

ным пародонтитом (клинико-лабораторное исследование)// автореферат диссертации. - Омск.- 2009.- 34с.

5. Шахбазов К.Б. Метод консервативного лечения воспалительных заболеваний пародонта у больных с инсулинзависимым сахарным диабетом// К.Б. Шахбазов //Клиническая стоматология 2009.- N 3.-C.36-38.

6. Hansler F., Salenbauch N. Пародонтология как основа концепции лечения /F. Hansler, N.

Salenbauch// Новое в стоматологии 2015.-N 4.-C.20-29.

7. Mdala I. Comparing clinical attachment level and pocket depth for predicting periodontal disease progression in healthy sites of patients with chronic periodontitis using multi-state Markov models/ I.Mdala, I. Olsen, AD Haffajee, SS Socransky, M. Thoresen, BF de Blasio// J Clin Periodontol. 2014 .-Sep;41(9).- P.837-845.

## ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ОДНОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ В Г. МОСКВЕ. ХАРАКТЕРИСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ.

DOI: [10.31618/ESU.2413-9335.2019.4.62.155](https://doi.org/10.31618/ESU.2413-9335.2019.4.62.155)

**Сандаков Я.П.**

кандидат медицинских наук, доцент, заместитель главного врача по медицинской части, Диагностический центр №3 Департамента здравоохранения г.Москвы, Россия,  
Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, г. Москва

### FOLLOW-UP CARE DUE TO ONE DISEASE IN MOSCOW. SPECIFICATIONS AND PECULIARITIES.

**Sandakov Ya.P.**

*Diagnostic Centre №3 of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation,  
Academy of postgraduate education under FSBU FSCC of FMBA of Russia*

**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 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 ( $\phi^* \text{эмп} = 3.242$ ,  $p < 0,001$ ). Средний возраст пациентов  $68,3 \pm 16,4$  лет. В 81% случаев причиной диспансерного наблюдения являются болезни сердечно-сосудистой системы. Средняя продолжительность болезни по основному заболеванию  $10,5 \pm 6,4$  лет, длительность диспансерного наблюдения -  $6,4 \pm 2,6$  лет ( $t=10,0$   $p < 0,001$ ). 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 ( $\chi^2 = -0,04$   $p=0,6$ ), от 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 - 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; высокое влияние сопутствующих заболеваний на обращаемость за медицинской помощью; регулярность посещений выше среди лиц, которым было запланировано 2 посещения в год; приверженность лечению пациентов зависит от психологических характеристик пациента; диспансерное наблюдение узкими специалистами не более результативно; до наступления инвалидности пациенты чаще направляются на оказание специализированной помощи.

**Aim.** To study the peculiarities of applying for medical care of patients who are under dispensary supervision because of one disease

**Materials and methods.** Analysis of medical records of 402 dispensary patients with one major disease using methods of descriptive and inductive statistics

**Results.** In the studied group of women, 60%, pensioners 77.5%. the proportion of able-bodied men is greater than able-bodied women ( $\phi^* \text{emp} = 3.242$ ,  $p < 0.001$ ). The average age of the patients was  $68.3 \pm 16.4$  years. In 81% of cases, the reason for dispensary observation is diseases of the cardiovascular system. The average duration of the underlying illness is  $10.5 \pm 6.4$  years, the duration of follow-up is  $6.4 \pm 2.6$  years ( $t = 10.0$   $p < 0.001$ ). The average number of planned visits was  $2.0 \pm 0.34$ , actual -  $1.8 \pm 0.5$  ( $t = 5.5$   $p < 0.001$ ). The frequency of actual visits does not depend on the age ( $\chi^2 = -0.04$   $p = 0.6$ ), from the sex ( $t = 0.3$ ,  $p = 0.8$ ), duration of the disease ( $\chi^2 = 0.02$   $p = 0.8$ ), duration of dispensary follow-up ( $\chi^2 = -0.04$   $p = 0.6$ ), concomitant diseases ( $\chi^2 = 0.02$   $p = 0.1$ ). Exacerbations were noted in 87.5% of patients, disability - 43.5%, calls for urgent medical services - in 28.5%, hospitalization - in 28.5%, of which cases of emergency hospitalization - 35.7%.

**Conclusion.** Men of working age are at risk of developing non-infectious chronic diseases; the quality of dispensary follow-up is unsatisfactory; high impact of concomitant diseases on the use of medical care; the regu-

larity of visits is higher among people who were scheduled 2 visits per year; treatment compliance depends on the patient's psychological characteristics; the effectiveness of the dispensary follow-up by specialized doctors is not higher than that of the primary care physician; persons with disabilities are less likely to go to hospital.

**Ключевые слова:** диспансерное наблюдение, диспансерный учет, приверженность лечению.

**Key words:** follow-up care, regular medical check-up, treatment compliance.

### Введение.

На фоне значительного влияния хронических неинфекционных заболеваний на здоровье жителей Российской Федерации [5] и особенностей нормативного регулирования, обуславливающих дисбаланс не в пользу профилактической работы[2], диспансерное наблюдение лиц с хроническими неинфекциоными заболеваниями является одной из основных задач поликлинического звена [3]. 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 [4], но характеризуют, практически, только объем диспансерной работы. Вместе с тем существующими методическими документами, посвященными организации диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими неинфекциоными заболеваниями, определены основные критерии эффективности диспансерной работы [1]. Целью настоящей работы стало изучение характеристик и 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% 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 ( $\chi^2$ ). Расчет критерия углового преобразования Фишера ( $\phi^{*ЭМП}$ ) для оценки различий между процентными долями двух выборок. Достоверность всех критериев принималась при значимости ( $p$ ) меньше 0,05. Статистической 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 ( $\phi^{*ЭМП} = 3,242$ ,  $p < 0,001$ ). Средний возраст  $68,3 \pm 16,4$  лет, мужчин  $66,4 \pm 17,9$  лет, женщин  $69,6 \pm 15,2$  лет (разница не значима  $t = -1,3$   $p = 0,2$ ), трудоспособных  $47,5 \pm 9,9$  лет, пенсионеров  $74,7 \pm 12,5$  лет.

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 пищеварения 9% и болезни органов дыхания 8%, 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 [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности, на втором месте - атеросклеротическая болезнь сердца.

Средняя продолжительность болезни по основному заболеванию  $10,5 \pm 6,4$  лет, у мужчин  $10,6 \pm 6,2$  лет, женщин  $10,4 \pm 6,5$  лет, трудоспособных  $8,3 \pm 5,5$ , пенсионеров  $11,2 \pm 6,5$  лет. Длительность диспансерного наблюдения по основному заболеванию  $6,4 \pm 2,6$  лет, у мужчин  $6,4 \pm 2,4$  лет, женщин  $6,4 \pm 2,7$  лет, у трудоспособных  $5,7 \pm 1,8$ , пенсионеров  $6,5 \pm 2,7$  лет. 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 дольше ( $t = -2,7$ ,  $p = 0,008$ ), а длительность диспансерного наблюдения нет ( $t = -1,9$   $p = 0,06$ ).

За все время диспансерного наблюдения с учетом было снято 1% пациентов, все по причине смены места жительства. Большая часть 96% пациентов находилась под наблюдением врача-терапевта, 4% под наблюдением врачей-специалистов.

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 не значима. 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, наблюдавшихся терапевтом  $1,7 \pm 0,5$  в год, наблюдавшихся узким специалистом  $2,5 \pm 1,0$  посещений 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 ( $\phi^*_{\text{ЭМП}} = 0,63$ ,  $p>0,05$ ), трудоспособности ( $t=-0,001$ ,  $p=0,9$ ).

Пациенты, у которых было запланировано по 2 посещения, в 98,7% посещали врача регулярно, при более частом числе запланированных посещений врача посещали регулярно только 35% ( $\phi = 9,3$  при  $p>0,05$ ).

Среднее число обострений основного заболевания за последние 3 года диспансерного наблюдения составило  $2,95\pm2,7$ , у мужчин  $2,89\pm2,5$ , у женщин  $3,0\pm2,7$ , у трудоспособных  $1,8\pm2,0$ , пенсионеров  $3,3\pm2,8$ . 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 3 изучаемых лет увеличивается: 2015 год –  $0,36\pm0,7$ , 2016 год –  $0,94\pm0,93$ , 2017 –  $1,63\pm1,3$  обострений. Восходящая динамика среднего числа обострений в течение 3 лет статистически значима (ДИ 95%  $b = 0,64$ ,  $0,23 \leq b \leq 1,04$ ,  $p=0,03$ ). Кроме того, статистически значима разница среднего числа обострений в 2015 и 2016 годах, и 2016 и 2017 годах ( $p<0,01$ ).

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  $0,3\pm0,5$ , скорой  $0,27\pm0,49$ , неотложной  $0,04\pm0,2$  вызовов в год. Среднее число вызовов скорой и неотложной помощи у мужчин составило  $0,4\pm0,6$ , женщин  $0,3\pm0,4$ , трудоспособных  $0,3\pm0,6$ , пенсионеров  $0,3\pm0,5$  вызовов в год. 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 ( $t=2,6$ ,  $p=0,009$ ) возможно при дополнительном исследовании.

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  $0,4\pm0,8$  госпитализаций, по основному заболеванию  $0,07\pm0,3$ , по сопутствующим заболеваниям  $0,3\pm0,6$ . Между средним числом госпитализаций по основному и сопутствующим заболеваниям есть статистически значимая разница ( $t=-5,3$   $p<0,001$ ).

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 ( $0,8\pm1,5$ ) статистически значимо выше ( $t=4,2$   $p<0,001$ ), чем у пациентов, наблюдаемых терапевтами ( $0,06\pm0,3$ ). Значимо ( $t=-2,5$   $p=0,01$ ) меньшая частота госпитализаций по основному заболеванию среди инвалидов ( $0,02\pm0,1$  против  $0,1\pm0,5$ ), может косвенно свидетельствовать, что таким образом ведется работа по предотвращению осложнений и, как следствие, инвалидности.

Экстренных госпитализаций по основному заболеванию было выполнено 35,7% от общего числа госпитализаций по основному заболеванию. Разница между средним числом<sup>1</sup> экстренных ( $1,0\pm0,0001$ ) и плановых ( $1,1\pm0,4$ ) госпитализаций по основному заболеванию статистически не значима ( $t=-1,0$   $p=0,4$ ). 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 ( $\phi^*_{\text{ЭМП}} = 0,659$ ,  $p>0,05$ ).

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 ( $49,5\pm6,3$  лет против  $46,1\pm11,7$ ), а у мужчин дольше продолжительность болезни по основному заболеванию ( $9,8\pm6,7$  против  $6,2\pm1,9$  лет) и длительность диспансерного наблюдения ( $6,0\pm2,2$  против  $5,4\pm0,8$ ), также у мужчин выше фактическая посещаемость ( $1,9\pm0,6$  против  $1,6\pm0,5$ ), частота обострений ( $2,2\pm1,9$  против  $1,4\pm1,9$ ), среднее число вызовов скорой и неотложной медицинской помощи ( $0,4\pm0,7$  против  $0,1\pm0,3$ ), частота госпитализаций по основному заболеванию ( $0,12\pm0,6$  против  $0,0$ ). То есть мужчины трудоспособного возраста рань-

<sup>1</sup> Относительно числа госпитализированных

ше приобретают заболевание, требующее диспансерного наблюдения, но попадают под наблюдение намного позже. 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 ( $55,6 \pm 3,8$  лет против  $48,5 \pm 3,5$  лет 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% выше доли женщин трудоспособного возраста 14,2%, 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..

2) качество диспансерного наблюдения неудовлетворительное: нет фактов снятия с учета по выздоровлению; длительность диспансерного наблюдения статистически значимо короче продолжительности заболевания; есть значимый рост среднего числа обострений за 2015-2017 годы; обострения зафиксированы у 87,5% пациентов изучаемой группы, есть слабая прямая корреляция числа обострения с длительностью диспансерного наблюдения без связи с продолжительностью болезни; вызовы скорой и неотложной медицинской помощи были выполнены в течение 1 года к 28,5% пациентов изучаемой группы, обнаружена статистически значимая прямая слабая корреляция частоты обращения за скорой и неотложной помощью с длительностью диспансерного наблюдения и числом фактических посещений при отсутствии корреляции с возрастом и продолжительностью заболевания; за год диспансерного наблюдения было госпитализировано 28,5% пациентов изучаемой группы, но нет связи частоты госпитализаций и длительности диспансерного наблюдения; высокий процент экстренных госпитализаций по основному заболеванию 35,7% при отсутствии зависимости частоты экстренных госпитализаций от возраста, продолжительности болезни, пола,

обострений, вызовов скорой и неотложной помощи, а также диспансерного наблюдения, числа фактических посещений.

3) стабильность фактических посещений выше среди лиц, которым было запланировано 2 посещения в год: 98,7% лиц посещали врача по плану.

4) приверженность лечению пациентов зависит от психологических характеристик пациента: нет зависимости числа фактических посещений от пола, трудоспособности, возраста, продолжительности заболевания, длительности диспансерного наблюдения, обострений; 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, и нет зависимости числа госпитализаций по основному заболеванию от типа посещения.

5) диспансерное наблюдение узкими специалистами не более эффективно: хотя число фактических посещений статистически значимо выше, но частота обострений, сопутствующих заболеваний, экстренных госпитализаций статистически не меньше, чем у пациентов, наблюдавшихся терапевтом; частота госпитализаций по основному заболеванию и вызовов скорой и неотложной помощи статистически значимо выше в группе пациентов, наблюдавшихся узкими специалистами.

#### **Библиографический список**

1. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекциоными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития: методические рекомендации / под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. М.: РОПИЗ 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. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

4. Приказ Росстата от 21.07.2016 N 355 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья»

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.