

На правах рукописи

САНДАКОВ ЯКОВ ПАВЛОВИЧ

МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

14.02.03-общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва – 2020

Работа выполнена в ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России»

Научный консультант:

Кочубей Аделина Владимировна
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, доцент,
руководитель Центра высшего и ДПО
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного
Здоровья им. Н.А. Семашко» Министерства
науки и высшего образования Российской Федерации

Берсенева
Евгения Александровна

доктор медицинских наук, профессор,
советник директора ФГБУ «Национальный
медицинский исследовательский центр
сердечно-сосудистой хирургии
им. А.Н. Бакулева» Минздрава России

Ступаков
Игорь Николаевич

доктор медицинских наук, профессор, профессор
кафедры общественного здоровья и
здравоохранения №1 ФГБОУ ВО «Пермский
государственный медицинский университет
им. Е.А. Вагнера» Минздрава России

Подлужная
Мария Яковлевна

Ведущая организация

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «23» октября 2020 г. в 10:00 часов на заседании диссертационного совета Д208.110.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения РФ (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) по адресу: 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) по адресу: 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, и на сайте института: [Http://mednet/images/stories/files/replay/Sandakov_text.pdf](http://mednet/images/stories/files/replay/Sandakov_text.pdf)

Автореферат разослан «_____» _____ 2020 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Т.П.Сабгайда

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Уровень заболеваемости и смертности взрослого населения в нашей стране определяют болезни, относящиеся к предотвратимым причинам смерти, воздействие на которые приводит к значительному сокращению общей смертности [Какорина Е.П., Ефимов Д.М. и др., 2010]. За последние годы, например, в США снижение смертности приблизительно в половине случаев обусловлено контролем факторов риска, в остальных случаях – применением современных эффективных лечебных методов [Bybee K.A., Stevens T.L., 2013]. Доказано, что проведение мероприятий, сфокусированных на раннем выявлении заболеваний только системы кровообращения среди 200 человек, спасает от скоропостижной смерти одного, что в пересчете на ежегодную смертность снижает число скоропостижных смертей в этой группе вдвое [Oliva A., Brugada R., et al., 2011]. Общациональные программы США, Японии, Канады, Великобритании, Германии, направленные на борьбу с факторами, являющимися ведущими в этиологии и патогенезе социально-значимых заболеваний, приводят к сокращению общей смертности на 20-30% [Shiba N., Shimokawa H., 2011].

В Российской Федерации принцип приоритета профилактики в сфере охраны здоровья закреплён федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ФЗ-323 от 21.11.2011 г. За период с 2013 по 2017 годы произошло увеличение нормативов объемов профилактической помощи, установленных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи с 2,44 посещений до 3,05 посещений на 1 гражданина, и рост средних нормативов финансовых затрат на единицу объема профилактической помощи в амбулаторных условиях с 537,3 рублей до 780,1 рублей на 1 посещение [Кочубей А.В., Ластовецкий А.Г., Цветкова Е.А., 2015].

Кроме того, в нашей стране на снижение преждевременной смертности населения нацелена всеобщая регулярная диспансеризация, как высокоэффективная медицинская технология сбережения здоровья [Бойцов С.А., 2016] и диспансерное наблюдение, особенно значимые в условиях низкой активности россиян в отношении сохранения собственного здоровья [Конаков С.А., 2014; Кочубей А.В., Елин Д.В., 2013; Овод А.И., Солянина В.А., 2016; Пикалов С.М., Королёв С.В., 2014]. Пристальное внимание к диспансерному наблюдению со стороны государства подтверждает ведение мониторинга эффективности проводимых мероприятий по снижению уровня смертности в медицинских организациях, в рамках которого медицинские организации обязаны направлять информацию о числе повторных вызовов скорой помощи на участке к лицам, состоящим под диспансерным наблюдением [письмо Минздрава России от 2 апреля 2015 г. №17-9/10/2-1002].

В то же время многочисленные работы отечественных авторов обнаруживают низкую результативность диспансерного наблюдения [Бойцов С.А., Вылегжанин С.В., 2015; Стародубов В.И., Калининская А.А. и др., 2007], низкий охват диспансерным наблюдением, нерегулярность наблюдения, неудовлетворенность пациентов, несвоевременное взятие на диспансерный учет [Егорова О. В., 2011], неполное обследование и отсутствие информирования о дате очередного осмотра диспансерных больных, формальный подход к работе с лицами, находящимися под диспансерным наблюдением, в отношении приверженности лечению [Арефьев А.А., 2010; Бурлаков С.Д., 2008, Есауленко, С. Н., 2009; Александрова Л.М., 2016; Бойцов С.А., Чучалин А.Г., 2014]. При этом вопросы организации диспансерного наблюдения изучены недостаточно.

Степень разработанности темы. Работы отечественных авторов, затрагивающих вопросы организации диспансерного наблюдения, исследуют ведение учётной документации [Зелионко А.В., 2015]; соблюдение требований нормативных документов, регулирующих проведение диспансерной работы в медицинской организации, адекватность нормативного правового

регулирования современных клиничко-диагностических подходов к лечению и реабилитации ряда заболеваний, заинтересованность участковых врачей-терапевтов в методической поддержке по организации и выполнению диспансерного наблюдения [Королева Т.А., 2010]; взаимодействие участковых врачей-терапевтов и врачей-специалистов [Агамов З.Х., 2013]; затраты рабочего времени участкового врача-терапевта на профилактическую работу [Гасанова А.З., 2012]; связь недостатков диспансерного наблюдения с увеличением сроков временной нетрудоспособности, ростом числа госпитализаций, вызовов скорой помощи, посещений врачей поликлиники [Маликов В.Е. 2015]; зависимость качества диспансерного наблюдения от объемов финансирования профилактических мероприятий [Шамсеева Г. А., 2010].

Вместе с тем практические рекомендации по улучшению организации диспансерного наблюдения зачастую сводятся к созданию электронных баз, содержащих информацию о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением, введению в график приема врачей-терапевтов диспансерных дней. Иные рекомендуемые меры: создание наглядных информационных материалов для пациентов, привлечение средств массовой информации для повышения медицинской активности населения, проведение просветительских мероприятий с представителями работодателя, стимулирование социальной и профессиональной активности медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений – несомненно оказывают положительное влияние на здоровье населения, но в отношении организации диспансерного наблюдения носят формальный характер.

Вышеперечисленное служит обоснованием целесообразности и актуальности настоящего исследования.

Цель исследования: на основе комплексного исследования здоровья взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением, и организации диспансерного наблюдения сформировать инновационную модель диспансерного наблюдения взрослого населения.

Задачи исследования

1. Изучить заболеваемость хроническими неинфекционными заболеваниями взрослого населения, включая находящихся под диспансерным наблюдением, по данным обращаемости.

2. Изучить особенности ведения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, обуславливающими инвалидность и смертность.

3. Провести оценку диспансерного наблюдения по сведениям отчетных и учетных форм.

4. Изучить социально-гигиеническую характеристику пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением, их удовлетворенность качеством диспансерного наблюдения и приверженность лечению.

5. Выявить недостатки действующего нормативного правового регулирования диспансерного наблюдения взрослого населения.

6. Определить критерии качества диспансерного наблюдения на уровне врача и медицинской организации (городской поликлиники).

7. Разработать Структурно-функциональную модель диспансерного наблюдения в городской поликлинике и Принципиальную схему движения пациента, находящегося под диспансерным наблюдением, и оценить ее эффективность.

Научная новизна исследования

1. Подтверждены закономерности и тенденции общей и первичной заболеваемости неинфекционными болезнями взрослого населения и его отдельных возрастных групп города Москвы и обслуживаемого на базовой территории. Выявлены сходства и особенности в картине общей и первичной заболеваемости взрослого населения, его отдельных групп в городе Москве и на базовой территории.

2. Описаны основные тренды и противоречия развития диспансерного наблюдения. Несмотря на уменьшение доли взятия на диспансерный учет, обусловленной снижением первичной заболеваемости взрослого населения

города Москвы за 2012-2016 гг., и увеличение доли снятия с диспансерного учета в условиях пожизненного наблюдения по большинству заболеваний по причине роста смертности, доля лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, от числа пациентов с зарегистрированным заболеванием стабильна.

Проведен анализ взаимовлияния критериев эффективности диспансерного наблюдения. Не выявлено достоверных связей количества вызовов скорой помощи и показателей смертности прикрепленного населения, что не позволяет считать динамические изменения представленных явлений взаимозависимыми.

3. Выявлены и систематизированы недостатки организации диспансерного наблюдения и факторы, влияющие на эффективность диспансерного наблюдения, включая приверженность лечению. Обнаружена несостоятельность традиционных показателей диспансерного наблюдения и критериев эффективности диспансерного наблюдения, а также их сбора и контроля.

4. Обнаружено влияние социально-гигиенических факторов на удовлетворенность диспансерным наблюдением, а также приверженность лечению.

5. Обнаружены особенности нормативного регулирования диспансерного наблюдения, снижающие эффективность диспансерного наблюдения. Описана действующая модель организации диспансерного наблюдения взрослого населения. Установлено, что действующая модель организации диспансерного наблюдения взрослого населения содержит ошибки в распределении функций между участниками системы, в организации проведения и контроля качества результата) диспансерного наблюдения на уровне врача и медицинской организации.

6. В ходе проведения экспертной оценки определены критерии качества диспансерного наблюдения на уровне врача и на уровне медицинской организации с учетом способности критерия измерять конкретно влияние

диспансерного наблюдения на здоровье пациентов диспансерных групп, и чувствительности в отношении сохранения здоровья пациентов диспансерных групп (т.е. улучшение показателей критерия улучшит сохранение здоровья пациентов) и антифальсификационной устойчивости.

7. Предложена собственная структурно-функциональная модель диспансерного наблюдения взрослого населения, направленная на формирование приверженности лечению лиц, находящихся под диспансерным наблюдением. Определены тенденции изменения показателей критериев качества диспансерного наблюдения по результатам внедрения Структурно-функциональной модели диспансерного наблюдения взрослого населения на уровне медицинской организации и Принципиальной схемы движения (маршрутизации) диспансерного больного в городской поликлинике.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Теоретическая и практическая значимость исследования состоит в установлении необходимости пересмотра текущей Концепции диспансерного наблюдения и разработки организационно-методических подходов к организации работы с лицами, страдающими хроническими неинфекционными заболеваниями, в рамках иной Концепции, предусматривающей формирование приверженности лечению.

С учетом обнаруженных недостатков организации диспансерного наблюдения взрослого населения, существующей удовлетворенности качеством диспансерного наблюдения и приверженности лечению диспансерных больных разработаны инновационные Структурно-функциональная Модель и Принципиальная схема движения диспансерного больного диспансерного наблюдения взрослого населения.

Выявленные особенности развития диспансерного наблюдения позволили обнаружить несостоятельность используемого в практике контроля качества диспансерного наблюдения на уровне врача и медицинской организации (городской поликлиники). Предложены критерии качества диспансерного наблюдения, являющиеся адекватными в отношении цели медицинской

помощи, оказываемой в рамках диспансерного наблюдения, способные объективно измерить исключительно влияние диспансерного наблюдения на улучшение сохранения здоровья пациентов и устойчивые к фальсификации.

Разработано и внедрено программное средство для сбора и управления диспансерным наблюдением – реестр диспансерных больных с автоматизированной функцией составления ежемесячного списка пациентов, подлежащих очередному осмотру в рамках диспансерного наблюдения.

Составлены информационные материалы для пациентов диспансерных групп и членов их семей по повышению приверженности лечению.

Практическое значение настоящей исследовательской работы заключается в возможности использования выводов и практических рекомендаций для оценки качества диспансерного наблюдения на уровне врача или медицинской организации, а также для совершенствования диспансерного наблюдения в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты, полученные в ходе исследования, использованы при подготовке нормативных правовых документов, информационных материалов и решений органами исполнительной власти в сфере здравоохранения, медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь.

Разработанные научно обоснованные мероприятия используются в работе ГБУЗ «Диагностический центр №3», ГБУЗ «Городская поликлиника №36», ГБУЗ «Городская поликлиника №23», городских поликлиник Министерства здравоохранения Перми и Пермского края, Российского геронтологического научно-клинического центра ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

Автоматизированная программа управления персональными данными лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, внедрены в деятельность ГБУЗ «Диагностический центр №3» и его филиалов, ГБУЗ «Городская поликлиника №23», ГБУЗ «Городская поликлиника №36».

Результаты исследования используются в научно-педагогической деятельности кафедр «общественного здоровья и здравоохранения», «инновационного медицинского менеджмента», «экономики и маркетинга в здравоохранении» Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Российского геронтологического научно-клинического центра ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Справки о внедрении в Приложении А к диссертации.

Методология и методы исследования

Научная работа выполнена согласно поставленным задачам на базе диагностического центра №3 Департамента здравоохранения города Москвы. *Объект исследования:* система охраны здоровья и организации медицинской помощи взрослому населению, страдающему хроническими неинфекционными заболеваниями.

Предмет исследования: показатели состояния здоровья, взрослого населения; показатели организации и эффективности диспансерного наблюдения; удовлетворенность пациентов диспансерным наблюдением; социально-гигиеническая характеристика пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению; приверженность пациентов диспансерному наблюдению.

Для обоснования актуальности темы исследования использован поисковый метод сбора, аналитический и логический методы, контент-анализ. В исследовании использованы социально-гигиенические методы исследования: контент-анализ, наблюдения, анализа, изучение и обобщения имеющегося опыта, организационного эксперимента, выкопировки данных из медицинских и информационно-статистических документов, анкетирования. Используются методы анализа временного ряда, пошаговой регрессии, прогнозирования, статистические методы. Статистический анализ данных, расчеты показателей и наглядное представление результатов исследования проведены с помощью программ MSOffice Excel 2007, IBM SPSS v.22.0.

Положения, выносимые на защиту

1. Изменения общей заболеваемости по некоторым классам болезней в диспансерной группе не идентичны соответствующим временным колебаниям аналогичных показателей у прикрепленного населения, что обусловлено особенностями организации диспансерного наблюдения.

2. Организация диспансерного наблюдения взрослого населения характеризуется низкой эффективностью диспансерного наблюдения, крайне слабым взаимодействием врача-пациента, отсутствием направленности на формирование приверженности лечению.

3. На результат диспансерного наблюдения взрослого населения оказывают влияние одновременно социально-гигиенические факторы и недостатки организации диспансерного наблюдения взрослого населения.

4. Действующая модель организации диспансерного наблюдения взрослого населения неполноценна и обуславливает недостатки проведения диспансерного наблюдения взрослого населения.

5. Традиционные Показатели качества, Критерии эффективности диспансерного наблюдения взрослого населения и Опросы удовлетворенности пациентов не обладают должной чувствительностью для оценки качества (результативности) диспансерного наблюдения на уровне врача и медицинской организации, а также трудоемки для использования в повседневной практике.

6. Реализация разработанной Структурно-функциональной модели диспансерного наблюдения взрослого населения в городской поликлинике способствует формированию группы лиц, обладающих приверженностью лечению, и улучшению их здоровья.

Степень достоверности и апробация работы. Достоверность результатов основана на разностороннем анализе научно-исследовательских работ, существующих по предмету исследования, а также использованием апробированного научно-методического аппарата.

Полученные результаты сопоставимы с данными тематически родственных научно-практических исследований. О достоверности свидетельствует применение аналитических методов доказательств, качественная и количественная репрезентативность исходного материала, применение статистических методов, широкая апробация результатов в научной печати, на международных и региональных научных и практических мероприятиях профессионального сообщества врачей.

Апробация материалов исследования. Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены:

Международный уровень:

1. Международная научная конференция «Фундаментальные и прикладные исследования в медицине», 2-5 октября 2017 года, Сочи.
2. Международная научная конференция «Современные проблемы клинической медицины», 10-16 мая 2017 года, Чехия (Прага).
3. XXXVII Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы науки XXI века», 29 сентября 2017 года, Москва.
4. V международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы и перспективы развития медицины», 11 мая 2018 года, Омск.
5. Международная научно-практическая конференция «Новации в медицине и фармакологии», 25 марта 2018 года, Рязань.
6. Международная научная конференция теоретических и прикладных разработок «Научные разработки: евразийский регион». г.Москва, 16 марта 2019 г;
7. Международный научный форум «Наука и инновации – современные концепции» г. г.Москва, 6 марта 2019 г.
8. XLVII Международная конференция Евразийского Научного Объединения «Наука и Современность 2019», Январь 2019, г.Москва.
9. XV Международная научно-практическая конференция «Наука России: Цели и задачи», 10 июня 2019 г. Екатеринбург.

Региональный уровень: на медицинских конференциях и коллегиях Департамента здравоохранения города Москвы, на заседаниях Ученого совета Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА.

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием методологии и методов исследования, 6 глав собственных результатов, заключения с выводами и практическими рекомендациями, списка литературы и приложений. Рукопись изложена на 331 странице, включая приложения, иллюстрирована 41 рисунком, включает 61 таблицу. В работе использовались 285 источников, включая 151 отечественных авторов.

Личный вклад автора в получении научных результатов, изложенных в диссертации, состоит в разработке программы и методики исследования, составлении учетных документов сбора информации, анализе собранных сведений и описании полученных результатов, обосновании системы мероприятий, направленных на улучшение диспансерного наблюдения взрослого населения, оценки ее эффективности, обосновании выводов, практических рекомендаций и перспектив дальнейших исследований, подготовке публикаций и составляет 100%. Доля участия автора в сборе и обработке статистического материала – 90%. Общий вклад автора – 95%.

Публикации. По результатам исследования опубликовано 35 научных работ, в том числе 20 статей в изданиях, включенных в перечень ведущих рецензируемых изданий (ВАК), 4 статьи в изданиях, входящих в реферативные базы Scopus, Web of science.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Глава 1 имеет два раздела: «организация диспансерного наблюдения при хронических инфекционных заболеваниях» и «приверженность лечению». Выполненный обзор научных, научно-практических и учебных изданий демонстрирует, что распространённость ХНИЗ в Российской Федерации растет, лица обоих полов, разных возрастных групп, различного социально-

экономического статуса подвержены развитию ХНИЗ. Несмотря на активизацию профилактической работы по предотвращению заболеваемости, инвалидности, смертности по причине ХНИЗ в нашей стране, ее результаты низкие. Качество диспансерного наблюдения подвергается критике: почти половина лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, отмечают ухудшение здоровья, наблюдается позднее выявление коморбидной патологии, запущенность хронической патологии, четверть диспансерных больных обращаются в скорую медицинскую помощь, самой частой причиной посещения лечащего врача больными, находящимися на диспансерном наблюдении, является обострение заболевания, удовлетворенность диспансерных больных не превышает 75%.

Неудовлетворительный результат диспансерного наблюдения обусловлен несвоевременным и неполным взятием на диспансерный учет, нерегулярностью наблюдения, неполным обследованием, отсутствием динамической оценки клинических и лабораторных данных, плохим информированием пациентов, в том числе о дате очередного планового посещения, недостаточностью санитарно-просветительной работы среди диспансерных больных, несоответствием ведения диспансерных больных утвержденным рекомендациям и лечению современным клиническим рекомендациям, неадекватной фармакотерапией, негативным отношением к профилактической работе медицинского персонала. Все перечисленные недостатки организации диспансерного наблюдения фактически свидетельствуют об отсутствии работы по формированию приверженности лечению в рамках диспансерного наблюдения. При этом доказано, что соблюдение приема назначенных лекарственных средств является ключевым препятствием в борьбе с проблемами общественного здравоохранения, и необходимо использовать все доступные методы в рамках своей практики для повышения приверженности лечению.

В свою очередь ведущей причиной обнаруженных недостатков организации диспансерного наблюдения является формальный подход к учету

и анализу результатов диспансерного наблюдения, отсутствие адекватных критериев качества диспансерного наблюдения, несоответствие учетных форм по диспансерному наблюдению требованиям статистического учета, устаревшие нормативные и методические документы, регламентирующие организацию диспансерного наблюдения при ХНИЗ. Вышеперечисленное указывает на неполноценность текущей концепции диспансерного наблюдения, изучение которой отечественными исследователями не проводилось. Учитывая, что в России наиболее значимым фактором в смертности от ХНИЗ является несоблюдение рекомендаций врача, актуальным является создание инновационной концепции диспансерного наблюдения, предполагающей формирование приверженности лечению у диспансерных пациентов.

В главе 2 описаны методы и методология, по которым выполнялась диссертационная работа. Научное исследование выполнялось в течение 2011-2018 годов на кафедре инновационного медицинского менеджмента Института повышения квалификации ФМБА России (Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России) в соответствии с планом научно-исследовательских работ на базе Диагностического центра №3 Департамента здравоохранения города Москвы. Объектом исследования стала организация диспансерного наблюдения взрослого населения, страдающего хроническими неинфекционными заболеваниями. Предметом исследования были выбраны показатели состояния здоровья взрослого населения, показатели организации и эффективности диспансерного наблюдения, удовлетворенность пациентов диспансерным наблюдением, социально-гигиеническая характеристика пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению, приверженность пациентов диспансерному наблюдению. Комплексное социально-гигиеническое исследование выполнялось поэтапно и имело многоступенчатый характер. Комплексный характер исследования определил объекты научного наблюдения и анализа: взрослое население, находящееся под диспансерным наблюдением; организация диспансерного наблюдения при оказании первичной медико-санитарной помощи.

Методика проведения научного исследования представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Методика проведения научного исследования

<i>Методы наблюдения и сбора информации</i>	<i>Источник получения сведений</i>	<i>Предмет анализа</i>	<i>Основная цель анализа</i>
1 этап Исследование особенностей организации медицинской помощи взрослому населению, страдающему хроническими неинфекционными заболеваниями, с целью профилактики обострений и осложнений (2011-2018 гг.)			
Аналитический обзор отечественных и зарубежных источников литературы (273)			
2 этап Оценка здоровья взрослого населения и лиц, находящихся на диспансерном учете (2012-2015 гг)			
сплошное описательное исследование, выкопировка данных	статистические отчетные формы за 2006-2016 гг. по Москве и по дц№3 «сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» (ф.12), «сведения о временной нетрудоспособности» (ф.16-вн) за 5 лет	- общая и первичная заболеваемость ХНИЗ взрослого населения и лиц, подлежащих диспансерному наблюдению - заболеваемость с временной утратой трудоспособности взрослого населения и лиц, подлежащих диспансерному наблюдению	- определить тенденции и прогнозное изменение общей и первичной заболеваемости ХИНЗ взрослого населения и лиц, подлежащих диспансерному наблюдению - выявить особенности заболеваемости с ВУТ взрослого населения и лиц, подлежащих диспансерному наблюдению - определить профиль ведущей патологии, подлежащей диспансерному наблюдению, у взрослого населения
3 этап комплексная оценка организации диспансерного наблюдения (2011-2016 гг.)			
сплошное и выборочное аналитическое исследование контент – анализ,	- нормативные правовые документы - статистические отчетные формы за 2006-2016 гг. по Москве и по ДЦ№3	- порядок проведения диспансерного наблюдения - показатели организации и	- определить структуру и тенденции изменения показателей диспансерного учета (взятия, в т.ч. из впервые выявленных, снятия) - определить тенденции изменения

<i>Методы наблюдения и сбора информации</i>	<i>Источник получения сведений</i>	<i>Предмет анализа</i>	<i>Основная цель анализа</i>
выкопировка данных	<p>«Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» (Ф.12) за 5 лет</p> <p>- учетная форма № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"</p> <p>Учетная форма №025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», 608 пациентов</p> <p>- отчеты ДЦ№3 по мониторингу эффективности мероприятий по снижению уровня смертности, проводимых в медицинских организациях государственной системы</p>	критерии эффективности диспансерного наблюдения	<p>критериев эффективности диспансерного наблюдения, наличие взаимосвязи между ними</p> <ul style="list-style-type: none"> - уточнить объективность сведений отчетных форм в отношении критериев эффективности и показателей ДН - сравнить показатели ДН и критерии эффективности ДН при наблюдении у врача-терапевта и врача-специалиста - сравнить показатели ДН и критерии эффективности ДН при наблюдении у одного специалиста, двух специалистов - оценить показатели ДН и критерии эффективности ДН лиц, находившихся на ДН из числа умерших на дому - определить недостатки организации ДН

<i>Методы наблюдения и сбора информации</i>	<i>Источник получения сведений</i>	<i>Предмет анализа</i>	<i>Основная цель анализа</i>
	здравоохранения Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению		
4 этап оценка социально-гигиенических характеристик пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, их удовлетворенности диспансерным наблюдением и приверженности лечению (2014-2016 гг.)			
выборочное опросное исследование, анкетирование	- анкеты 640 пациентов, находящихся на ДН	- социально-гигиенические характеристики - медицинская активность - удовлетворенность диспансерным наблюдением - приверженность лечению	- оценить здоровье лиц, находящихся на ДН - определить факторы, влияющие на ДН - оценить удовлетворенность ДН, их приверженность лечению; - оценить объективность самооценки приверженности, опросов удовлетворенности качеством ДН
5 этап поиск критериев качества диспансерного наблюдения и разработка Структурно-функциональной модели диспансерного наблюдения взрослого населения в городской поликлинике, Принципиальной схемы движения диспансерного пациента, системы организационных мероприятий, направленных на недостатки организации диспансерном наблюдении (2015-2016 гг.)			
- выборочное опросное исследование, экспертное оценивание,	- заключения экспертов - результаты собственных	- критерии качества диспансерного наблюдения	- определить перечень критериев качества диспансерного наблюдения - построить структурно-функциональную модель диспансерного наблюдения

<i>Методы наблюдения и сбора информации</i>	<i>Источник получения сведений</i>	<i>Предмет анализа</i>	<i>Основная цель анализа</i>
- аналитическое исследование, организационный эксперимент	исследований	- недостатки организации диспансерного наблюдения и факторы, негативно влияющие на диспансерное наблюдение	взрослого населения в городской поликлинике, Принципиальную схему движения диспансерного больного, систему организационных мероприятий, нивелирующих недостатки организации диспансерного наблюдения и факторы, влияющие на диспансерное наблюдение
6 этап оценка эффективности внедрения системы организационных мероприятий (2016-2018 гг.)			
- аналитическое исследование, организационный эксперимент, - выборочное опросное исследование, анкетирование	- ежемесячные отчеты по эффективности ДН за 1,5 года - анкеты 1300 ¹ пациентов диспансерной группы, прошедших очередной осмотр	- критерии качества диспансерного наблюдения - критерии приемлемости диспансерного наблюдения для пациентов	- оценить изменение состояния здоровья лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, их приверженность лечению

¹ 650 человек при первой оценке и 650 человек при второй оценке

При решении задач диссертационного исследования выполнены типологическая и количественная классификация и группировка учетных признаков, проверка собранной информации и логический контроль. Для наглядного отображения и легкости восприятия данных использованы графические методы: построение гистограмм с группировкой, с накоплением (столбчатые, линейные), круговых (секторных) диаграмм простых, с вторичной линейчатой, 3М; построение таблиц, построение схем.

В работе использованы статистические методы: вычисление средних и относительных величин, ошибки репрезентативности относительного показателя, средней ошибки относительного показателя, определения достоверности различия средних и относительных величин, равномерности распределения признака, корреляционный анализ, сопоставление двух выборок по частоте встречаемости интересующего признака. Значимость полученных коэффициентов признавалась при $p < 0,05$. Использовались программные продукты Microsoft Excel 2010 «Пакет анализа» и SPSS версия 22.

В **главе 3** представлены результаты анализа показателей общей и первичной заболеваемости неинфекционными заболеваниями взрослого населения города Москвы и населения, обслуживаемого в ДЦ№3. Анализ подтвердил тенденции и закономерности, демонстрируемые в иных отечественных исследованиях.

В трудоспособном возрасте болезнями, определяющими заболеваемость, являются болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни пищеварения, а у лиц возраста старше трудоспособного – болезни системы кровообращения, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни органов дыхания, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.

Общая заболеваемость болезнями системы кровообращения статистически достоверно ($p < 0,05$) выше у лиц старше трудоспособного возраста, чем у трудоспособного населения на протяжении всего рассматриваемого периода (2012-2016 гг.). Также достоверно выше ($p < 0,05$) у лиц старше трудоспособного возраста, чем у трудоспособного населения в 2012-2016 годах общая заболеваемость болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, хронической ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными болезнями. Общая заболеваемость острым инфарктом миокарда статистически выше в группе старше трудоспособного возраста в 2013-2016 годах, но достоверно ниже в 2012 году. В большинстве своем показатели заболеваемости имеют отрицательную динамику и не наблюдается их прогнозного роста. За пятилетний период произошло статистически достоверное ($p < 0,05$) снижение заболеваемости неинфекционными заболеваниями у трудоспособного населения. Статистически достоверный ($p < 0,05$) рост общей заболеваемости новообразованиями за рассматриваемый период отмечен у взрослого населения в целом, а также у трудоспособного населения и лиц старше трудоспособного возраста. У трудоспособного населения отмечается статистически достоверный ($p < 0,05$) рост общей заболеваемости за 2012-2016 годы врожденными аномалиями (пороки развития), деформациями и хромосомными нарушениями, а у лиц старше трудоспособного возраста – болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм.

Анализ заболеваемости с ВУТ обнаружил тенденцию к снижению средней длительности случаев временной нетрудоспособности как у мужчин, так и у женщин.

Внимание привлекают: статистически достоверный ($p < 0,05$) рост общей заболеваемости новообразованиями, болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм у взрослого населения Москвы; положительная динамика первичной заболеваемости

острым инфарктом миокарда населения старше трудоспособного возраста города Москвы; рост заболеваемости болезнями эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E89) взрослого населения Москвы; преобладание в структуре заболеваемости болезнями костно-мышечной системы у трудоспособного населения деформирующих дорсопатий взрослого населения Москвы и прикрепленного к ДЦ№3; разница динамики показателей общей заболеваемости по некоторым классам болезней в диспансерной группе и у прикрепленного населения; устойчивая тенденция к увеличению доли временной нетрудоспособности у женщин трудоспособного возраста в структуре показателей заболеваемости системы кровообращения.

В главе 4 проведена оценка диспансерного наблюдения взрослого населения путем анализа показателей организации и критериев эффективности диспансерного наблюдения по сведениям отчетных форм и учетных форм. Анализ статистической отчетности показал, позитивную картину диспансерного наблюдения. Отмечается устойчивое достоверное снижение количества вызовов скорой помощи в расчете на прикрепленное население. В целом и по отдельным классам болезней происходит уменьшение относительного числа, состоящих на Д учете. При этом сомнение в позитивности картины вызывает тот факт, что доля лиц, состоящих на Д учете, от лиц с зарегистрированным заболеванием стабильна. Так как Д наблюдение по большинству заболеваний пожизненно, то рост снятия с Д учета может свидетельствовать об увеличении смертности лиц, состоящих на Д-наблюдении.

Действительно, анализ данных мониторинга в период с 2015 по 2017 гг. демонстрирует прогнозируемое увеличение уровня показателей смертности прикрепленного взрослого населения с сезонным увеличением величины показателей в осенне-зимний период. Среди негативных тенденций среди показателей смертности от отдельных причин наибольшее значение имеет увеличение смертности от ишемической болезни сердца, несмотря на

проводимые профилактические мероприятия по ранней диагностике и коррекции факторов риска в отношении неинфекционных заболеваний.

О несостоятельности отчетных данных в отношении эффективности диспансерной работы говорит анализ сведений учетных форм пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением. Он показывает, что качество диспансерного наблюдения неудовлетворительное: нет фактов снятия с учета по выздоровлению; длительность диспансерного наблюдения ($6,4 \pm 2,6$ лет) статистически значимо короче продолжительности заболевания ($t=10,0$ $p<0,001$); есть значимый рост среднего числа обострений за 2015-2017 годы ($b = 1,57$, $0,57 \leq b \leq 2,57$, $t_b=120 > 12,7$, $p=0,04$); 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 частоты 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. 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% пациентов, невролога – 13,2%. Но, следует отметить, что 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 ($\varphi^*_{эмп} = 0.659$, $p>0,05$) 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).

Кроме того, сравнительный анализ критериев эффективности диспансерного наблюдения пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением, и лиц, находившихся под диспансерным наблюдением из числа умерших на дому, показал, что диспансерное наблюдение не обеспечивает формирования приверженности лечению: статистически значимо выше число обострений, вызовов скорой и неотложной медицинской помощи, госпитализаций по основному и сопутствующим заболеваниям, экстренных госпитализаций в группе умерших ($p<0,001$) при достоверно более длительном диспансерном наблюдении, большем числе плановых и фактических посещений в данной группе.

Глава 5 содержит три раздела. В первом разделе при изучении социально-гигиенических характеристик установлено, что: средний возраст диспансерного больного $54,4\pm 12,5$ лет, чаще это женщина, состоит в браке, имеет среднее специальное образование, работает 5 дней в неделю, причем должность и характер выполняемой работы соответствует уровню образования, и работа чаще нравится, собственным материальным благополучием не доволен, но жизненным приоритетом считает здоровье, без

вредных привычек, инвалидность не имеет. Самой частой вредной привычкой является курение, на которое указали 27,6% респондентов. Несмотря на то, что большинство состоящих на диспансерном наблюдении – женщины, мужчины трудоспособного возраста составляют группу риска по неблагоприятному исходу неинфекционных хронических заболеваний: разница в возрасте мужчин в группе умерших и живых не значима: умершие 65,8±13,8 лет, живые 66,3±17,8 лет, $t=-0,21$ $p=0,83$. Психологические индивидуальные особенности пациента определяют его низкое взаимодействие с врачом, а также завышенную самооценку приверженности лечению. Однако, низкая осведомленность о ЕМИАС.инфо, высокая занятость, финансовая состоятельность обусловлены социальными характеристиками пациентов. Это подтверждается тем, что нерегулярность посещений в изучаемой группе диспансерных больных обусловлена высокой занятостью работающих, доля которых 56,3%. Не выполнение рекомендаций врача у 16% работающих респондентов и 47,6% неработающих обусловлено финансовым неблагополучием ($\chi=25,6$ $p=0,001$). Также среди работающих затруднения при покупке лекарств испытывают 8,8%, среди не работающих – 38,6% ($\chi=54,3$ $p=0,0001$). Отдельно следует отметить среди пациентов, состоящих на диспансерном учете, 41,3% пенсионеров и 30% инвалидов, а также на преобладание не довольных материальным благополучием (62,6%). Нерегулярность посещений также объясняется респондентами необходимостью неоднократного посещения поликлиники для записи к врачу с помощью инфоматов. При этом 82% пациентов старше 50 лет, 76% лиц с незаконченным высшим, средним или незаконченным средним образованием, 63% пенсионеров, 100% домохозяек, 87% рабочих, не знают или не могут осуществить самостоятельно запись к врачу с помощью системы ЕМИАС.инфо. Незаконченное высшее образование имеют 3,8%, среднее специальное 47,5%, среднее 8,8%, незаконченное среднее 1,3%. В исследуемой группе было 41,3% – пенсионеры, 17,2% – рабочие, 8,8% – домохозяйки.

Во втором разделе при изучении удовлетворенности медицинским обслуживанием выявлена высокая удовлетворенность респондентов медицинским обслуживанием, диспансерным наблюдением, даны позитивная оценка возможности попасть на прием к врачу, отношения врача и другого персонала поликлиники, большинство респондентов говорят о понятном объяснении схемы лечения и диагностики, обсуждении планируемых результатов, информировании о дате предстоящего посещения и при пропуске запланированного визита, большая группа респондентов указывает на улучшение здоровья. Вместе с тем среди позитивно настроенных респондентов высока доля тех, кто обращается в другие медицинские организации, причем платно, по причине лучшего качества медобслуживания, меньшего времени ожидания и комфортности. Среди удовлетворенных диспансерным наблюдением 15,6% сообщили, что их не информируют о дате предстоящего посещения, а 33,3% - не информируют о пропуске запланированного посещения. Из числа удовлетворенных диспансерным наблюдением 38,5% отметили, что их здоровье не изменилось, а из числа скорее удовлетворенных диспансерным наблюдением 70,4% сообщили об отсутствии изменений, 3,7% об его ухудшении. Респонденты более молодого возраста негативнее высказывались о времени ожидания, информировании, отношении персонала, объяснениях врача. Эти же респонденты в большинстве своем отметили, что выбирают другие медицинские организации по причине лучшего качества медпомощи. Лица старшего возраста более негативно оценивали достаточность времени приема, дали более негативную оценку объяснений врачом схемы и результатов лечения. Для большинства лиц старшего возраста причиной обращения в другие медицинские организации были более комфортные условия.

В третьем разделе при изучении приверженности лечению лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, установлено, что 30% респондентов не знают, что состоят на диспансерном наблюдении. Средний возраст респондентов, не знающих о собственном диспансерном учете,

значимо меньше ($t=-3,6$ $p=0,0001$), чем лиц, осведомленных о нахождении на Д-учете. Из числа респондентов, указавших, что находятся на диспансерном наблюдении, 31,3% не знают ведущего их врача-специалиста, 25% не знают заболевание, по поводу которого находятся на диспансерном наблюдении. То есть, 63,8% не обладают информацией, которая должна быть доведена до пациента при осуществлении диспансерного наблюдения. Для большинства 83,8% причиной посещения врача в рамках диспансерного наблюдения является обострение заболевания.

В качестве причин, объясняющих снижение приверженности лечению, респонденты чаще указывают варианты, свидетельствующие о низкоэффективном взаимодействии врача и пациента. Больше половины (54,3%) респондентов указали, что не выполняют рекомендации врача из-за отсутствия доверия или желания, или объяснений врача, а также обращения к самолечению, или непонимания назначений врача. О плохом взаимодействии врача и пациента говорят ответы респондентов о причинах пропуска запланированных визитов. Не видят смысла, не имеют желания, не находят свободное время, занимаются самолечением, забывают, отдают приоритет дачному времяпровождению, пропускают запланированное посещение из-за отсутствия обострения или нежелания беспокоить врача 97,4% от числа респондентов, пропускающих запланированные посещения к врачу. Только 2,2% связывают свои пропуски с трудной доступностью врача. Респонденты более молодого возраста склонны реже соблюдать рекомендации врача ($f=3,5$ $p=0,03$) и чаще указывают причины, свидетельствующие о низком взаимодействии врача и пациента ($f=5,2$ $p=0,0001$).

Высказанные объяснения причин пропуска посещений врача и невыполнения рекомендаций согласуются с наиболее популярным мотивом, побуждающим к регулярности посещений. Большинство респондентов (37,2%) указали, что видимый результат диспансерного наблюдения является стимулом к регулярному посещению, а 22,5% - внимательное участливое отношение врача. Даже 47,2% респондентов, ответивших, что пропускают

запланированные визиты из-за отсутствия свободного времени, выбрали видимый результат, как мотив к регулярным посещениям. О несформированной приверженности лечению говорит высокий процент (55,1%) госпитализаций в течение года наблюдения. Причем госпитализаций по причине самообращения было больше всего (37,6%), по скорой помощи 10%.

Параллельное изучение удовлетворенности медицинской помощью и приверженности лечению показывают, что результаты опросов не обладают объективностью, они завышены.

В главе 6 два раздела. В первом разделе изучены положения нормативных правовых документов, регулирующих организацию диспансерного наблюдения. Выявлены расхождения между отдельными нормами, зафиксированными в документах федерального уровня и уровня субъекта РФ. Количество нормативных правовых документов велико, информация в них носит чаще разрозненный и фрагментарный характер.

Во втором разделе обоснована актуальность инновационной концепции организации диспансерного наблюдения. На модели текущей организации диспансерного наблюдения показана несостоятельность оценки качества (результативности) диспансерного наблюдения: критерии результативности диспансерного наблюдения имеют низкую достоверность, трудоемки, необъективны для оценки результативности, технически неприемлемы в существующей информационной системе, сведения форм государственной отчетности фиксируют объем работы в рамках диспансерного наблюдения и не дают оценить его результат (улучшение здоровья). Обнаружено, что цели существующей Концепции диспансерного наблюдения и Концепции медицинской помощи идентичны. Если Концепция диспансерного наблюдения предполагает достижение того же результата, что и медицинская помощь, то не следует регламентировать диспансерное наблюдение как особый частный процесс. Исходя из известной проблемы общественного здоровья россиян: «основная причина смертности – хронические

заболевания», имеющих знания и практического опыта об «управляемости смертности от хронических заболеваний» и о том, что «единственным эффективным инструментом в управлении хроническими заболеваниями, при их наступлении, является приверженность лечению», а также, что «низкая приверженность лечению является одной из проблем общественного здоровья россиян», Концепцией диспансерного наблюдения взрослого населения должно стать «формирование приверженности лечению у лиц с конкретными хроническими заболеваниями, находящихся на Д-наблюдении» (рисунок 1).

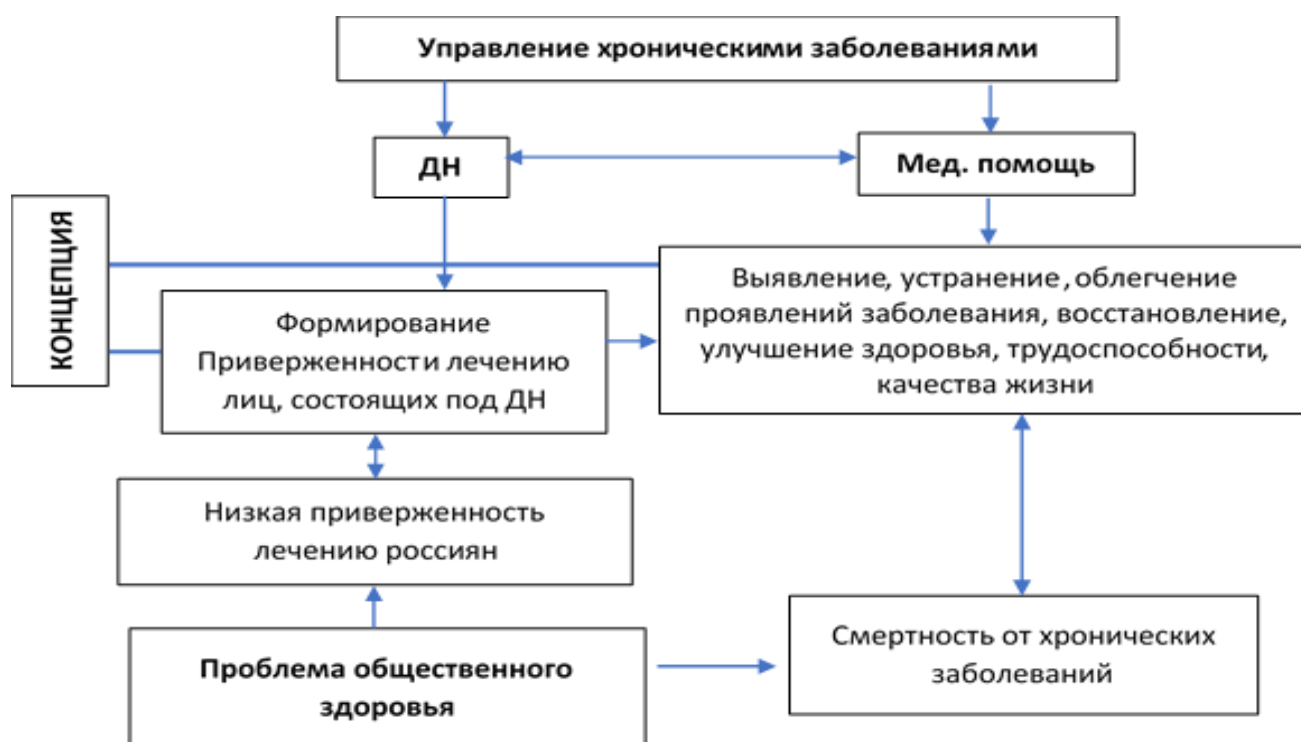


Рисунок 1 – Причинно-следственное обоснование Концепции Диспансерного наблюдения

При этом реализуется и Концепция медицинской помощи, оказываемой в рамках диспансерного наблюдения.

Глава 7 посвящена поиску критериев результативности диспансерного наблюдения на уровне врача и медицинской организации. Для оценки качества диспансерного наблюдения на уровне врача наиболее приемлемой является оценка приверженности лечению. Для рутинной практики для оценки приверженности лечению приемлемы вопросы, касающиеся постоянно принимаемых препаратов. Эти вопросы показали наибольшую

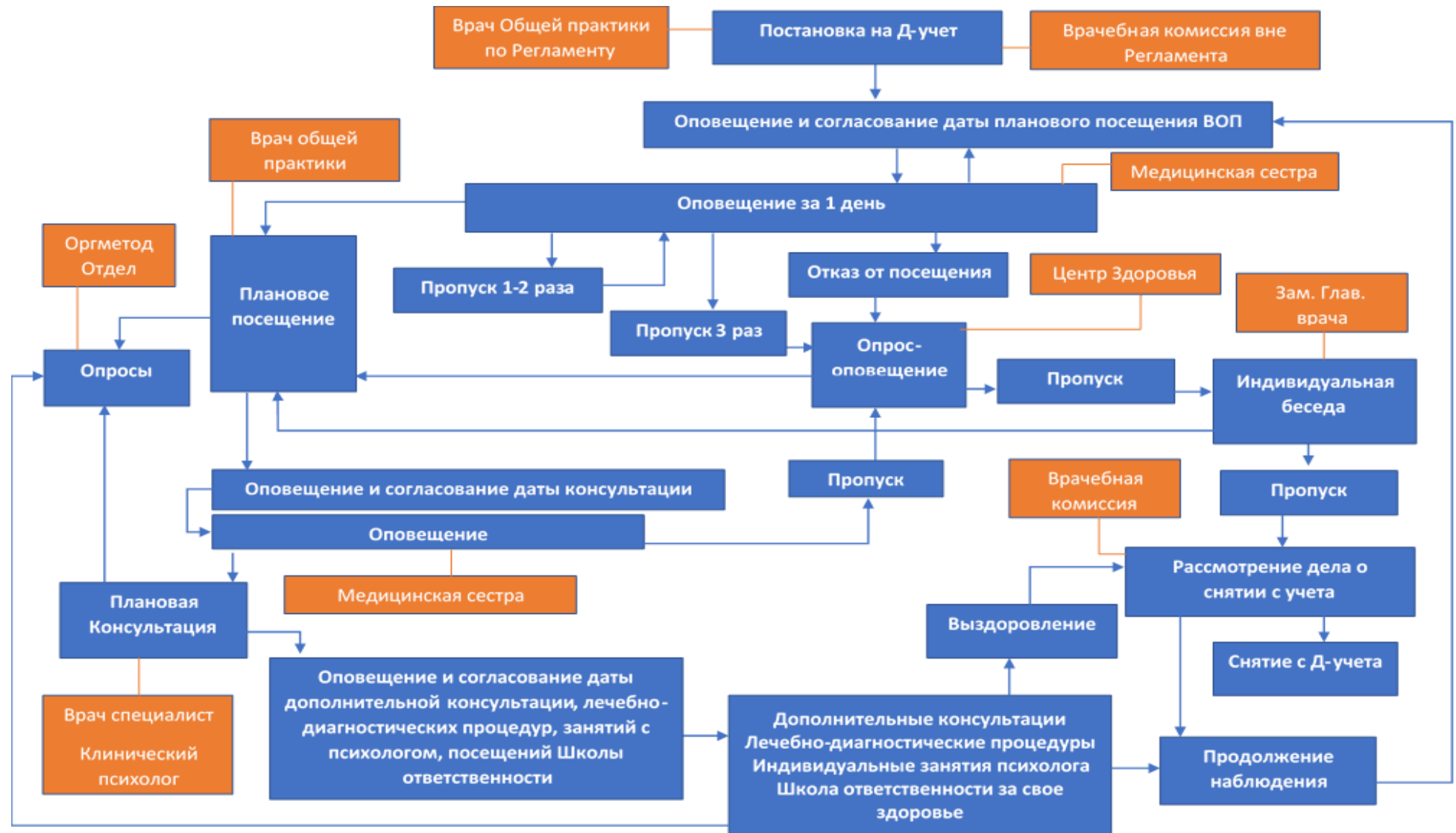
тождественность с результатами опроса по Мориски-Грин ($r=0,57$ $p<0,001$), сведения об обращении за скорой медицинской помощью, о госпитализациях имели низкую чувствительность. Оценку приверженности лечению диспансерных пациентов, следует проводить через анкетирование, так как данный способ по оценке экспертов оптимальный одновременно по экономичности, трудоемкости, чувствительности ($K=4,9$). Разработанная анкета включала вопросы, которые по содержанию следует отнести к событийным (фактическим), по функциям - к контрольным, по форме - к прямым.

Оптимальный критерий качества диспансерного наблюдения на уровне медицинской организации не найден. При условии представления персонифицированных сведений от станций скорой помощи и стационаров критерии снижение числа вызовов скорой помощи и частоты госпитализации могли бы использоваться, учитывая высокую оценку экспертами адекватности и объективности измерения в отношении достижения улучшения здоровья пациентов диспансерных групп, антифальсификационной устойчивости.

Эффективность собственных разработанных мероприятий оценивалась по всем критериям, предложенным экспертами: снижение числа вызовов скорой медицинской помощи среди взрослого населения, состоящего на Д-наблюдении, сокращение числа госпитализаций лиц, состоящих на Д-наблюдении по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний, уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, состоящих на Д-наблюдении; своевременность взятия больных на Д-учет; приверженность лечению пациентов диспансерных групп.

Глава 8 имеет два раздела. Первый раздел посвящен обоснованию собственной Структурно-функциональной модели и сопряженной с ней принципиальной схеме движения Д-пациента в городской поликлинике (рисунок 2).

Рисунок 2 – Принципиальная схема движения Д-пациента



Главное отличие собственной Структурно-функциональной модели диспансерного наблюдения направленность деятельности всех структур модели на формирование и обеспечение приверженности лечению пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением. Например, для заместителя главного врача - Индивидуальная беседа с лицами Д-групп, систематически пропускающих плановые посещения; для врача общей практики и врачей-специалистов – направление на консультацию клинического психолога, информирование Оргметод отдела о пропуске плановых посещений; для медицинских сестер – оповещение и согласование дат плановых посещений, консультаций, иных лечебно-диагностических процедур, информирование Оргметод отдела и Центров здоровья о пропусках плановых посещений ВОП; для Оргметод отдела – формирование ежемесячных списков-графиков плановых посещений, консультаций, сведений о пропусках плановых посещений и консультаций, анализ опросов приверженности лечению; для Центров здоровья – проведение опросов приверженности лечению, проведение опросов-оповещений пациентов Д-групп, систематически пропускающих плановые посещения, контроль посещений пациентов Д-групп, систематически пропускающих плановые посещения однократно после опроса-оповещения и после индивидуальной беседы заместителя главного врача; для Клинического психолога - консультация (оценка приверженности) в течение первых трех месяцев при постановке на Д-учет и по направлению врачей, ведение групповых и индивидуальных занятий; для иных подразделений - информирование Оргметод отдела о пропуске посещений для получения лечебно-диагностических процедур лицами Д-групп.

Также число структур, задействованных в предлагаемой модели больше и для них четко определены их функции. В разработанную Структурно-функциональную модель диспансерного наблюдения взрослого населения в городской поликлинике включены: Врачебная комиссия,

Клинический психолог, Организационно-методический отдел, Медицинская сестра, Центр здоровья.

Новым в разработанной Структурно-функциональной модели является создание непрерывного контура взаимодействия с пациентом Д-группы. Даже при отказе от плановых посещений лечащего врача в Структурно-функциональной модели информация не может быть скрыта или искажена лечащим врачом ради получения «правильных» показателей. В существующей модели пациент диспансерного наблюдения предусмотрено взаимодействие с лечащим врачом, по направлению с врачом-специалистом, и только по жалобе с руководителем медицинской организации.

Оценка качества (результативности) диспансерного наблюдения на уровне врача и на уровне медицинской организации осуществляется одновременно несколькими структурами. Ключевую роль в оценке (результативности) диспансерного наблюдения на уровне врача играет организационно-методический отдел, который разрабатывает анкеты для опроса пациентов, проводит анализ результатов опроса и информирует руководство о приверженности лечению и о приемлемости Д-наблюдения (доступности, уважительного отношения, ожидаемых результатов) пациентами Д-групп, также собирает и анализирует показатели о снятии с Д-учета по причине смерти, по причине выздоровления, по причине систематического пропуска плановых посещений. Функция проведения опроса возложена на Центр здоровья. Заместитель главного врача осуществляет принятие управленческих решений по аналитическим отчетам организационно-методического отдела.

То есть функция контроля качества диспансерного наблюдения, формируемого на уровне врача и медицинской организации, в разработанной Структурно-функциональной модели является комплексной, не сосредоточена в руках объекта контроля.

В отличие от существующей модели ДН в структурно-функциональной модели четко выделена персональная информационная поддержка пациентов

Д-групп, которую осуществляют медицинская сестра, центры здоровья, на определенном этапе – заместитель главного врача.

В Структурно-функциональной модели предусмотрена возможность снятия с диспансерного учета по причине систематического отказа от плановых посещений. Подобной возможности нет в существующей модели ДН. Функция решения вопроса снятия с Д-учета при систематическом отказе от плановых посещений в рамках Д-наблюдения возложена на Врачебную комиссию. Отметим, что снятие с Д-наблюдения не является отказом от оказания медицинской помощи по обращению. Разница заключается в том, что к лицам, снятым с Д-учета, не применяются меры, относящиеся к организационному процессу Д-наблюдения: они не включаются в списки-графики плановых посещений, не информируются о нем, не консультируются клиническим психологом, не участвуют в опросах, данные по ним не включаются в аналитические отчеты по качеству Д-наблюдения.

Второй раздел главы 8 содержит сведения по оценке эффективности реализации предлагаемой модели диспансерного наблюдения, выполненную через полгода и год от момента внедрения. Оценка эффективности модели проводилась на основании сведений, полученных при опросе 1300 пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении и посетивших лечащего врача после введения модели, а также изучения их медицинских карт амбулаторного больного.

Следствием внедрения модели стало уменьшение частоты обострений, снижение экстренных госпитализаций с одновременным ростом числа пациентов, отличающихся приверженностью лечению, увеличение доли пациентов, обращающихся в запланированные сроки диспансерного посещения врача с профилактической целью: через 6 месяцев после внедрения мероприятий их число равнялось 43,7%, через 8 месяцев – 46,2%, через 10 месяцев – 51,8%, 12 месяцев – 56,3%, 14 месяцев – 58,5%, 16 месяцев – 64,5%, 18 месяцев – 66,9%. Средний срок постановки на учет до введения мероприятий составлял 4,1 год. При первой оценке эффективности

мероприятий разница между годом выявления заболевания и постановкой на учет составила $3,6+1,56$ лет, при второй оценке – $13+3,3$ недели. Значительного снижения обращений за скорой и неотложной помощью не произошло, но наблюдается изменение структуры вызовов с переориентацией вызовов в сторону отделений неотложной медицинской помощи (таблица 2), что говорит об уменьшении случаев обращения, связанных с угрозой жизни.

Таблица 2 – обращения за скорой и неотложной медицинской помощью

Критерий	До мероприятий	После мероприятий через	
		6 мес.	18 мес.
Доля пациентов, обратившихся за скорой и неотложной медицинской помощью среди взрослого населения, состоящего на Д-наблюдении, из них	28,5%	24,6%	22%
скорой	26%	12,3%	6,9%
неотложной	3,5%	14,6%	15,4%
Среднее число вызовов скорой и неотложной медицинской помощи среди взрослого населения, состоящего на Д-наблюдении на 1 пациента, из них	$0,3+0,5$	$0,36+0,72$	$0,25+0,51$
скорой	$0,27+0,49$	$0,12+0,33$	$0,07+0,25$
неотложной	$0,04+0,2$	$0,25+0,65$	$0,18+0,46$

Уменьшилась доля пациентов, отмечающих обострения, а также среднее число обострений на 1 пациента. До внедрения мероприятий обострения были зафиксированы у 86% пациентов Д-групп, после 6 месяцев от внедрения мероприятий у 84,8%, после 18 месяцев – у 51,2%. Среднее число обострений на 1 пациента (из пациентов, имевших обострение) до мероприятий составляло $2,15+1,03$, через 18 месяцев – $1,18+0,45$ обострений.

Через полтора года от внедрения мероприятий сформировалась группа пациентов, обладающих первичной приверженностью лечению, обеспечивающая отсутствие обострений, обращений за скорой и неотложной помощью, экстренных госпитализаций в течение года. Причем среднее число посещений в год в данной группе пациентов значимо ($t=3.6$ $p=0.001$) уменьшилось ($4,6+2,8$ до введения мероприятий, $2,2+0,8$ посещений через 18 месяцев после), что позволило оптимизировать диспансерную работу. Эффективность модели через 18 месяцев также подтверждается увеличением доли респондентов, знающих ожидаемые результаты лечения от 0 до 54%, препараты, вызывающие синдром отмены, от 0,8% до 53%, и время очередного посещения, от 2,6% до 96%.

ВЫВОДЫ

1. Общая и первичная заболеваемость по всем классам болезней взрослого населения, обслуживаемого на базовой территории, достоверно выше за весь изучаемый период, чем в г. Москве. В г. Москве имеется рост первичной заболеваемости по болезням системы кровообращения, которого нет на базовой территории. В г. Москве отрицательная динамика первичной заболеваемости взрослого населения новообразованиями, на базовой территории – отмечается рост этого показателя.

2. Отмечается низкое взаимодействие врач-пациент (54,3% респондентов не выполняют рекомендации врача из-за отсутствия доверия, желания, объяснений врача, самолечения, непонимания назначений врача), не формируется приверженность лечению (значимо выше число обострений, вызовов скорой и неотложной медицинской помощи, госпитализаций по основному и сопутствующим заболеваниям, экстренных госпитализаций в группе умерших ($p<0,001$) при достоверно более длительном диспансерном наблюдении, большем числе плановых и фактических посещений в данной группе).

3. Обнаруженное в отчетных формах уменьшение относительного числа, состоящих под диспансерным наблюдением в целом и по отдельным классам болезней, при стабильности доли лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, от лиц, с зарегистрированным заболеванием и пожизненным наблюдении по большинству заболеваний, обусловлено ростом смертности лиц, состоящих под диспансерным наблюдением: в период с июня 2015 г. по апрель 2017 линия тренда показателя смертности имеет восходящий характер ($R^2=0.91$). Снижение количества вызовов скорой помощи в расчете на прикрепленное население ($R^2=0.23$, $F_{1,77} < F_{кр5,99}$ $p=0,23$) за указанный период статистически незначимо и не имеет корреляции с изменением показателей смертности прикрепленного населения ($r=0.31$ $p=0.46$).

4. Данные учетных форм свидетельствуют о неудовлетворительном качестве диспансерного наблюдения: нет фактов снятия с учета по выздоровлению; есть статистически значимый рост среднего числа обострений ($b = 1,57$, $0,57 \leq b \leq 2,57$, $t_b=120 > 12,7$, $p=0,04$); обострения зафиксированы у 87,5% пациентов; вызовы скорой и неотложной медицинской помощи были выполнены в течение 1 года к 28,5% пациентов; у 35,7% пациентов экстренные госпитализации по основному заболеванию, у 33,3% - по сопутствующим заболеваниям при отсутствии зависимости частоты экстренных госпитализаций от возраста, продолжительности болезни, срока диспансерного наблюдения, числа фактических посещений ($p > 0,05$); число фактических посещений ($p=0,6$) не влияет на возникновение инвалидности.

5. Средний возраст лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, $54,4 \pm 12,5$ лет. Большинство пациентов диспансерной группы состоят в браке (61,3%), имеют среднее специальное образование (47,5%), работают (56,3%). Среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, 41,3% - пенсионеры. Самой частой вредной привычкой у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, является курение, (27,4% респондентов). В

качестве приоритета жизни на текущий момент 72,5% респондентов обозначили свое здоровье.

6. Удовлетворенность диспансерным наблюдением пациентов необъективна: 88,5% удовлетворены диспансерным обслуживанием, но из них 30% не знают, что состоят на диспансерном наблюдении, а из числа знающих о своем диспансерном наблюдении 25% не знают заболевание, ставшее его причиной, 18,8% обращаются в другие медицинские организации по причине лучшего качества медицинского обслуживания, 46,3% отметили, что их здоровье не изменилось, 3,8% – ухудшилось.

Самооценка приверженности лечению у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, завышена: 50,0% указали, что выполняют рекомендации врача всегда, 47,5% - часто; 28,7% посещают врача в запланированные сроки всегда, 37,5% - часто. Но у 83,8% респондентов причиной посещения в рамках диспансерного наблюдения является обострение заболевания или ухудшение состояния; из общего числа респондентов в течение года были госпитализированы 55,1%, из них по направлению врача поликлиники - 7,5%, бригадами скорой помощи - 10%, при самообращении – 37,6% респондентов.

7. Обнаружены существенные расхождения между положениями нормативных правовых документов федерального и регионального уровней, их переизбыток, фрагментарность, разрозненность, частое и бессистемное внесение изменений.

8. Критерии качества диспансерного наблюдения на уровне врача и медицинской организации должны объективно измерять исключительно влияние диспансерного наблюдения на здоровье пациента и быть устойчивыми к фальсификации. На уровне врача оптимальным критерием качества диспансерного наблюдения является приверженность лечению больных, состоящих на диспансерном наблюдении, на уровне медицинской организации (городской поликлиники) – частота вызовов скорой помощи и частота госпитализаций лиц, находящихся под диспансерным наблюдением,

при условии представления персонифицированных сведений по пациентам от станций скорой помощи и стационаров.

9. Структурно-функциональная модель диспансерного наблюдения в городской поликлинике включает функциональные обязанности всех сотрудников и подразделений, вовлеченных в процесс диспансерного наблюдения, и направлена на формирование и поддержание приверженности лечению лиц, находящихся на диспансерном наблюдении посредством реализации Принципиальной схемы движения диспансерного пациента. Построение Структурно-функциональной модели диспансерного наблюдения в городской поликлинике осуществлено через поэтапную реализацию мероприятий для нивелирования недостатков нормативного регулирования, оценки эффективности диспансерной работы, опросов удовлетворенности и приверженности лечению пациентов; улучшения взаимодействия врач-пациент; смягчения негативного влияния социальных факторов.

10. При реализации Структурно-функциональной модели диспансерного наблюдения и Принципиальной схемы движения пациента, находящегося под диспансерным наблюдением: частота обострений снизилась с 86% до 51,2% случаев ($p=0,001$), среднее число обострений на 1 пациента уменьшилось с 2,15 до 1,18 ($p=0,001$), частота обращений за скорой медицинской помощью упала с 26% до 6,9% случаев, среднее число обращений за скорой медицинской помощью снизилось с 0,27 до 0,07 в год на 1 пациента. Увеличилась доля пациентов, обращающихся в запланированные сроки диспансерного посещения врача с профилактической целью: через 6 месяцев после внедрения мероприятий их число равнялось 43,7%, через 8 месяцев – 46,2%, через 10 месяцев – 51,8%, 12 месяцев – 56,3%, 14 месяцев – 58,5%, 16 месяцев – 64,5%, 18 месяцев – 66,9%. Доля респондентов, знающих схему лечения, увеличилась с 0,8% до 53%, ожидаемые результаты лечения с 0 до 54%, время очередного посещения с 2,6% до 96%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Государственный уровень, Министерство здравоохранения Российской Федерации:

- привести в соответствии с приказом Минздрава России от 29.03.2019 N173н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" приказы Минздрава России, утверждающие Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи для хронических неинфекционных заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению;

- определить Концепцией диспансерного наблюдения взрослого населения формирование приверженности лечению лиц с определенными хроническими неинфекционными заболеваниями;

- установить единый перечень хронических неинфекционных заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению;

- определить как критерий оценки улучшения здоровья диспансерных больных на уровне медицинской организации частоту вызовов скорой медицинской помощи среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением на 1000 диспансерных больных, на уровне врача долю диспансерных больных, приверженных лечению, с учетом их чувствительности, объективной возможности использования (возможности и трудоемкости сбора) и антифальсификационной устойчивости;

- установить показатели (объективные величины) для критериев оценки улучшения здоровья диспансерных больных на уровне медицинской организации и врача;

- ввести в государственные отчетные формы критерий оценки улучшения здоровья диспансерных больных на уровне медицинской организации (частота вызовов скорой медицинской помощи среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением на 1000 диспансерных больных).

2. Региональный уровень, Департамент здравоохранения города Москвы:

- учесть сведения о росте заболеваемости болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм, болезнями кожи и подкожной клетчатки, рост первичной заболеваемости по болезням системы кровообращения, по болезням эндокринной системы, расстройствам питания и нарушения обмена веществ и рост общей заболеваемости новообразований; о преобладании мужчин среди умерших в трудоспособном возрасте лиц, состоявших на диспансерном наблюдении; о преобладании первичной заболеваемости хроническими неинфекционными болезнями в группе трудоспособных;

- привести в соответствии с приказом Минздрава России от 29.03.2019 №173н нормативные и методические документы Департамента здравоохранения г. Москвы, напрямую или косвенно регламентирующие организацию и проведение диспансерного наблюдения лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями;

- внести в ЕМИАС.инфо автоматизированную функцию создания регистра диспансерных больных с возможностью формирования списков пациентов, подлежащих запланированному осмотру, по врачам;

- внести в ЕМИАС.инфо автоматизированную функцию создания персонифицированных списков пациентов, обратившихся за скорой медицинской помощью;

3. Учрежденческий уровень, медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь:

- внедрить на уровне медицинской организации Структурно-функциональную модель диспансерного наблюдения и Принципиальную схему движения диспансерного больного;

- создать реестр диспансерных больных с возможностью формирования списков пациентов, подлежащих запланированному осмотру, по врачам;

- организовать консультации клинического психолога для повышения приверженности лечению;
- организовать информационную поддержку пациентов диспансерных групп в отношении схемы лечения, ожидаемых результатов лечения, очередного посещения;
- проводить оценку качества диспансерного наблюдения на уровне врача по приверженности лечению диспансерных больных;
- ввести в положение об оплате труда критерий качества диспансерного наблюдения для определения стимулирующих выплат врачам общей практики;
- повысить знания врачей по вопросам организации диспансерного наблюдения и улучшения взаимодействия врач-пациент;
- возложить на Врачебную комиссию вопросы постановки и снятия с диспансерного наблюдения, четко не регламентированные нормативными документами;
- использовать при опросах пациентов контрольные вопросы открытого типа, акцентированные на оценке видимого результата диспансерного наблюдения.

Перспективы дальнейшей разработки темы

Перспективы дальнейшей разработки темы лежат в разработке и обосновании новых подходов к организации диспансерной работы; поиске критериев качества диспансерной работы на уровне системы, медицинской организации и врача; обосновании показателей критериев качества диспансерной работы, оптимальных существующему состоянию профилактики неинфекционных заболеваний; изучению влияния на приверженность к лечению состояния организации диспансерной работы и критериев ее качества; поиске внешних факторов, связанных с характеристиками индивида, общества и его институтов, влияющих негативно и позитивно на эффективность диспансерного наблюдения.

СПИСОК ПЕЧАТНЫХ РАБОТ

Публикации в изданиях, рекомендуемых ВАК

1. Модестов, А.А. Оптимизация работы сестринского персонала поликлиник г. Москвы в новых условиях /А.А. Модестов, И.М. Спивак, И.В. Дягилев, **Я.П. Сандаков**, Е.Г. Бирюкова, М.Л. Орешина //Российский педиатрический журнал. – 2016. – Т. 19. № 1. – С. 39-42. (0,25 п.л., авт. – 0,04)
2. Сандаков, Я.П. Актуальность исследований организации диспансерного наблюдения при оказании первичной медико-санитарной помощи /Я.П.Сандаков //Современные проблемы науки и образования. – 2017. –№ 2. – С. 122-131. (0,625 п.л., авт. - 0,625 п.л.).
3. Сандаков, Я.П. Критерии качества диспансерной работы /Я.П.Сандаков, И.В. Дягилев //Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 4. – С. 20-27. (0,5 п.л., авт. - 0,4 п.л.).
4. Сандаков, Я.П. Заболеваемость взрослого населения города Москвы неинфекционными болезнями /Я.П.Сандаков //Пермский медицинский журнал. – 2017. – Т. 34. № 3. – С. 72-77. (0,375 п.л., авт. – 0,375п.л.)
5. Сандаков, Я.П. Заболеваемость взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением /Я.П.Сандаков // Пермский медицинский журнал. 2017. – Т. 34. № 5. – С. 102-106. (0,31 п.л., авт. – 0,31п.л.)
6. Сандаков, Я.П. Оценка эффективности диспансерного наблюдения взрослого населения на основе мониторинга смерти и частоты вызовов скорой помощи /Я.П.Сандаков //Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2017. – Т.14. №4. – С.475-480. (0,375 п.л., авт. – 0,375п.л.)
7. Сандаков, Я.П. Особенности заболеваемости с временной утратой трудоспособности в городе Москве /Я.П.Сандаков //Практическая медицина. – 2017. – №10(111). – С.104-107. (0,25 п.л., авт. – 0,25п.л.)

8. Сандаков, Я.П. Тенденции диспансерного наблюдения взрослого населения за 2012-2016 годы /Я.П.Сандаков //Московский хирургический журнал. – 2017. – №4(56). – С.53-56. (0,25 п.л., авт. – 0,25п.л.)
9. Сандаков, Я.П. Ретроспективный анализ случаев смерти на дому пациентов, находившихся под диспансерным наблюдением /Я.П.Сандаков //Пермский медицинский журнал. – 2018. – Т. 35. № 1. – С. 68-74. (0,44 п.л., авт. – 0,44 п.л.)
10. Сандаков, Я.П. Особенности диспансерного наблюдения по двум заболеваниям /Я.П.Сандаков // Пермский медицинский журнал. – 2018. – Т.35. №2. – С.75-84. (0,625 п.л., авт. – 0,625п.л.)
11. Сандаков, Я.П. Особенности диспансерного наблюдения по одному заболеванию /Я.П.Сандаков //Пермский медицинский журнал. 2018. – Т.35. №3.–С.58-66. (0,56 п.л., авт. – 0,56 п.л.)
12. Сандаков, Я.П. Анализ Критериев эффективности диспансерного наблюдения /Я.П. Сандаков //Пермский медицинский журнал. – 2018. – Т.35. №4.– С.72-76. (0,31 п.л., авт. – 0,31п.л.)
13. Сандаков, Я.П. Нормативное правовое регулирование диспансерного наблюдения взрослого населения города Москвы /Я.П. Сандаков //Клиническая практика. – 2018. – №2. – С.74-79. (0,375 п.л., авт. – 0,375п.л.)
14. Сандаков, Я.П. Изучение удовлетворенности пациентов диспансерных групп медицинской помощью /Я.П. Сандаков //Московский хирургический журнал. – 2018. – №2. – С.43-46. (0,25 п.л., авт. – 0,25п.л.)
15. Сандаков, Я.П. Оценка удовлетворенности пациентов /Я.П. Сандаков, А.В. Кочубей, В.В. Кочубей, О.А. Евдошенко //Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – №3. – С.84-91. (0,5 п.л., авт. – 0,19 п.л.)
16. Сандаков, Я.П. Знание врачей поликлиник клинических рекомендаций в отношении показаний к назначению антигипертензивных

препаратов /Я.П. Сандаков, В.В. Кочубей //Пермский медицинский журнал. – 2019. – Т. 36. № 5. – С. 71-76. (0,43 п.л., авт. – 0,23)

17. Ластовецкий, А.Г. Оценка знаний врачей клинических рекомендаций соблюдения правил клинического измерения артериального давления. /А.Г. Ластовецкий, В.В. Кочубей, **Я.П. Сандаков**, М.А. Иванова //Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2019. – №9-10. –С.41-45. (0,31 п.л., авт. – 0,1 п.л.)

18. Сандаков, Я.П. Роль ферментативной активности первой линии антиоксидантной защиты у пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа при диспансерном наблюдении взрослого населения / Я.П. Сандаков, М.В. Ноянова, Е.В. Олемпиева, А.А. Решетова, А.А. Ефимова //Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2019. – №9-10. –С.41-45. (0,31 п.л., авт. – 0,1 п.л.)

19. Сандаков, Я.П. Знание порядков оказания медицинской помощи организаторами здравоохранения /Я.П.Сандаков, В.В.Кочубей, О.А.Евдошенко //Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – №4. – С.275-289 (0,94 п.л., авт. – 0,5)

20. Сандаков Я.П. Обоснованность изучения порядка направления граждан для оказания высокотехнологичной медицинской помощи клиническими ординаторами /Я.П.Сандаков, В.В.Кочубей, А.А.Дорофеев //Пермский медицинский журнал. – 2020. – Т. 37. № 1. – С. 22-26. (0,31 п.л., авт. – 0,18)

Публикации в изданиях, входящих в зарубежные реферативные базы

21. Сандаков, Я.П. Мероприятия по совершенствованию диспансерного наблюдения /Я.П. Сандаков, А.В. Кочубей //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018.–№6. – С.428-431 (0,25 п.л., авт. – 0,125 п.л.)

22. Сандаков, Я.П. Нарушения метаболизма при хронических неинфекционных заболеваниях и способы их коррекции в ходе

диспансеризации / Я.П.Сандаков //Клиническая лабораторная диагностика. – Том 63, 2018. –№11 – С.683-686. (0,25 п.л., авт. – 0,25п.л.)

23. Сандаков, Я.П., COMPLAINTность больных, находящихся под диспансерным наблюдением /Я.П. Сандаков, А.В. Кочубей //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – №2. – С. 135-138. (0,25 п.л., авт. – 0,125 п.л.)

24. Сандаков, Я.П. Оценка поликлинической реабилитации после эндопротезирования суставов по данным медицинской документации /Я.П. Сандаков, А.В. Кочубей, О.Б.Черняховский, В.В. Кочубей //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020.– №1. – С.101-105 (0,31 п.л., авт. – 0,18 п.л.)

Публикации в других изданиях

25. Сандаков, Я.П. Особенности метаболизма межклеточного матрикса при начальной стадии гипертонической болезни /Я.П.Сандаков, И.В.Дягилев, А.Б.Данилюк, Е.В. Олемпиева //Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. – Москва, 2018. –С.61-63. (0,19 п.л., авт. – 0,05 п.л.)

26. Сандаков, Я.П. Показатели качества диспансерной работы. /Я.П.Сандаков, И.В.Дягилев //Сборник статей XXXVII международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы науки XXI века». – Москва, 2018. – С. 14-18. (0,3125 п.л., авт. – 0,21 п.л.)

27. Сандаков, Я.П. О некоторых аспектах повышения эффективности диспансерной работы /Я.П.Сандаков, И.В.Дягилев //Международный научно-исследовательский журнал «Евразийский Союз Ученых». 2018. – №8 (53) часть 2. – С. 50-52. (0,188 п.л., авт. – 0,125)

28. Сандаков, Я.П. Специфика организации диспансерного наблюдения при оказании первичной медико-санитарной помощи /Я.П.Сандаков, И.В.Дягилев // Международный научно-исследовательский журнал «Евразийский Союз Ученых». – 2018. – №8 (53) часть 2. – С. 52-56. (0,31 п.л., авт. – 0,25 п.л.)

29. Сандаков, Я.П. Лабораторная диагностика латентной формы дефицита железа / Я.П.Сандаков, И.В.Дягилев, А.Б.Данилюк, Е.В. Олемпиева // Актуальные вопросы и перспективы развития медицины: материалы V международной научно-практической конференции. – Омск, 2018. – С.93-94. (0,125 п.л., авт. – 0,06)

30. Сандаков, Я.П. Некоторые вопросы, связанные с организацией мероприятий по дополнительной диспансеризации работающего населения /Я.П. Сандаков //Научные разработки: евразийский регион: материалы международной научной конференции теоретических и прикладных разработок. – Москва, 2019. – С.148-152. (0,31 п.л., авт. – 0,31 п.л.)

31. Сандаков, Я.П. К вопросу о совершенствовании диспансеризации населения в современных условиях развития российского здравоохранения /Я.П.Сандаков// Наука и инновации- современные концепции: сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума. – Москва, 2019. – С.138-142. (0,31 п.л., авт. – 0,31 п.л.)

32. Сандаков, Я.П. Диспансерное наблюдение по одному заболеванию в г. Москва, характеристики и особенности /Я.П.Сандаков //Евразийский союз ученых. – 2019. – № 5 (62). – С. 38-42. (0,31 п.л., авт. – 0,31 п.л.)

33. Сандаков, Я.П. К вопросу о совершенствовании диспансеризации населения в современных условиях развития российского здравоохранения /Я.П.Сандаков //Евразийское научное объединение. – 2019. - № 1 (47). - С. 221-222. (0,125 п.л., авт. – 0,125 п.л.)

34. Сандаков, Я.П., Некоторые вопросы, связанные с организацией мероприятий по дополнительной диспансеризации работающего населения. /Я.П.Сандаков //Евразийское научное объединение. – 2019. - № 1 (47). - С. 221-222. (0,19 п.л., авт. – 0,19 п.л.)

35. Сандаков, Я.П., Диспансерное наблюдение одновременно по двум заболеваниям в г. Москве, характеристики и особенности /Я.П. Сандаков //Сборник научных трудов по материалам XV международной научно-практической конференции «Наука России: Цели и задачи». – Екатеринбург, 2019. – Часть 2. – С.30-35. (0,375 п.л., авт. – 0,375 п.л.)