Сандаков.Я.П.

**Диспансерное наблюдение одновременно по двум заболеваниям
в г. Москве. Характеристики и особенности.**

*Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА
(Россия, Москва)*

doi: 10.18411/sr-10-06-2019-33

idsp: sciencerussia-10-06-2019-33

Аннотация

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, 159 пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении 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 $68,1 \pm 11,6$ лет. 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, $10,8 \pm 6,9$ лет, второго - $9,9 \pm 8,2$ лет. 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. Обострения были зафиксированы у 94,3% пациентов, обращения за скорой и неотложной медицинской помощью - у 71,7%, госпитализации - у 60,4%, экстренные госпитализации - у 36,7%.

Выводы. В группе, 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; длительность болезни, а не возраст влияют на тяжесть состояния; выявлено несвоевременное взятие под наблюдение и неудовлетворительное качество диспансерного наблюдения; приверженность к лечению зависит от индивидуальных установок пациента; наблюдение врачами-специалистами не более результативно, чем врачом-терапевтом.

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

Abstract

Aim. To study the peculiarities of applying for medical care of patients who are under dispensary supervision because of two diseases

Materials and methods. Using the methods of descriptive and inductive statistics, we have analyzed of the information from the medical records of 159 dispensary patients, who are under dispensary supervision because of two diseases.

Results. Of those who were under follow-up care of two diseases, there were more women 58.5% and persons of retirement age 95.5%. The mean age was 68.1 ± 11.6 years. The most common cause of the first disease is cardiovascular diseases (71.7%), second diseases is diseases of endocrine system (52.8%). The average duration of the first disease, which became the cause of dispensary follow-up, was 10.8 ± 6.9 years, the second 9.9 ± 8.2

years. There is no statistically significant difference between the average duration of the disease of pensioners and able-bodied people (for the first disease $t = -0.6$ $p = 0.5$, for the second $t = -0.9$ $p = 0.4$). There was no correlation of age with the duration of diseases: the first ($x^2 = 0.04$ $p = 0.8$) and the second ($x^2 = 0.08$ $p = 0.6$). There is a statistically significant difference between the average duration of diseases and average length of dispensary observation of diseases (first $t = 5.4$ $p < 0.0001$, second $t = 2.6$ $p = 0.012$). Exacerbations were recorded in 94.3% of patients, concomitant diseases in 90.6%, calls for emergency and urgent medical care in 71.7%, hospitalizations in 60.4%, emergency hospitalizations in 36.7%.

Conclusion. In the group under the dispensary supervision of two diseases: persons of pension age predominate; the main reason for dispensary observation are diseases of the cardiovascular system; rare participation of specialized doctors; the main way to identify diseases - medical examination of the population; duration of the disease, not age, affects the severity of the condition; revealed untimely registration and unsatisfactory quality of dispensary follow-up; compliance of treatment depends on the individual characteristics of the patient; the effectiveness of the dispensary follow-up by specialized doctors is not higher than that of the primary care physician.

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

Введение

В последнее десятилетие в Российской Федерации отмечается рост объемов высокотехнологичной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи [1]. Вместе с тем, рост спроса на высокие технологии частично обусловлен неудовлетворительным качеством первичной медико-санитарной помощи [2]. Учитывая, что неотъемлемой частью первичной медико-санитарной помощи является диспансерное наблюдение, анализ его результативности [3] наиболее показателен. Кроме того, изучение характеристик и особенностей диспансерного наблюдения пациентов по двум заболеваниям является актуальным в свете отечественных исследований, доказывающих недостаточную компетентность врачей-терапевтов участковых в области медицинской профилактики, кардиологии, нефрологии, эндокринологии и фармакотерапии внутренних болезней [4,5,6]. 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% 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 независимых выборок доказывалась расчетом критерия Стьюдента (t) при двухсторонней значимости $p < 0,05$. Расчет критерия Пирсона (χ^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 ($\phi^*_{эмп}$) при $p < 0,05$. Предварительно была выполнена выкопировка данных из 159 медицинских карт амбулаторного больного пациентов, находившихся на диспансерном наблюдении 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 $68,1 \pm 11,6$ лет, разница среднего возраста мужчин и женщин статистически не значима ($t=-0,07$ $p=0,9$). Средний возраст трудоспособных лиц $46,8 \pm 13,9$ лет, пенсионеров $69,8 \pm 9,6$ лет.

Наиболее частой, в 71,7% случаев, причиной постановки на диспансерный учет по первому заболеванию являются болезни сердечно-сосудистой системы, причем в 50,9% – это гипертоническая болезнь, а в 15,1% – атеросклеротическая болезнь сердца. Далее с значительным отрывом следуют болезни органов пищеварения 22,6%, из них в 13,2% – это язва 12-перстной кишки. На третьем месте – болезни органов дыхания 3,8%, далее следуют болезни эндокринной системы 1,9%. При этом представляет интерес тот факт, 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 типа с множественными осложнениями. Второе место (22,6%) занимают болезни сердечно-сосудистой системы. По второму заболеванию более 50% пациентов эндокринологического профиля ведет врач-эндокринолог. 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 наблюдает терапевт. 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 пациентами, которым диагноз был установлен впервые ($65,9 \pm 11,0$ лет), и кому диагноз был установлен повторно ($73,3 \pm 11,6$ лет) 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 области профилактики.

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

ния у мужчин трудоспособного возраста меньше ($5,7 \pm 1,2$ лет), чем у женщин ($7,7 \pm 2,5$ лет). Для понимания является ли обнаруженный факт случайным или закономерным требуются отдельные исследования.

Длительность диспансерного наблюдения по первому заболеванию составляет в среднем $8,6 \pm 6,8$ лет, по второму – $8,2 \pm 6,9$ лет (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 $t=5,4$ $p<0,0001$ и второе $t=2,6$ $p=0,012$ заболевания). Это – свидетельство позднего взятия под диспансерное наблюдение лиц, нуждающихся в нем. Средняя длительность диспансерного наблюдения по первому заболеванию составляет у мужчин $8,9 \pm 6,7$ лет, у женщин – $8,3 \pm 6,9$ лет (разница не значима $t=0,3$ $p=0,8$), у трудоспособных $6,5 \pm 1,7$ лет, у пенсионеров – $8,7 \pm 6,9$ лет (разница не значима $t=-0,6$ $p=0,5$). Средняя длительность диспансерного наблюдения по второму заболеванию составляет у мужчин $6,7 \pm 2,8$ лет, у женщин – $9,3 \pm 8,5$ лет (разница не значима $t=-1,3$ $p=0,2$), у трудоспособных $6,3 \pm 1,5$ лет, у пенсионеров – $8,3 \pm 7,1$ лет (разница не значима $t=-0,6$ $p=0,6$).

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

Фактических посещений по первому заболеванию было выполнено за год в среднем $1,8 \pm 0,6$ посещений. Фактических посещений по второму заболеванию было выполнено за год в среднем $1,9 \pm 0,3$ посещений.

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 ($f=0,3$ $p=0,9$), 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 $\chi^2=0,004$ $p=0,98$ заболевание). Фактическая посещаемость не связана с продолжительностью заболевания (первое $\chi^2=-0,02$ $p=0,88$ и второе $\chi^2=0,1$ $p=0,4$ заболевание), длительностью диспансерного наблюдения (первое $\chi^2=-0,05$ $p=0,7$ и второе $\chi^2=0,1$ $p=0,4$ заболевание). То есть за время диспансерного наблюдения не удастся добиться большей приверженности лечению, что косвенно свидетельствует о неудовлетворительном качестве диспансерной работы. Обнаруженная статистически значимая прямая слабая корреляция между частотой фактических посещений по первому заболеванию и второму заболеванию ($\chi^2=0,3$ $p=0,03$) 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.

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 – $3,1 \pm 1,8$ случаев. 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 состояния становятся основной причиной посещений врача.

Вызовы скорой и неотложной помощи за рассматриваемый один год были выполнены к 71,7% пациентам (скорой к 58,5%, неотложной к 34%). Среднее число вызовов скорой и неотложной помощи $1,15 \pm 0,9$ вызовов, 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 ($f=1,08$ $p=0,38$) заболевания, наблюдающего специалиста ($f=0,77$ $p=0,6$), продолжительности первого ($\chi^2=0,1$ $p=0,4$) и второго ($\chi^2=-0,03$ $p=0,8$) заболевания, 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.

За последний год в изучаемой группе было госпитализировано по основному заболеванию 60,4% лиц. Средний возраст госпитализированных по основному заболеванию $68,7 \pm 8,6$ лет, не имевших госпитализации $67,0 \pm 15,2$ лет (нет значимой разницы $t=-0,5$ $p=0,6$). Нет корреляции возраста и частоты госпитализации по основному заболеванию ($\chi^2=0,13$ $p=0,3$). Нет зависимости частоты госпитализаций от продолжительности заболеваний, обострений, обращения за скорой и неотложной медицинской помощью, инвалидности, длительности диспансерного наблюдения по второму заболеванию.

Вызывает озабоченность высокая доля экстренных госпитализаций по основному заболеванию (36,7%). Экстренность госпитализации не зависит от пола (по основному заболеванию $t=-0,99$ $p=0,33$), трудоспособности ($t=-0,23$ $p=0,82$), наблюдающего специалиста ($f=1,8$ $p=0,13$), обращения за скорой и неотложной помощью ($t=0,91$ $p=0,37$), инвалидности ($t=-0,55$ $p=0,59$), регулярности посещений по первому ($t=-0,23$ $p=0,82$) и по второму ($t=0,94$ $p=0,35$) заболеванию. 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 ($\chi^2=0,06$ $p=0,7$).

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 ($\chi^2=0,3$ $p=0,05$), требует отдельного изучения и не поддается объяснению в рамках выполненного исследования. Выявленная связь экстренных госпитализаций с числом обострений ($\chi^2=0,33$ $p=0,014$) предсказуема и говорит 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) основной группой, находящихся под диспансерным наблюдением по двум заболеваниям, являются лица пенсионного возраста.

2) главной причиной постановки на диспансерное наблюдения являются болезни сердечно-сосудистой системы. Также к ведущим причинам постановки на диспансерное наблюдения относятся болезни эндокринной системы и, болезни органов пищеварения.

3) при диспансерном наблюдении по двум заболеваниям отмечается редкое привлечение профильных специалистов, особенно в отношении пациентов с болезнями сердечно-сосудистой системы, при этом диспансерное наблюдение узкими специалистами не более результативно, чем терапевтом.

4) основной путь выявления заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению, является диспансеризация и профилактические медицинские осмотры.

5) отсутствие статистически значимой разницы в продолжительности болезни между пенсионерами и трудоспособными, корреляции возраста и продолжительности болезни косвенно свидетельствует 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.

7) неудовлетворительное качество диспансерного наблюдения: нет фактов снятия с учета по выздоровлению; фактическая посещаемость не зависит от длительности диспансерного наблюдения; обострения зафиксированы у 94,3% пациентов при отсутствии корреляции обострений с длительностью диспансерного наблюдения и числом фактически посещений, имеется статистически значимая разница среднего числа обострений за три года; 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; высокая частота госпитализаций по основным заболеваниям 60,4% при отсутствии корреляции частоты госпитализации по основным заболеваниям с возрастом, продолжительностью болезни, числом обострений,; высокая доля экстренных госпитализаций по основному 36,7% и сопутствующим заболеваниям 39,1%, не зависящих от регулярности и частоты диспансерного посещения на фоне отсутствия корреляции экстренных госпитализаций с возрастом и классом основного заболевания.

8) приверженность к лечению пациентов зависит от психологических характеристик (индивидуальных установок) пациента.

1. Кочубей А.В., Вергазова Э.К. Порядок направления пациентов и финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи. Здравоохранение 2012; 8: 68-73.
2. Комаров Ю.М. Какой должна быть концепция здравоохранения? Главный врач: Хозяйство и право. 2011; 5: 9-14.
3. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития: методические рекомендации / под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. М.: РОПИС 2014; 112.
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. Иванова Н.В., Канорский С.Г. Оценка знаний фармакотерапии врачами-терапевтами на курсах последипломной подготовки // Международный журнал экспериментального образования 2014; 10: 135-138; available at: <https://www.expeducation.ru/ru/article/view?id=6048> (дата обращения: 25.12.2017).
6. Визе-Хрипунова 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.