

УДК 616-084.3

DOI 10.17816/pmj35358-66

ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПО ОДНОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ

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

SPECIFICS OF FOLLOW-UP OBSERVATION REGARDING ONE DISEASE

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

Цель. Изучить особенности обращения за медицинской помощью пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по одному заболеванию.

Материалы и методы. Выполнен анализ сведений выкопировки 402 медицинских карт амбулаторного больного лиц, находящихся под диспансерным наблюдением по одному заболеванию, с применением методов описательной и индуктивной статистики.

Результаты. В изучаемой группе женщин 60 %, пенсионеров 77,5 %. Трудоспособных мужчин больше, чем трудоспособных женщин ($\varphi^*_{\text{эмп}} = 3,242, p < 0,001$). Средний возраст пациентов – $68,3 \pm 16,4$ г. В 81 % случаев причиной диспансерного наблюдения являются болезни сердечно-сосудистой системы. Средняя продолжительность болезни по основному заболеванию – $10,5 \pm 6,4$ г., длительность диспансерного наблюдения – $6,4 \pm 2,6$ г. ($t = 10,0, p < 0,001$). Среднее число запланированных посещений составило $2,0 \pm 0,34$, фактических – $1,8 \pm 0,5$ ($t = 5,5, p < 0,001$). Частота фактических посещений не зависит от возраста ($\chi^2 = -0,04, p = 0,6$), пола ($t = 0,3, p = 0,8$), продолжительности заболевания ($\chi^2 = 0,02, p = 0,8$), длительности диспансерного наблюдения ($\chi^2 = -0,04, p = 0,6$), сопутствующих заболеваний ($\chi^2 = 0,02, p = 0,1$). Обострения были зафиксированы у 87,5 % пациентов, инвалидность – у 43,5 %, обращения за скорой и неотложной медицинской помощью – у 28,5 %, госпитализации – у 28,5 %, из них экстренные госпитализации – у 35,7 %.

Выводы. Мужчины трудоспособного возраста являются группой риска по развитию неинфекционных хронических заболеваний; качество диспансерного наблюдения неудовлетворительное; высоко влияние сопутствующих заболеваний на обращаемость за медицинской помощью; регулярность посещений выше среди лиц, которым было запланировано два посещения в год; приверженность лечению пациентов зависит от их психологических характеристик; диспансерное наблюдение узкими специалистами не более результативно; до наступления инвалидности пациенты чаще направляются на оказание специализированной помощи.

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

Aim. To study the specifics of addressing for medical care among patients under follow-up observation, regarding one disease.

Materials and methods. The data, obtained from copies of medical records of 402 ambulatory patients under follow-up observation for one disease, were analyzed, using the methods of descriptive and inductive statistics.

© 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].

Results. The studied group included 60 % of women and 77.5 % of pensioners. There were more able-bodied men, than able-bodied women ($\phi^*_{\text{эмб}} = 3.242, p < 0.001$). Patients' mean age was 68.3 ± 16.4 years. In 81 % of cases, the cause of follow-up observation were cardiovascular diseases. A mean duration of disease for the main disease was 10.5 ± 6.4 years, duration of follow-up – 6.4 ± 2.6 years ($t = 10.0, p < 0.001$). A mean number of planned visits to a doctor was 2.0 ± 0.34 , real – 1.8 ± 0.5 ($t = 5.5, p < 0.001$). Frequency of real visits to a doctor does not depend on age ($\chi^2 = -0.04, p = 0.6$), gender ($t = 0.3, p = 0.8$), duration of disease ($\chi^2 = 0.02, p = 0.8$), duration of follow-up ($\chi^2 = -0.04, p = 0.6$), associated diseases ($\chi^2 = 0.02, p = 0.1$). Exacerbations were registered in 87.5 % of patients, disability – 43.5 %, emergency calls – 28.5 %, hospitalizations – 28.5 %, including urgent ones – 35.7 %.

Conclusions. The able-bodied men form the risk group for the development of noninfectious chronic diseases; follow-up quality is unsatisfactory; great influence of associated diseases on medical aid appealability; regularity of asking for medical care is higher among persons, who had two planned visits a year; patients' loyalty to treatment depends on patient's psychological characteristic; 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

На фоне весомого негативного влияния хронических неинфекционных заболеваний на здоровье россиян [5] и особенностей нормативного регулирования, обуславливающих дисбаланс не в пользу профилактики [2], диспансерное наблюдение лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями справедливо является основной задачей поликлиники [4]. По этой причине оценка результатов диспансерной работы должна стать, по нашему мнению, неотъемлемой частью внутреннего, а также ведомственного контроля. Хотя сведения о диспансерном наблюдении представлены в государственных отчетных формах [3], но характеризуют, скорее, объем диспансерной работы. Вместе с тем существующие методические документы, посвященные организации диспансерного наблюдения, определяют основные критерии эффективности диспансерной работы [1]. Поэтому целью настоящей работы стало изучение особенностей обращения за медицинской помощью пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по одному заболеванию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Была выполнена выкопировка данных из медицинских карт амбулаторного больного 402 пациентов, находившихся на диспансерном наблюдении по поводу одного заболевания. В исследовании проводился расчет средних, стандартных отклонений, 95%-ных доверительных интервалов (ДИ95%), числа наблюдений, частот, долей. Для оценки регрессии, равенств средних, дисперсии, корреляции, достоверности различий процентных долей выборок использовались методы индуктивной статистики. Оценка неравенства средних для двух парных или независимых выборок и коэффициентов однофакторной линейной регрессии подтверждалась расчетом критерия Стьюдента (t). Однофакторный дисперсионный анализ с расчетом критерия Фишера (f) использовался для сравнения более двух независимых выборок. Парная корреляция проверялась по критерию Пирсона (χ^2). Использовался расчет критерия углового преобразования Фишера ($\phi^*_{\text{эмпл}}$) для оценки различий между процентными долями двух выборок. Досто-

верность всех критериев принималась при значимости (p) меньше 0,05. Статистическая обработка выполнялась в программе IBM SPSS Statistics, версия 23.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 402 пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении по одному заболеванию, женщин 60 %, пенсионеров – 77,5 %. Трудоспособных мужчин 33,8 % от общего числа мужчин изучаемой группы, трудоспособных женщин – 14,2 % от общего числа женщин изучаемой группы ($\varphi^*_{эмт} = 3,242$, $p < 0,001$). Средний возраст – $68,3 \pm 16,4$ г., мужчин – $66,4 \pm 17,9$ г., женщин – $69,6 \pm 15,2$ г. (разница незначима, $t = -1,3$, $p = 0,2$), трудоспособных – $47,5 \pm 9,9$ г., пенсионеров – $74,7 \pm 12,5$ г.

Из лиц трудоспособного возраста рабочих – 41,9 %, служащих – 12,5 %.

В 81 % случаев причиной диспансерного наблюдения являются болезни сердечно-сосудистой системы, далее следуют болезни органов дыхания (8 %) и болезни органов пищеварения (9 %), в 1 % – болезни эндокринной системы, в 0,5 % – костно-мышечной системы и болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм. Самым частым заболеванием является гипертензивная (гипертензивная) болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности (I11.9), на втором месте – атеросклеротическая болезнь сердца (I25.1).

Средняя продолжительность болезни по основному заболеванию – $10,5 \pm 6,4$ г., у мужчин – $10,6 \pm 6,2$ г., женщин – $10,4 \pm 6,5$ г., трудоспособных – $8,3 \pm 5,5$, пенсионеров – $11,2 \pm 6,5$ г. Длительность диспансерного наблюдения по основному заболеванию –

$6,4 \pm 2,6$ г., у мужчин – $6,4 \pm 2,4$ г., женщин – $6,4 \pm 2,7$ г., у трудоспособных – $5,7 \pm 1,8$, пенсионеров – $6,5 \pm 2,7$ г. Разница между средней продолжительностью болезни и длительностью диспансерного наблюдения значима ($t = 10,0$, $p < 0,001$). Интересно, что продолжительность болезни по основному заболеванию в группе пенсионеров статистически значимо больше ($t = -2,7$, $p = 0,008$), а длительность диспансерного наблюдения нет ($t = -1,9$, $p = 0,06$).

За все время диспансерного наблюдения с учета было снято 1 % пациентов, все по причине смены места жительства.

Большая часть (96 %) пациентов находилась под наблюдением врача-терапевта, 4 % под наблюдением узких специалистов.

Среднее число запланированных посещений составило $2,0 \pm 0,34$, фактических – $1,8 \pm 0,5$. Разница между средним числом плановых и фактических посещений статистически значима ($t = 5,5$, $p < 0,001$). Корреляция числа фактических посещений с возрастом ($\chi^2 = -0,04$, $p = 0,6$), продолжительностью заболевания ($\chi^2 = 0,02$, $p = 0,8$), длительностью диспансерного наблюдения ($\chi^2 = -0,04$, $p = 0,6$) статистически незначима. Не выявлено также зависимости частоты фактических посещений от пола ($t = 0,3$, $p = 0,8$), трудоспособности ($t = -0,2$, $p = 0,9$). Среднее число фактических посещений у пациентов, наблюдаемых терапевтом, – $1,7 \pm 0,5$ в год, наблюдаемых узким специалистом – $2,5 \pm 1,0$ посещение в год, разница статистически значима ($t = -2,8$, $p = 0,006$).

Нерегулярно врача посещало 15,5 % пациентов, от общего числа мужчин – 17,5 %, от общего числа женщин – 14,1 %, от общего числа трудоспособных – 17,8 %, от общего числа пенсионеров – 14,8 %. Регулярность посещения не зависит от пола ($\varphi^*_{эмт} = 0,63$, $p > 0,05$), трудоспособности ($t = -0,001$, $p = 0,9$).

Пациенты, у которых было запланировано по два посещения, в 98,7 % случаев посещали врача регулярно, при ином количестве запланированных посещений регулярно наблюдались врачом 35 % ($\phi = 9,3$ при $p > 0,05$).

За три года обострения были зафиксированы у 87,5 % пациентов изучаемой группы, в 2015 г. – у 27 %, в 2016 – у 63 %, в 2017 г. – у 86 %. Среднее число обострений за последние три года диспансерного наблюдения составило $2,95 \pm 2,7$, у мужчин – $2,89 \pm 2,5$, у женщин – $3,0 \pm 2,7$, у трудоспособных – $1,8 \pm 2,0$, у пенсионеров – $3,3 \pm 2,8$. Частота обострений не зависит от пола ($t = -0,3$, $p = 0,8$), от наблюдающего специалиста ($t = 0,3$, $p = 0,7$), регулярности посещения ($t = 0,3$, $p = 0,8$), продолжительности заболевания ($\chi^2 = 0,07$, $p = 0,3$), числа сопутствующих заболеваний ($\chi^2 = 0,02$, $p = 0,8$). Есть значимая слабая прямая корреляция частоты обострений с возрастом ($\chi^2 = 0,2$, $p = 0,005$) и значимая разница частоты обострений в группе трудоспособных и пенсионеров ($t = -3,1$, $p = 0,002$). На этом фоне негативно характеризует диспансерное наблюдение отсутствие связи обострений с частотой фактических посещений ($\chi^2 = 0,02$, $p = 0,7$) и прямая, пусть и слабая, корреляция с длительностью диспансерного наблюдения ($\chi^2 = 0,2$, $p = 0,001$).

Среднее число обострений за год в течение трех изучаемых лет увеличивается: 2015 г. – $0,36 \pm 0,7$; 2016 – $0,94 \pm 0,93$; 2017 – $1,63 \pm 1,3$ обострения. Восходящая динамика среднего числа обострений в течение трех лет статистически значима (ДИ95% $b = 0,64$, $0,23 \leq b \leq 1,04$, $p = 0,03$). Кроме того, статистически значима разница среднего числа обострений в 2015 и 2016 гг., а также 2016 и 2017 гг. ($p < 0,01$).

Сопутствующие заболевания зафиксированы у 88 % пациентов изучаемой группы. В структуре сопутствующих заболеваний преобладали болезни сердечно-сосудистой системы (50,5 %), на втором месте – болезни костно-мышечной системы (17,3 %), на третьем болезни пищеварения (11,0 %), далее следуют болезни эндокринной системы (8,3 %), органов дыхания (5,1 %), органов мочеполовой системы (2,7 %), болезни глаза и его придаточного аппарата (2,3 %), болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (1,1 %), новообразования (0,9 %), болезни кожи и подкожной клетчатки (0,4 %), психические расстройства и расстройства поведения (0,2 %) и факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (0,2 %).

Среднее число сопутствующих заболеваний составило $2,6 \pm 1,4$, у мужчин – $2,6 \pm 1,5$, у женщин – $2,6 \pm 1,4$, лиц трудоспособного возраста – $1,9 \pm 1,4$, у пенсионеров $2,8 \pm 1,4$. Число сопутствующих заболеваний не зависит от пола ($t = 0,02$, $p = 0,9$), наблюдающего специалиста ($t = 1,6$, $p = 0,1$), продолжительности болезни ($\chi^2 = 0,13$, $p = 0,7$), регулярности посещения ($t = -0,4$, $p = 0,7$), частоты фактических посещений ($\chi^2 = 0,02$, $p = 0,1$), длительности диспансерного наблюдения ($\chi^2 = 0,04$, $p = 0,9$). Имеется статистически значимая корреляция числа сопутствующих заболеваний с возрастом ($\chi^2 = 0,3$, $p < 0,001$) и значимая разница частоты сопутствующих заболеваний между трудоспособными и пенсионерами ($t = -3,7$, $p < 0,001$).

Вызовы скорой или неотложной медицинской помощи были выполнены к 28,5 % пациентов изучаемой группы, скорой –

к 26 %, неотложной – к 3,5 % лиц. Среднее число вызовов скорой или неотложной помощи составило $0,3 \pm 0,5$, скорой – $0,27 \pm 0,49$, неотложной – $0,04 \pm 0,2$ вызова в год. Среднее число вызовов скорой и неотложной помощи в год у мужчин составило $0,4 \pm 0,6$, у женщин – $0,3 \pm 0,4$, у трудоспособных – $0,3 \pm 0,6$, у пенсионеров – $0,3 \pm 0,5$. Частота вызовов не зависит от пола ($t = 1,4$, $p = 0,2$), возраста ($\chi^2 = 0,03$, $p = 0,7$ и $t = -0,3$, $p = 0,8$), регулярности посещений ($t = 0,9$, $p = 0,3$), продолжительности заболевания ($\chi^2 = 0,01$, $p = 0,9$), частоты сопутствующих заболеваний ($\chi^2 = -0,02$, $p = 0,8$). Есть связь частоты вызовов скорой и неотложной помощи и длительности диспансерного наблюдения ($\chi^2 = 0,2$, $p = 0,03$), частоты фактических посещений ($\chi^2 = -0,2$, $p = 0,007$), частоты обострений ($\chi^2 = 0,2$, $p = 0,009$). Объяснить значимое превышение частоты вызовов скорой помощи в группе пациентов, наблюдаемых узкими специалистами ($t = 2,6$, $p = 0,009$), можно при дополнительном исследовании.

Инвалидность зафиксирована у 43,5 % диспансерных больных изучаемой группы, из них 60,9 % женщины, 8,2 % трудоспособные. От общего числа мужчин имеют инвалидность 42,5 %, от общего числа женщин – 44,2 %. Инвалидность не зависит от пола ($\varphi^*_{\text{эмп}} = 0,242$, $p > 0,05$). От общего числа трудоспособных имеют инвалидность 15,6 %, от общего числа пенсионеров – 51,6 %. Есть зависимость инвалидности от возраста ($\varphi^*_{\text{эмп}} = 4,323$, $p < 0,01$).

Средний возраст лиц с инвалидностью – $73,3 \pm 13,0$ лет, без инвалидности – $64,5 \pm 17,7$ г. В группе лиц с инвалидностью средний возраст мужчин $72,4 \pm 12,0$ лет, женщин $73,9 \pm 13,7$ г., пенсионеров – $75,1 \pm 12,0$ лет, трудоспособных – $53,6 \pm 4,9$ г.

У лиц с инвалидностью по сравнению с пациентами без инвалидности статистически значимо превышение среднего возраста ($t = -3,9$, $p < 0,001$), продолжительности болезни ($t = -2,3$, $p = 0,02$), числа сопутствующих заболеваний ($t = -2,2$, $p = 0,03$), частоты вызовов скорой и неотложной помощи ($t = -2,7$, $p = 0,007$). Между группами с инвалидностью и без нее нет значимой разницы в длительности диспансерного наблюдения ($t = -1,47$, $p = 0,14$), частоте фактических посещений ($t = 0,59$, $p = 0,56$) и обострений ($t = -1,32$, $p = 0,19$).

За последний год диспансерного наблюдения было госпитализировано 28,5 % пациентов изучаемой группы, по основному заболеванию 5 %, по сопутствующим заболеваниям 26,5 %. Среднее число госпитализаций по всем причинам составило $0,4 \pm 0,8$, по основному заболеванию – $0,07 \pm 0,3$, по сопутствующим – $0,3 \pm 0,6$. Между средним числом госпитализаций по основному и сопутствующим заболеваниям есть статистически значимая разница ($t = -5,3$, $p < 0,001$).

Интересно, что значимой разницы нет по среднему числу госпитализаций по основному заболеванию между мужчинами ($0,06 \pm 0,4$) и женщинами ($0,08 \pm 0,3$) ($t = 0,3$, $p = 0,8$), а по сопутствующим заболеваниям есть ($t = 2,2$, $p = 0,03$) ($0,5 \pm 0,8$ – у мужчин, $0,3 \pm 0,5$ – у женщин). Значима ($t = 2,7$, $p = 0,008$) разница среднего числа госпитализаций по сопутствующим заболеваниям между трудоспособными ($0,1 \pm 0,3$) и пенсионерами ($0,4 \pm 0,7$).

Нет зависимости частоты госпитализаций по основному заболеванию и возраста ($\chi^2 = 0,09$, $p = 0,2$), продолжительности заболевания ($\chi^2 = -0,06$, $p = 0,4$), длительности диспансерного наблюдения ($\chi^2 = -0,08$, $p = 0,3$), частоты обострений ($\chi^2 = 0,02$,

$p = 0,8$), регулярности посещений ($t = 0,7$, $p = 0,5$). Значимая связь частоты госпитализаций по основному заболеванию с частотой фактических посещений ($\chi^2 = 0,2$, $p = 0,02$) и вызовов скорой помощи ($\chi^2 = 0,3$, $p = 0,0001$) отрицательно характеризует качество диспансерного наблюдения. В группе пациентов, наблюдаемых узкими специалистами, среднее число госпитализаций по основному заболеванию ($0,8 \pm 1,5$) статистически значимо выше ($t = 4,2$, $p < 0,001$), чем у пациентов, наблюдаемых терапевтами ($0,06 \pm 0,3$). Значимо ($t = -2,5$, $p = 0,01$) меньшая частота госпитализаций по основному заболеванию среди инвалидов ($0,02 \pm 0,1$ против $0,1 \pm 0,5$) может косвенно свидетельствовать, что таким образом ведется работа по предотвращению осложнений и, как следствие, инвалидности.

Между числом госпитализаций по сопутствующим заболеваниям выявлена значимая слабая корреляция с возрастом ($\chi^2 = 0,3$, $p = 0,007$), числом сопутствующих заболеваний ($\chi^2 = 0,3$, $p = 0,001$). Нет связи между числом госпитализаций по сопутствующим заболеваниям и продолжительностью заболевания ($\chi^2 = 0,03$, $p = 0,6$), длительностью диспансерного наблюдения ($\chi^2 = -0,08$, $p = 0,3$), частотой фактических посещений ($\chi^2 = 0,04$, $p = 0,6$), обострений ($\chi^2 = 0,05$, $p = 0,5$), вызовов скорой и неотложной помощи ($\chi^2 = 0,07$, $p = 0,3$), регулярности посещения ($t = 0,7$, $p = 0,5$), наблюдающего специалиста ($t = 0,3$, $p = 0,8$), инвалидности ($t = 1,4$, $p = 0,2$).

Экстренных госпитализаций по основному заболеванию было выполнено 35,7 % от общего числа госпитализаций по основному заболеванию и 33,3 % от общего числа госпитализаций по сопутствующим заболеваниям. Расхождение в долях экстренных

госпитализаций среди госпитализаций по основному заболеванию и по сопутствующим заболеваниям статистически не значимо ($\phi^*_{\text{эмп}} = 0,173$, $p > 0,05$). Разница между средним числом¹ экстренных ($1,0 \pm 0,0001$) и плановых ($1,1 \pm 0,4$) госпитализаций по основному заболеванию статистически незначима ($t = -1,0$, $p = 0,4$), как и по сопутствующим заболеваниям (экстренные – $1,1 \pm 0,2$, плановые – $1,3 \pm 0,7$, $t = -1,1$, $p = 0,3$). Нет зависимости числа экстренных госпитализаций от пола ($t = 1,2$, $p = 0,3$), регулярности посещения ($\phi^*_{\text{эмп}} = 0,64$, $p > 0,05$), наблюдающего специалиста ($\phi^*_{\text{эмп}} = 0,659$, $p > 0,05$).

Есть статистически значимая средней степени прямая корреляция числа экстренных госпитализаций по сопутствующим заболеваниям с частотой сопутствующих заболеваний ($\chi^2 = 0,6$, $p = 0,003$). Нет статистически значимой корреляции числа экстренных госпитализаций с возрастом ($\chi^2 = -0,1$, $p = 0,6$), продолжительностью болезни ($\chi^2 = 0,4$, $p = 0,1$), длительностью диспансерного наблюдения ($\chi^2 = -0,1$, $p = 0,6$), числом фактических посещений ($\chi^2 = 0,2$, $p = 0,5$), числом обострений ($\chi^2 = -0,2$, $p = 0,4$), числом вызовов скорой и неотложной медицинской помощи ($\chi^2 = -0,1$, $p = 0,6$).

Внимания заслуживает отдельное рассмотрение изучаемых показателей в группе трудоспособных: средний возраст женщин выше ($49,5 \pm 6,3$ против $46,1 \pm 11,7$ у мужчин), а у мужчин дольше продолжительность болезни по основному заболеванию ($9,8 \pm 6,7$ против $6,2 \pm 1,9$ г.) и длительность диспансерного наблюдения ($6,0 \pm 2,2$ против $5,4 \pm 0,8$), также у мужчин выше фак-

¹ Относительно числа госпитализированных.

тическая посещаемость ($1,9 \pm 0,6$ против $1,6 \pm 0,5$), частота обострений ($2,2 \pm 1,9$ против $1,4 \pm 1,9$), среднее число вызовов скорой и неотложной медицинской помощи ($0,4 \pm 0,7$ против $0,1 \pm 0,3$), частота госпитализаций по основному заболеванию ($0,12 \pm 0,6$ против $0,0$), по сопутствующим ($0,2 \pm 0,4$ против $0,05 \pm 0,2$). То есть мужчины трудоспособного возраста раньше приобретают заболевание, требующее диспансерного наблюдения, но попадают под наблюдение со значительной отсрочкой. Более высокую фактическую посещаемость трудоспособных мужчин можно было принять за лучшую приверженность лечению, если бы не частота обострений, обращений за скорой и специализированной медицинской помощью. Становится ясным, что фактическая посещаемость трудоспособных мужчин связана с ухудшением состояния здоровья. На этом фоне, а также с учетом средней продолжительности жизни мужчин и женщин в нашей стране (Росстат) меньшее число выявленных сопутствующих заболеваний ($1,8 \pm 1,1$ против $2,2 \pm 1,6$) и более позднее установление инвалидности у трудоспособных мужчин ($55,6 \pm 3,8$ против $48,5 \pm 3,5$ г. у трудоспособных женщин) также объясняется их более низкой приверженностью лечению и медицинской активностью.

Выводы

1) Мужчины трудоспособного возраста являются группой риска по развитию неинфекционных хронических заболеваний: доля мужчин трудоспособного возраста (33,8 %) больше доли женщин трудоспособного возраста – 14,2 % ($\Phi^*_{эмп} = 3,242$, $p < 0,001$), средний возраст мужчин в трудоспособной группе ниже, чем у женщин,

у мужчин трудоспособного возраста дольше продолжительность болезни, короче длительность диспансерного наблюдения, чаще обострения, обращения за скорой и неотложной помощью, госпитализации ($p < 0,05$).

2) Качество диспансерного наблюдения неудовлетворительное: нет фактов снятия с учета по выздоровлению; длительность диспансерного наблюдения ($6,4 \pm 2,6$ г.) статистически значимо короче продолжительности заболевания ($t = 10,0$, $p < 0,001$); есть значимый рост среднего числа обострений за 2015–2017 гг. ($b = 1,57$, $0,57 \leq b \leq 2,57$, $tb = 120 > 12,7$, $p = 0,04$); разница между средним числом плановых и фактических посещений значима ($t = 5,5$, $p < 0,001$); обострения зафиксированы у 87,5 % пациентов изучаемой группы, есть слабая прямая корреляция числа обострения с длительностью диспансерного наблюдения ($\chi^2 = 0,2$, $p = 0,001$) без связи с продолжительностью болезни ($\chi^2 = 0,07$, $p = 0,3$); вызовы скорой и неотложной медицинской помощи были выполнены в течение 1 года к 28,5 % пациентов изучаемой группы, обнаружена статистически значимая прямая слабая корреляция обращения за скорой и неотложной помощью с длительностью диспансерного наблюдения ($p = 0,03$) и числом фактических посещений ($p = 0,007$) при отсутствии корреляции с возрастом и продолжительностью заболевания ($p > 0,05$); за год диспансерного наблюдения было госпитализировано 28,5 % пациентов изучаемой группы, но нет связи частоты госпитализаций и длительности диспансерного наблюдения ($p > 0,05$); высокий процент экстренных госпитализаций по основному заболеванию (35,7 %), по сопутствующим заболеваниям (33,3 %) при отсутствии зависимости частоты экстренных госпитализаций от возраста,

продолжительности болезни, пола, обострений, вызовов скорой и неотложной помощи, а также диспансерного наблюдения, числа фактических посещений ($p > 0,05$); длительность диспансерного наблюдения ($p = 0,1$) и частота фактических посещений ($p = 0,6$) не влияют на частоту инвалидности.

3) Отметим высокую значимость сопутствующих заболеваний и недостаточное внимание к ним при диспансерном наблюдении: сопутствующие заболевания есть у 88 %, среднее число – $2,6 \pm 1,4$ заболевания; по сопутствующим заболеваниям госпитализировано 26,5 % лиц изучаемой группы, по основному заболеванию – 5 %, средняя частота госпитализаций по сопутствующим заболеваниям статистически выше, чем по основному заболеванию ($t = -5,3, p < 0,001$); есть зависимость числа экстренных госпитализаций по сопутствующим заболеваниям от числа сопутствующих заболеваний ($\chi^2 = 0,6, p = 0,003$); у лиц с инвалидностью статистически значимо превышение числа сопутствующих заболеваний ($t = -2,2, p = 0,03$); нет зависимости числа сопутствующих заболеваний от продолжительности болезни и длительности диспансерного наблюдения ($p > 0,05$).

4) Стабильность фактических посещений выше среди лиц, у которых было запланировано два посещения в год: 98,7 % лиц посещали врача по плану ($\phi = 9,28$ при $p > 0,05$).

5) Приверженность лечению пациентов зависит от их психологических характеристик: нет зависимости числа фактических посещений от пола ($t = 0,3, p = 0,8$), от трудоспособности ($t = -0,2, p = 0,9$), от возраста ($\chi^2 = -0,04, p = 0,6$), продолжительности заболевания ($\chi^2 = 0,02, p = 0,8$), длительности диспансерного наблюдения ($\chi^2 = -0,04, p = 0,6$), сопутствующих заболеваний и обострений ($p > 0,05$); есть прямая корреляция

фактических посещений, а также вызовов скорой и неотложной медицинской помощи с частотой госпитализаций по основному заболеванию, при отсутствии ее с числом обострений; тип посещения не зависит от возраста, пола пациентов, трудоспособности ($p > 0,05$). Кроме того, нет зависимости числа госпитализаций по основному заболеванию от типа посещения ($t = 0,7, p = 0,5$).

6) Диспансерное наблюдение узкими специалистами не более результативно: хотя число фактических посещений статистически значимо выше ($t = -2,8, p = 0,006$), но частота обострений ($t = 0,3, p = 0,7$), сопутствующих заболеваний ($t = 1,6, p = 0,1$), госпитализаций по сопутствующим заболеваниям ($t = 0,3, p = 0,8$), экстренных госпитализаций ($\phi^*_{\text{эмп}} = 0,659, p > 0,05$) статистически не меньше, чем у пациентов, наблюдаемых терапевтом; частота госпитализаций по основному заболеванию и вызовов скорой и неотложной помощи статистически значимо выше в группе пациентов, наблюдаемых узкими специалистами ($t = 4,2, p < 0,001$ и $t = 2,6, p = 0,009$ соответственно).

7) До наступления инвалидности пациенты чаще направляются на оказание специализированной помощи: средняя частота госпитализаций по основному заболеванию у пациентов без инвалидности статистически выше ($t = -2,5, p = 0,01$), при этом средний возраст, который прямо коррелирует с частотой госпитализаций, выше в группе инвалидов ($T = -3,9, p < 0,001$), также в группе инвалидов дольше продолжительность болезни ($t = -2,3, p = 0,02$), больше число сопутствующих заболеваний ($t = -2,2, p = 0,03$), число вызовов скорой и неотложной помощи ($t = -2,7, p = 0,007$); а длительность диспансерного наблюдения ($p = 0,1$), число фактических посещений ($p = 0,6$),

число обострений ($p = 0,2$) без статистически значимой разницы между группами с инвалидностью и без нее.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. 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.
2. 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.
3. Об утверждении статистического инструментария для организации Министрством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья: Приказ Росстата от 21.07.2016 № 355, available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_202418/
4. Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению: Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, available at: <http://mpmo.ru/content/2012/07/%E2%84%96543%D0%BD-%D0%BE%D1%82-15-%D0%BC%D0%B0%D1%8F-2012-%D0%B3.pdf>
5. Сабгайда Т.П., Землянова Е.В. Преждевременная смертность и факторы риска как индикаторы программ снижения смертности в России. Социальные аспекты здоровья населения. 2017; 3 (55): 1–25.

Материал поступил в редакцию 01.03.2018