), пути выявления заболевания ( $f = 0,7, p = 0,5$ ), основного заболевания ( $f = 0,17, p = 0,9$  и  $f = 1,1, p = 0,4$ ). Негативно характеризует диспансерное наблюдение отсутствие корреляции обострений с продолжительностью болезни ( $\chi^2 = -0,1, p = 0,5$ ), длительностью диспансерного наблюдения ( $\chi^2 = -0,04, p = 0,8$ ), числом фактических посещений по первому заболеванию ( $\chi^2 = 0,2, p = 0,9$ ) и статистически значимая прямая слабая корреляция с фактическими посещениями по второму заболеванию ( $\chi^2 = 0,3, p = 0,049$ ). Можно сказать, что посещения врача не влияют на качество ремиссии и, более того, именно обострения становятся причиной посещений врача.

Сопутствующие заболевания зафиксированы у 90,6 % пациентов изучаемой группы. Одно сопутствующее заболевание имели 22,6 % пациентов, два – 28,3 %, три – 22,6 %, четыре – 13,2 %, пять – 3,8 %. Среди сопутствующих заболеваний в пятерку лидеров входят болезни сердечно-сосудистой системы, которые зафиксированы у 69,8 % лиц, костно-мышечной системы – у 34 % лиц, органов пищеварения – у 22,6 %, эндокринной системы – у 15,1 %, органов дыхания – у 3,8 %. Среднее число сопутствующих заболеваний в описываемой группе составило  $2,2 \pm 1,3$ , у мужчин –  $2,2 \pm 1,4$ , у женщин –  $2,2 \pm 1,2$ , у трудоспособных –  $1,3 \pm 1,2$ , пенсионеров –  $2,3 \pm 1,3$ . Нет зависимости частоты сопутствующих заболеваний от пола ( $t = -0,03, p = 0,98$ ), возраста ( $\chi^2 = 0,05, p = 0,7$ ), трудоспособности ( $t = -1,6, p = 0,14$ ), наблюдающего специалиста ( $f = 1,2, p = 0,3$ ), установления диагноза впервые или повторно ( $t = 1,4, p = 0,17$ ), пути выявления заболевания ( $f = 0,7, p = 0,5$ ), основного заболевания (первое  $f = 0,17, p = 0,9$  и второе  $f = 1,1, p = 0,4$ ), продолжительности первого ( $\chi^2 = 0,1, p = 0,4$ ) и

второго ( $\chi^2 = -0,03, p = 0,8$ ) заболевания, числа обострений ( $\chi^2 = -0,03, p = 0,8$ ). На этом фоне отсутствие связи частоты сопутствующих заболеваний с длительностью диспансерного наблюдения ( $\chi^2 = 0,1, p = 0,4$ ), регулярностью наблюдения по первому ( $t = 1,1, p = 0,3$ ) и второму ( $t = -0,6, p = 0,6$ ) заболеваниям, числом фактических посещений ( $\chi^2 = 0,2, p = 0,2$ ) говорит о неудовлетворительном качестве диспансерного наблюдения.

Вызовы скорой и неотложной помощи за рассматриваемый год были выполнены к 71,7 % пациентов (скорой к 58,5 %, неотложной к 34 %). Среднее число вызовов скорой и неотложной помощи –  $1,15 \pm 0,9$  вызова, скорой –  $0,8 \pm 0,83$ , неотложной –  $0,34 \pm 0,48$ . Частота обращений за скорой и неотложной помощью не зависела от возраста ( $\chi^2 = 0,11, p = 0,44$ ), пола ( $t = -0,09, p = 0,92$ ), трудоспособности ( $t = -0,34, p = 0,74$ ), основного первого ( $f = 1,5, p = 0,23$ ) и второго ( $f = 1,08, p = 0,38$ ) заболеваний, наблюдающего специалиста ( $f = 0,77, p = 0,6$ ), продолжительности первого ( $\chi^2 = 0,1, p = 0,4$ ) и второго ( $\chi^2 = -0,03, p = 0,8$ ) заболеваний, частоты обострений ( $\chi^2 = -0,026, p = 0,86$ ) и сопутствующих заболеваний ( $\chi^2 = -0,15, p = 0,23$ ). Одновременно нет зависимости частоты обращений за скорой и неотложной помощью от длительности диспансерного наблюдения ( $\chi^2 = 0,06, p = 0,7$ ), частоты ( $\chi^2 = 0,14, p = 0,32$ ) и регулярности ( $t = 0,6, p = 0,55$ ) фактических посещений. Данный факт вновь отрицательно характеризует качество диспансерного наблюдения.

В изучаемой группе у 26,4 % была установлена 2-я группа инвалидности, у 5,7 % – 3-я группа. Средний возраст лиц с инвалидностью –  $69,1 \pm 13,6$  г, мужчин –  $70,0 \pm 17,9$  г, женщин –  $68,4 \pm 10,8$  г, трудоспособных –  $39,0 \pm 0$  лет, пенсионеров  $70,9 \pm 11,6$  г. Не

установлено зависимости инвалидности от пола ( $\phi^*_{\text{эмп}} = 0,039, p > 0,05$ ), возраста ( $t = -0,4, p = 0,7$ ), продолжительности первого ( $t = 0,1, p = 0,9$ ) и второго ( $t = 0,01, p = 0,1$ ) заболеваний, частоты обострений ( $t = -1,1, p = 0,6$ ), сопутствующих заболеваний ( $t = -1,8, p = 0,08$ ), длительности диспансерного наблюдения по первому ( $t = -0,1, p = 0,9$ ) и второму ( $t = -1,9, p = 0,07$ ) заболеваниям, частоты фактических посещений по первому ( $t = 0,2, p = 0,6$ ) и второму ( $t = -1,1, p = 0,3$ ) заболеваниям. Обнаруженное статистически значимое ( $t = 2,2, p = 0,04$ ) превышение числа вызовов скорой помощи среди лиц без инвалидности ( $1,3 \pm 0,1$  вызова) по сравнению с инвалидами ( $0,8 \pm 0,3$  вызова) требует дальнейшего изучения.

За последний год в изучаемой группе было госпитализировано по основному заболеванию 60,4 % лиц, по сопутствующим заболеваниям – 83 %. Разница частоты госпитализации по основным и сопутствующим заболеваниям не значима ( $t = -1,7, p = 0,1$ ). Мужчины и женщины госпитализировались одинаково часто по основным ( $t = -1,7, p = 0,1$ ) и сопутствующим ( $t = 0,4, p = 0,7$ )

заболеваниям, как и трудоспособные и пенсионеры ( $t = -1,6, p = 0,1$  и  $t = -1,1, p = 0,3$ ). Средний возраст госпитализированных по основному заболеванию –  $68,7 \pm 8,6$  г., не имевших госпитализации –  $67,0 \pm 15,2$  г. (нет значимой разницы,  $t = -0,5, p = 0,6$ ); по сопутствующим заболеваниям госпитализированных –  $68,9 \pm 12,1$  г., без госпитализации –  $64,0 \pm 7,9$  г. (нет значимой разницы,  $t = -1,2, p = 0,3$ ). Нет корреляции возраста и частоты госпитализации по основному заболеванию ( $\chi^2 = 0,13, p = 0,3$ ), но есть по сопутствующим заболеваниям ( $\chi^2 = 0,4, p = 0,01$ ). Нет зависимости частоты госпитализаций от продолжительности заболеваний, обострений, обращения за скорой и неотложной медицинской помощью, инвалидности, длительности диспансерного наблюдения, частоты фактических наблюдений по второму заболеванию (табл. 1).

Беспокоит высокий процент экстренных госпитализаций по основному (36,7 %) и сопутствующим заболеваниям (39,1 %). Экстренность госпитализации не зависит от пола (по основному  $t = -0,99, p = 0,33$  и сопутствующим  $t = -1,18, p = 0,24$  заболеваниям),

### Зависимость частоты госпитализаций

Фактор		Госпитализация по заболеваниям	
		основному	сопутствующим
Продолжительность заболевания	первого	$\chi^2 = -0,03, p = 0,8$	$\chi^2 = 0,15, p = 0,27$
	второго	$\chi^2 = -0,2, p = 0,2$	$\chi^2 = -0,05, p = 0,7$
Длительность диспансерного наблюдения заболевания	первого	$\chi^2 = -0,03, p = 0,8$	$\chi^2 = 0,16, p = 0,26$
	второго	$\chi^2 = 0,2, p = 0,2$	$\chi^2 = -0,03, p = 0,8$
Частота фактических посещений по заболеванию	первому	$\chi^2 = -0,3, p = 0,03$	$\chi^2 = 0,21, p = 0,13$
	второму	$\chi^2 = -0,2, p = 0,3$	$\chi^2 = 0,06, p = 0,7$
Регулярность посещения по заболеванию	первому	$t = -1,8, p = 0,07$	$t = 1,3, p = 0,2$
	второму	$t = -0,93, p = 0,36$	$t = 0,34, p = 0,74$
Обострения		$\chi^2 = -0,16, p = 0,25$	$\chi^2 = 0,72, p = 0,052$
Сопутствующие заболевания		–	$\chi^2 = 0,07, p = 0,6$
Частота вызовов скорой и неотложной помощи		$\chi^2 = -0,1, p = 0,5$	$\chi^2 = -0,1, p = 0,5$
Обращаемость за скорой и неотложной помощью		$t = 1,07, p = 0,29$	$t = -0,3, p = 0,76$
Инвалидность		$t = -1,1, p = 0,29$	$t = -1,2, p = 0,25$

трудоспособности ( $t = -0,23, p = 0,82$  и  $t = -1,5, p = 0,14$ ), наблюдающего специалиста ( $f = 1,8, p = 0,13$  и  $f = 1,13, p = 0,36$ ), обращения за скорой и неотложной помощью ( $t = 0,91, p = 0,37$  и  $t = 0,83, p = 0,41$ ), инвалидности ( $t = -0,55, p = 0,59$  и  $t = -1,28, p = 0,21$ ), регулярности посещений по первому ( $t = -0,23, p = 0,82$  и  $t = 0,43, p = 0,67$ ) и по второму ( $t = 0,94, p = 0,35$  и  $t = 0,16, p = 0,88$ ) заболеваниям, частоты сопутствующих заболеваний ( $\chi^2 = -0,13, p = 0,36$  и  $\chi^2 = -0,08, p = 0,56$ ), основных первого ( $f = 1,52, p = 0,22$  и  $f = 0,22, p = 0,88$ ) и второго ( $f = 2,82, p = 0,03, f = 0,42, p = 0,84$ ) заболеваний. Экстренность госпитализаций по основному заболеванию не зависит от продолжительности ( $\chi^2 = -0,06, p = 0,68$ ) и длительности диспансерного наблюдения ( $\chi^2 = 0,006, p = 0,97$ ) первого заболевания, частоты посещения по первому ( $\chi^2 = -0,05, p = 0,97$ ) и второму ( $\chi^2 = 0,15, p = 0,28$ ) заболеваниям, обострений ( $\chi^2 = 0,06, p = 0,7$ ). Экстренность госпитализаций по сопутствующим заболеваниям не связана с продолжительностью обоих основных заболеваний ( $\chi^2 = -0,09, p = 0,51$  и  $\chi^2 = 0,003, p = 0,98$ ), с длительностью диспансерного наблюдения по ним ( $\chi^2 = -0,09, p = 0,5$  и  $\chi^2 = 0,02, p = 0,88$ ), с частотой посещений по первому ( $\chi^2 = 0,04, p = 0,8$ ) и второму ( $\chi^2 = -0,03, p = 0,86$ ) заболеваниям.

Обнаруженная связь частоты экстренных госпитализаций по основному заболеванию с продолжительностью второго заболевания ( $\chi^2 = 0,3, p = 0,04$ ) и длительностью диспансерного наблюдения по второму заболеванию ( $\chi^2 = 0,3, p = 0,05$ ), а также прямая корреляция числа экстренных госпитализаций по сопутствующим заболеваниям и возраста ( $\chi^2 = 0,3, p = 0,04$ ) требуют отдельного изучения и не поддаются объяснению в рамках выполненного исследования. Выявлен-

ная связь экстренных госпитализаций с числом обострений ( $\chi^2 = 0,33, p = 0,014$ ) предсказуема и свидетельствует о необходимости усиления диспансерной работы.

Отдельно следует отметить отсутствие лучшей приверженности лечению у пациентов, наблюдаемых узкими специалистами. Не обнаружено статистически значимой разницы в частоте фактических посещений по второму заболеванию ( $t = 0,05, p = 0,96$ ), обострений ( $t = -0,7, p = 0,5$ ), сопутствующих заболеваний ( $t = 1,3, p = 0,2$ ), обращений за скорой и неотложной помощью ( $t = -1,4, p = 0,17$ ), госпитализаций по основному ( $t = -1,03, p = 0,31$ ) и по сопутствующим ( $t = 1,1, p = 0,28$ ) заболеваниям, экстренных госпитализаций по основному ( $t = -1,52, p = 0,14$ ) и сопутствующим ( $t = -0,04, p = 0,97$ ) заболеваниям у пациентов, наблюдаемых терапевтами и узкими врачами-специалистами.

## Выводы

1. Основная группа тех, кто находится под диспансерным наблюдением по двум заболеваниям, – лица пенсионного возраста (95,5 % пенсионеров, средний возраст  $68,1 \pm 11,6$  г.).

2. Главной причиной постановки на диспансерное наблюдение являются болезни сердечно-сосудистой системы (в 71,7 % случаев по первому заболеванию и 22,6 % по второму). К ведущим причинам постановки на диспансерное наблюдение относятся также болезни эндокринной системы (52,8 %), органов пищеварения (22,6 %).

3. При диспансерном наблюдении по двум заболеваниям отмечается крайне редкое привлечение профильных специалистов, особенно в отношении пациентов с болезнями сердечно-сосудистой системы: из 83,0 %



страдающих болезнями сердечно-сосудистой системы под наблюдением кардиолога находилось 1,9 %, невролога – 13,2 %.

4. Основной путь выявления заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению, – диспансеризация (43,4 % по первому и 49,1 % по второму заболеваниям). Выявление первого и второго заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению, происходит одновременно: разница между средней продолжительностью заболеваний статистически не значима ( $t = 0,6$ ,  $p = 0,6$ ).

5. Отсутствие статистически значимой разницы в продолжительности болезни между пенсионерами и трудоспособными (по первому  $t = -0,6$ ,  $p = 0,5$  и по второму  $t = -0,9$ ,  $p = 0,4$  заболеваниями), корреляции возраста и продолжительности болезни (первое  $\chi^2 = 0,04$ ,  $p = 0,8$  и второе  $\chi^2 = 0,08$ ,  $p = 0,6$  заболевания) косвенно свидетельствуют о влиянии на тяжесть болезни ее продолжительности, а не возраста.

6. Наблюдается несвоевременное взятие под диспансерное наблюдение: длительность диспансерного наблюдения по обоим заболеваниям статистически значимо короче их продолжительности (по первому  $t = 5,4$ ,  $p < 0,0001$  и второму  $t = 2,6$ ,  $p = 0,012$  заболеваниями).

7. Качество диспансерного наблюдения неудовлетворительное: нет фактов снятия с учета по выздоровлению; статистически значимая разница между средним числом плановых и фактических посещений ( $t = 3,5$ ,  $p = 0,001$ ,  $t = -2,1$ ,  $p = 0,04$ ); фактическая посещаемость не зависит от длительности диспансерного наблюдения (по первому  $\chi^2 = -0,05$ ,  $p = 0,7$  и второму  $\chi^2 = 0,1$ ,  $p = 0,4$  заболеваниями); обострения зафиксированы у 94,3 % пациентов при отсутствии корреляции обострений с длительностью диспансерного

наблюдения и числом фактически посещений ( $p > 0,05$ ), имеется статистически значимая разница среднего числа обострений за три года ( $t = -9,7$ ,  $p < 0,001$  и  $t = -12,1$ ,  $p < 0,001$ ); вызовы скорой и неотложной медицинской помощи были выполнены в течение 1 года к 71,7 % пациентов при отсутствии зависимости частоты обращений за скорой и неотложной помощью от возраста, продолжительности болезни, частоты и регулярности фактических посещений ( $p > 0,05$ ); высокая частота госпитализаций по основным заболеваниям (60,4 %) при отсутствии корреляции частоты госпитализации по основным заболеваниям с возрастом ( $p = 0,3$ ), продолжительностью болезни, числом обострений, регулярностью фактических посещений ( $p > 0,05$ ) и наличие корреляции с числом фактических посещений ( $\chi^2 = -0,3$ ,  $p = 0,03$ ); высокая доля экстренных госпитализаций по основному 36,7 % и сопутствующим заболеваниям 39,1 %, не зависящих от регулярности и частоты диспансерного посещения ( $p = 0,9$  и  $p = 0,59$ ;  $p = 0,97$ ,  $p = 0,28$  и  $p = 0,8$ ,  $p = 0,86$ ) на фоне отсутствия корреляции экстренных госпитализаций с возрастом ( $p = 0,14$ ), классом основного заболевания ( $p = 0,97$  и  $p = 0,52$ ), инвалидностью ( $p = 0,08$ ), сопутствующими заболеваниями ( $p = 0,36$  и  $p = 0,56$ ); отсутствия зависимости инвалидности от длительности диспансерного наблюдения ( $p = 0,9$  и  $p = 0,07$ ), частоты и регулярности фактических посещений ( $p = 0,6$  и  $p = 0,3$ ) на фоне отсутствия зависимости от возраста ( $p = 0,7$ ), продолжительности заболевания ( $p = 0,9$  и  $p = 0,1$ ), обострений ( $p = 0,6$ ), сопутствующих заболеваний ( $p = 0,08$ ).

8. Приверженность лечению пациентов зависит от их психологических характеристик (индивидуальных установок): есть ста-

статистически значимая прямая слабая корреляция между частотой фактических посещений по первому и второму заболеваниям ( $\chi^2 = 0,3, p = 0,03$ ) на фоне отсутствия статистически значимой разницы в возрасте ( $t = 0,1, p = 0,9$  по первому,  $t = 0,5, p = 0,6$  по второму заболеванию), продолжительности болезни ( $t = -0,8, p = 0,4$  и  $t = 0,9$  и  $0,4$ ), длительности диспансерного наблюдения ( $t = -1, p = 0,3$  и  $t = 0,8, p = 0,4$ ) между лицами, посещающими врача регулярно и нерегулярно. Одновременно не обнаружена статистически значимая зависимость числа фактических посещений от класса заболевания ( $f = 1,8, p = 0,2$ ), наблюдающего специалиста ( $f = 0,09, p = 0,9$ ), от возраста (по первому  $\chi^2 = 0,1, p = 0,4$  и второму  $\chi^2 = -0,004, p = 0,98$ ), продолжительности заболевания (по первому  $\chi^2 = -0,02, p = 0,88$  и второму  $\chi^2 = 0,1, p = 0,4$ ), пола ( $t = 1,1, p = 0,3$ ,  $t = 0,6, p = 0,6$ ); число вызовов скорой и неотложной медицинской помощи не зависит от возраста, пола, заболевания, продолжительности заболевания, числа сопутствующих заболеваний, числа обострений ( $p > 0,05$ ).

9. Диспансерное наблюдение узкими специалистами не более результативно, чем терапевтом: нет статистически значимой разницы в частоте фактических посещений по второму заболеванию ( $t = 0,05, p = 0,96$ ), обострений ( $t = -0,7, p = 0,5$ ), сопутствующих заболеваний ( $t = 1,3, p = 0,2$ ), обращений за скорой и неотложной помощью ( $t = -1,4, p = 0,17$ ), госпитализаций по основному ( $t = -1,03, p = 0,31$ ) и по сопутствующим ( $t = 1,1, p = 0,28$ ) заболеваниям, экстренных госпитализаций по основному

( $t = -1,52, p = 0,14$ ) и сопутствующим ( $t = -0,04, p = 0,97$ ) заболеваниям.

### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Визе-Христунова М.А., Гноевых Е.В. Оценка современного уровня знаниями врачей терапевтического профиля вопросов диагностики и лечения синдрома раздраженного кишечника. Известия высших учебных заведений. Поволжский регион 2015; 1(33): 54–62.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития: метод. рекомендации. Под ред. С.А. Бойцова, А.Г. Чучалина. М.: РОПИС 2014; 112.
3. Иванова Н.В., Канорский С.Г. Оценка знаний фармакотерапии врачами-терапевтами на курсах последиplomной подготовки. Международный журнал экспериментального образования 2014; 10: 135–138; available at: <https://www.expeducation.ru/ru/article/view?id=6048>.
4. Койчуев А.А. Результаты оценки знаний и деятельности врачей первичного звена здравоохранения в сфере медицинской профилактики и формирования грамотности пациентов в вопросах здоровья. Профилактическая медицина 2013; 6: 43–47.
5. Комаров Ю.М. Какой должна быть концепция здравоохранения? Главный врач: Хозяйство и право 2011; 5: 9–14.
6. Кочубей А.В., Вергазова Э.К. Порядок направления пациентов и финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи. Здравоохранение 2012; 8: 68–73.

Материал поступил в редакцию 25.01.2018