

**КАШУТИНА МАРИЯ ИГОРЕВНА**

**Детерминанты обращения городского населения  
за медицинской помощью**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,  
медико-социальная экспертиза

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Работа выполнена в отделе укрепления общественного здоровья ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:**

Доктор медицинских наук, доцент

**Концевая Анна Васильевна**

**Официальные оппоненты:**

заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, медицинской профилактики и информатики, проректор по международной и межрегиональной деятельности ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь, доктор медицинских наук, профессор

**Амлаев Карэн Робертович**

профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Медицинского института и профессор кафедры организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены Факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», г. Москва, доктор медицинских наук, профессор

**Кича Дмитрий Иванович**

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Краснодар.

Защита состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г. в \_\_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета 21.1.039.02, созданного на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 101990, г. Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр.3.

С диссертацией можно ознакомиться в читальном зале ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации (101990, г. Москва, Петроверигский пер. 10, стр. 3) и на сайте [www.gnicrptm.ru](http://www.gnicrptm.ru)

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

**Бочкарева Елена Викторовна**

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АГ	– артериальная гипертония
ДИ	– доверительный интервал
ИМТ	– индекс массы тела
МО	– медицинские организации
МП	– медицинская помощь
НИЗ	– неинфекционные заболевания
ОШ	– отношение шансов
ПК	– профилактическое консультирование
СМП	– скорая медицинская помощь
ССЗ	– сердечно-сосудистые заболевания
ФА	– физическая активность
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России	– Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФР	– факторы риска
ЭССЕ-РФ	– исследование «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации»
AUC	– площадь под кривой
IPCDR	– International Project on Cardiovascular Disease in Russia
PSM	– псевдорандомизация методом Propensity Score Matching

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** В соответствии с рекомендациями ВОЗ, создание в стране комплексной системы эпидемиологического мониторинга состояния общественного здоровья, включающей не только оценку ФР, но и других значимых параметров, в том числе показателей работы системы здравоохранения, может являться одним из важнейших инструментов повышения эффективности национальных программ по улучшению качества и продолжительности жизни населения (ВОЗ 2014, Бойцов С.А. 2016). Международный опыт свидетельствует, что комплексная оценка работы МО возможна лишь на популяционном уровне, что позволяет получить информацию не только о лицах, обращающихся за МП, но и о тех, кто не имеет контактов с МО, в том числе профилактических, и оценить возможные причины отсутствия таких контактов (Laws R., et al., 2013).

Обращения населения за МП (контакты населения с МО) являются основой контроля ФР и НИЗ на популяционном уровне (Petersen J., et al., 2020). В соответствии с национальным проектом РФ «Здравоохранение» и государственной программой «Развитие здравоохранения» (2017г) одним из основных направлений развития системы здравоохранения является совершенствование оказания МП населению России, включающее увеличение объемов МП с профилактической целью (Паспорт Национального проекта «Здравоохранение», 2018; Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 №1640). Несмотря на значимость регулярных контактов с МО для здоровья популяции, активность населения не всегда является достаточной, особенно в отношении контактов с профилактической целью (диспансеризация), т.к. каждый конкретный, отдельно взятый пациент, часто не осознает вклада профилактических мероприятий в собственное здоровье (Калинина А.М. и др., 2015).

АГ является одним из важнейших и наиболее распространенных модифицируемых ФР ССЗ, воздействие на которые позволяет снизить сердечно-сосудистую и общую смертность. По данным исследования ЭССЕ-РФ-2, распространенность АГ в России составляет около 44,2%, но, несмотря на значимость этого фактора для состояния здоровья российской популяции, лишь небольшая доля лиц с АГ имеет регулярные контакты с МО. По данным Росстата, основанным на обращаемости населения в МО, официально зарегистрированная заболеваемость АГ взрослого населения составляет около 11,2%, в частности, в 2020г. заболеваемость болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, составила 11191,9 чел. на 100 тыс. населения (Здравоохранение в России, 2021). В связи с этим, изучение

факторов, ассоциированных с контактами городского населения с МО (детерминант), в том числе на примере лиц, имеющих АГ в анамнезе, а также определение организационных барьеров для контактов населения с МО, включая обращения с профилактической целью, является крайне актуальным.

**Степень разработанности темы исследования.** В большинстве работ, посвященных проблеме контактов населения с МО, особенно с профилактической целью, основная оценка деятельности МО осуществляется посредством определения показателей качества и эффективности работы, основанных на данных первичной учетно-отчетной документации (Стародубов В.И. и др., 2016; Калинина А.М. и др., 2018). Однако многократные изменения нормативно-правовой базы проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения существенно затрудняют оценку результатов работы системы медицинской профилактики (Стародубов В.И. и др., 2019), что повышает значимость эпидемиологических методов при изучении обращений населения за МП, в том числе, с профилактической целью (Оганов Р.Г., 2015).

Одним из основных методов сбора данных в эпидемиологических исследованиях является опрос, который может также служить способом получения достоверной информации о контактах населения с МО на популяционном уровне (Legget L.E., et al., 2016). Вместе с тем, лишь немногочисленные научные работы посвящены изучению обращений населения за МП по данным опроса, большинство из которых связаны с оценкой условий и качества оказания МП (Решетников А. В., и др.; 2016; Бузин В.Н. и др., 2020). Имеющиеся же результаты популяционных исследований не освещают детерминанты обращения населения в МО за профилактической помощью (Суворова Е.И. и др., 2020), в связи с чем остаются нерешенными вопросы научного обоснования наиболее рациональных способов оптимизации контактов населения с медицинскими организациями с целью профилактики НИЗ.

**Цель исследования:** исследовать и обосновать детерминанты обращения городского населения за медицинской помощью для последующей разработки научно обоснованных рекомендаций по оптимизации контактов с медицинскими организациями с профилактической целью (на уровне двух регионов).

**Задачи исследования:**

1. Исследовать и сравнить характеристики контактов городского населения с МО с профилактической (прохождение диспансеризации) и иными (посещения врачей разных специальностей) целями, госпитализаций и вызовов СМП.

2. Оценить достоверность опроса городского населения об обращениях за МП на основе количественного анализа посещений, зафиксированных в электронной медицинской документации.

3. Выявить и обосновать организационные барьеры для прохождения диспансеризации городским населением (по данным опроса).

4. Определить и сравнить демографические, социально-экономические и поведенческие детерминанты контактов городского населения с МО с профилактической и иными целями, госпитализаций и вызовов СМП.

5. Выявить и проанализировать демографические, социально-экономические и поведенческие детерминанты получения ПК по рациональному питанию, модификации уровня ФА, снижению веса и отказу от курения городским населением.

6. На примере городского населения, имеющего одно из наиболее распространенных НИЗ в России – АГ, проанализировать характеристики и определить детерминанты его контактов с МО с разными целями.

7. Разработать организационно-функциональную модель по оптимизации контактов городского населения с МО с профилактической целью.

**Научная новизна.** Научно обоснованы демографические, социально-экономические и поведенческие детерминанты обращения городского населения за МП. Выявлено, что реже посещают МО в целом лица более молодого возраста, имеющие постоянную оплачиваемую работу, без пенсионного статуса, с высокой самооценкой уровня собственного здоровья. Определено, что среди городского населения двух регионов лица с АГ в анамнезе лучше осведомлены о реализуемых профилактических мероприятиях (диспансеризации), однако значимых различий в охвате диспансеризацией при сравнении с лицами без АГ не выявлено. Установлено, что детерминантами контактов городского населения с МО с профилактической целью (прохождения диспансеризации) являются женский пол, старший возраст, отсутствие постоянной оплачиваемой работы. Выявлено, что основными барьерами с позиции организации здравоохранения для прохождения диспансеризации городским населением, являются отсутствие осведомленности, временной доступности и низкое качество проводимых мероприятий.

**Теоретическая и практическая значимость.** На основе анализа популяционно-репрезентативной, стратифицированной по полу, возрасту и району проживания выборки городского населения двух регионов России выявлены демографические, социально-экономические и поведенческие детерминанты контактов населения с МО и

разработана научно обоснованная организационно-функциональная модель по оптимизации таких контактов с профилактической целью. Продемонстрирован недостаточный охват городского населения различными видами ПК по основным модифицируемым ФР (нерациональное питание, низкая ФА, ожирение, курение) и выявлены основные детерминанты, влияющие на вероятность получения соответствующего ПК. На основе разработанной организационно-функциональной модели предложены рекомендации, направленные на повышение осведомленности городского населения о диспансеризации, оптимизацию работы МО по приглашению населения на диспансеризацию, устранение организационных барьеров при ее прохождении, повышение квалификации медицинских специалистов по вопросам медицинской профилактики. Разработанные предложения могут применяться при создании и практическом внедрении программ по оптимизации контактов городского населения с МО с профилактической целью на муниципальном и региональном уровнях и будут способствовать повышению охвата населения профилактическими мероприятиями. Информация о выявленных детерминантах получения ПК по ФР и путях повышения качества профилактических мероприятий может быть использована при разработке рабочих программ и учебных модулей для подготовки ординаторов по специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и аспирантов по научной специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза», а также для обучения практикующих специалистов в рамках циклов общего и тематического усовершенствования, что позволит повысить качество профилактической работы как составного элемента диспансеризации.

**Методология и методы исследования.** Методологическая основа исследования, посвященного изучению и анализу детерминант контактов городского населения с МО, представлена общенаучными и специальными методами: аналитическим, статистическим и графическим анализами. На основании полученных результатов сделаны выводы, предложена организационно-функциональная модель по оптимизации контактов населения с МО с профилактической целью и сформулированы рекомендации для внедрения в образовательную и научно-практическую деятельность.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Повышение осведомленности городского населения о реализуемых профилактических мероприятиях, а также повышение их временной доступности и качества ассоциируются с увеличением охвата населения диспансеризацией.

2. При привлечении населения к прохождению диспансеризации важно учитывать низкую приверженность лиц мужского пола, более молодого возраста, работающих, и прилагать дополнительные усилия к повышению мотивации и преодолению барьеров к прохождению диспансеризации, значимых для этих категорий граждан.

3. Городское население, имеющее в анамнезе АГ, характеризуется лучшей осведомленностью о реализуемой в стране диспансеризации по сравнению с лицами без нее.

4. Для обеспечения увеличения охвата населения ПК по основным ФР НИЗ необходимы дополнительные меры, направленные на повышение мотивации населения без выраженных нарушений состояния здоровья.

**Степень достоверности и апробация результатов.** Достоверность результатов исследования подтверждается большим объемом репрезентативной выборки населения (n=4504), применением современных методов статистического анализа данных и большим количеством изученных детерминант. Апробация диссертации состоялась 3 февраля 2022г. на заседании апробационной комиссии ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол №47/2 от 03.02.2022 г.). Основные положения и результаты исследования доложены на российских и международных научно-практических мероприятиях, наиболее значимые из которых: Международная научно-практическая конференция «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России» (Москва, 2020г, 2021г), ESC Preventive Cardiology 2021 (online, 2021г), Всероссийский научный форум с международным участием «Неделя молодежной науки – 2021» (Тюмень, 2021г), XXVIII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» (Москва, 2021г).

**Внедрение результатов исследования.** Результаты исследования использованы в ГБУЗ «Оренбургский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики» при разработке методических рекомендаций для медицинских работников подразделений медицинской профилактики Оренбургской области, в виде лекционного материала в рамках учебного процесса при подготовке ординаторов и аспирантов в Учебном Центре ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», в рамках дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Профилактика основных хронических неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни» Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России.



**Личный вклад автора** заключался в участии в разработке дизайна и составлении программы исследования, сборе информации и формировании двух баз данных – на основе международной базы данных IPCDR и данных первичной медицинской документации жителей г. Архангельска, планировании и самостоятельном проведении последовательного статистического анализа данных, интерпретации полученных результатов. Автором сформулированы выводы, практические рекомендации и положения, выносимые на защиту, а также разработана организационно-функциональная модель по оптимизации контактов городского населения с МО с профилактической целью, подготовлены публикации по результатам исследования.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, в том числе 5 статей в рецензируемых журналах, входящих в Перечень ВАК и международную базу цитирования Scopus, и 9 тезисов.

**Соответствие диссертации паспорту специальности.** Тема научной работы соответствует паспорту специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения (медицинские науки), а именно пунктам 10, 11 и 17.

**Объем и структура работы.** Диссертация изложена на 223 страницах компьютерной верстки, иллюстрирована 29 таблицами и 60 рисунками. Состоит из введения, аналитического обзора литературы, главы, посвященной программе, материалу и методам исследования, трёх глав с результатами собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, словаря терминов и четырех приложений. Список литературы включает 195 источников, в том числе 97 отечественных и 98 зарубежных.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

Во **введении** обоснована актуальность исследуемой проблемы, определены цель и задачи работы, изложены научная новизна, теоретическая и практическая значимость исследования, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

В **первой главе** представлен аналитический обзор литературы, посвященный оценке нормативно-правовой базы, касающейся вопросов организации контактов населения с МО с профилактической и иной целями в России и их финансового обеспечения, а также данных ранее проведенных исследований, анализирующих детерминанты обращения населения за МП. Установлено, что единичные эпидемиологические отечественные исследования, посвященные изучению детерминант контактов населения с МО, оценивают ограниченный перечень социально-

демографических характеристик населения и не изучают детерминанты охвата населения профилактическими мероприятиями (диспансеризацией, ПК).

Во **второй главе** «Программа, материал и методы исследования» описаны два независимых источника данных. Первым источником являлась база данных открытого международного проекта IPCDR (компонент В – эпидемиологическое популяционное исследование «Узнай свое сердце»)<sup>1</sup>. «Узнай свое сердце» – одномоментное эпидемиологическое исследование (2015-2018 гг), которое содержит данные опроса репрезентативной стратифицированной выборки населения г. Архангельска и г. Новосибирска в возрасте 35-69 лет. Опрос включал сбор данных о демографических, социально-экономических и поведенческих характеристиках населения, а также сведения о контактах с МО с разными целями в течение одного года и прохождении диспансеризации. Автором были проанализированы данные 4504 участников об обращениях за первичной медико-санитарной помощью с разными целями, госпитализациях и вызовах СМП. Вторым источником данных являлась электронная медицинская документация МО г. Архангельска за период январь – октябрь 2016 г. Для проведения экспериментальной части исследования с целью оценки достоверности опроса городского населения об обращениях за МП путем выкопировки данных из электронной медицинской документации собирались сведения о госпитализациях и посещениях МО за предыдущий год лицами (n=709), участвовавшими в исследовании «Узнай свое сердце» в г. Архангельске в 2017 г. Программа исследования представлена в таблице 1.

**Объектом исследования** являлись обращения населения за МП. **Предметы исследования** – демографические, социально-экономические и поведенческие детерминанты и организационные барьеры обращения городского населения в МО с разными целями, в том числе с профилактической целью (прохождение диспансеризации). **Единицы наблюдения:** лица, включенные в репрезентативную эпидемиологическую выборку взрослого населения двух городов РФ; случаи госпитализации и посещения врача поликлиники.

**Статистический анализ** проводился в программе IBM SPSS Statistics v.26.0 и включал методы описательной статистики при представлении количественных и качественных данных, сравнительный однофакторный анализ с помощью непараметрических методов при анализе количественных данных (критерии Манна

---

<sup>1</sup> Доступ к информационному хранилищу IPCDR одобрен организационным комитетом

Уитни и Краскела-Уоллиса) и с помощью точного критерия Фишера и критерий  $\chi^2$  Пирсона при анализе качественных данных, бинарную логистическую регрессию с проведением анализа ROC-кривых с определением AUC и точки cut-off для построения прогностических моделей. При формировании дополнительной базы данных для проведения сравнительного анализа данных лиц с АГ и без нее по данным опроса с целью исключения влияния потенциальных конфаундеров применялась PSM.

Таблица 1 – Программа исследования

Задача	Предмет изучения	Материалы исследования и методы сбора информации, объем	Методы исследования
1	Контакты городского населения с МО с разными целями	Электронная база данных, сформированная на основе исследования «Узнай свое сердце». Выкопировка результатов опроса 4504 респондентов по отобранным в соответствии с целью и задачами исследования показателям	Статистический Сравнительный Аналитический
2	Опрос городского населения об обращениях за МП	Электронная база данных, сформированная на основе медицинской документации г. Архангельска. Электронная база данных, сформированная на основе исследования «Узнай свое сердце». Выкопировка данных о контактах с МО за период январь-октябрь 2016 г. участниками исследований «Узнай свое сердце» 2017-го года (n=709)	Статистический Сравнительный Аналитический
3	Организационные барьеры для прохождения диспансеризации городским населением	Сведения из электронной базы данных о причинах неявки на диспансеризацию респондентов, осведомленных о ней и приглашенных на нее (n=230)	Статистический Аналитический Графический
4	Демографические, социально-экономические и поведенческие детерминанты городского населения, с МО с разными целями	Сведения из электронной базы данных о демографических, социально-экономических и поведенческих факторах городского населения, контактировавшего с врачами (n=3244), проходившего лечение в стационарных условиях (n=696), вызывавшего СМП (n=713) в течение года, осведомленного о диспансеризации (n=3575), приглашенного на нее (n=2326) и прошедшего ее (n=2087)	Статистический Сравнительный Аналитический Графический

Продолжение таблицы 1

5	Демографические, социально-экономические и поведенческие детерминанты городского населения, получающего ПК по ФР	Сведения из электронной базы данных о демографических, социально-экономических и поведенческих факторах городского населения, контактировавшего в течение года с МО и получившего ПК по рациональному питанию (n=1469), модификации уровня ФА (n=1213), снижению веса (n=1130) и отказу от курения (n=491)	Статистический Сравнительный Аналитический Графический
6	Демографические, социально-экономические, поведенческие детерминанты городского населения, имеющего АГ в анамнезе, обращающегося за МП с разными целями и получающего ПК по ФР	Модифицированная методом PSM электронная база данных исследования, позволившая обеспечить сопоставимость данных лиц с и без АГ в анамнезе по основным демографическим и социально-экономическим показателям (n=3000, из них лица с АГ – 1500)	Статистический Сравнительный Аналитический Графический
7	Установленные при решении задач 4 и 5 исследования детерминанты контактов городского населения с МО с профилактической целью и получением ПК; выявленные при решении задачи 2 организационные барьеры для прохождения диспансеризации	Результаты, полученные при решении задач 1–6 исследования	Аналитический Графический

**Третья глава** посвящена характеристике контактов городского населения с МО, а также оценке объективности опроса населения о контактах с МО.

Объем популяционной выборки составил 4504 человека. Структура выборки по полу продемонстрировала преобладание женщин: 58,1% – женщины (2617 чел.), 41,9% – мужчины (1887 чел.). Возраст участников исследования составил 55,0 [интерквартильный размах 46,0-63,0] лет.

Определено, что 73,7% городского населения (95% ДИ 72,4%–75,0%) обращались за МП в связи с заболеванием, необходимостью госпитализации или вызова СМП. Выявлено 5 общих факторов, при наличии которых контакты городского населения с МО с разными целями были более регулярными (таблица 2).

В рамках экспериментальной части исследования установлена объективность данных о контактах городского населения с МО, получаемых при опросе. Так, при

опросе об обращении за МП к врачам в течение предшествующих 12 мес. сообщили 70,8% городского населения, по данным медицинской документации этот показатель составил 72,1%,  $p > 0,05$ ; относительно получения МП в стационарных условиях 13,7% и 12,4% соответственно,  $p > 0,05$ .

Таблица 2 – Демографические, социально-экономические и поведенческие характеристики городского населения, имеющего более регулярны контакты с МО с разным целями

Факторы	Контакты с врачами	Контакты с терапевтом	Контакты с кардиологом	Госпитализации	Вызовы СМП
женщины	$p < 0,001$	$p < 0,001$			$p = 0,07$
старший возраст	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
высшее образование	$p = 0,04$				
среднее специальное образование и/или ниже		$p < 0,001$			$p < 0,001$
неработающие	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
пенсионеры	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
низкий уровень дохода	$p < 0,001$	$p < 0,001$		$p = 0,001$	$p < 0,001$
одинокие	$p < 0,001$	$p < 0,001$			$p = 0,02$
не имеют детей				$p = 0,002$	
низкая самооценка здоровья	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
некурящие	$p < 0,001$	$p < 0,001$			
повышенный ИМТ	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
риск злоупотребления алкоголем					$p = 0,01$

*Примечание:* пустые ячейки свидетельствуют об отсутствии ассоциации между видом контакта и анализируемым фактором.

**Четвертая глава** посвящена особенностям контактов населения с МО с профилактической целью и организационным барьерам для прохождения диспансеризации. Контакты с МО с профилактической целью имели лишь 46,3% (95% ДИ: 44,9%–47,8%) городского населения. Чаще проходили диспансеризацию женщины, лица старшего возраста, пенсионеры, неработающие, некурящие ( $p < 0,001$ ) и низко оценивающее состояние здоровье ( $p = 0,02$ ). Установлено, что основными барьерами для прохождения диспансеризации с позиции городского населения являются отсутствие всеобщей осведомленности о диспансеризации и приглашения на нее, низкая временная и территориальная доступность реализуемых профилактических мероприятий и отсутствие уверенности в их эффективности (рисунки 1 и 2).

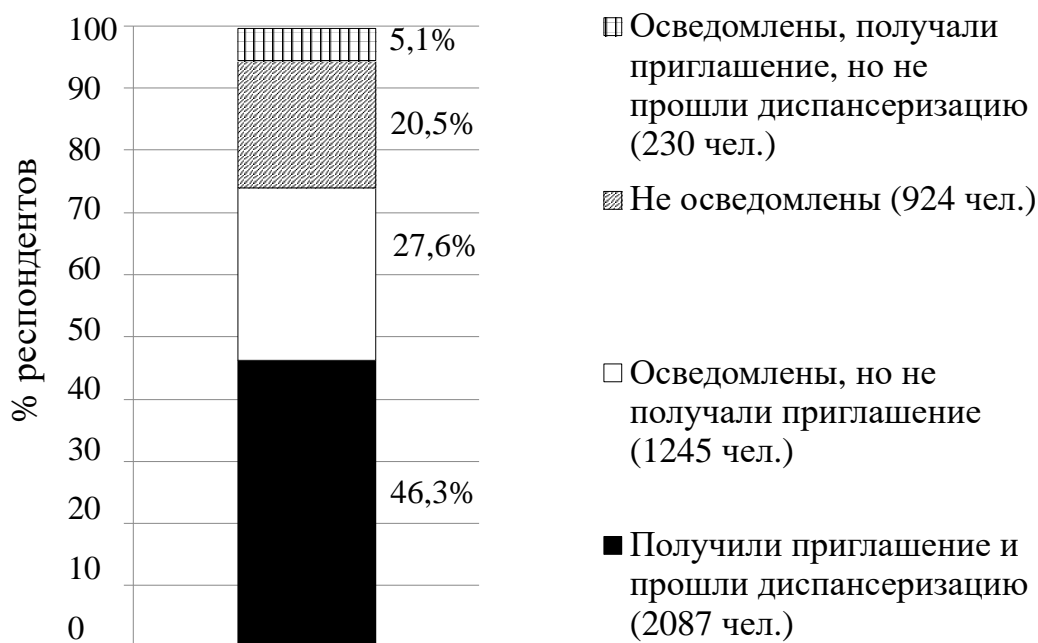


Рисунок 1 – Распределение населения по осведомленности о диспансеризации, приглашении на нее и ее прохождению (n=4504; оставшиеся 0,5% приходятся на жителей, не полностью охарактеризовавших свои контакты с МО с профилактической целью)

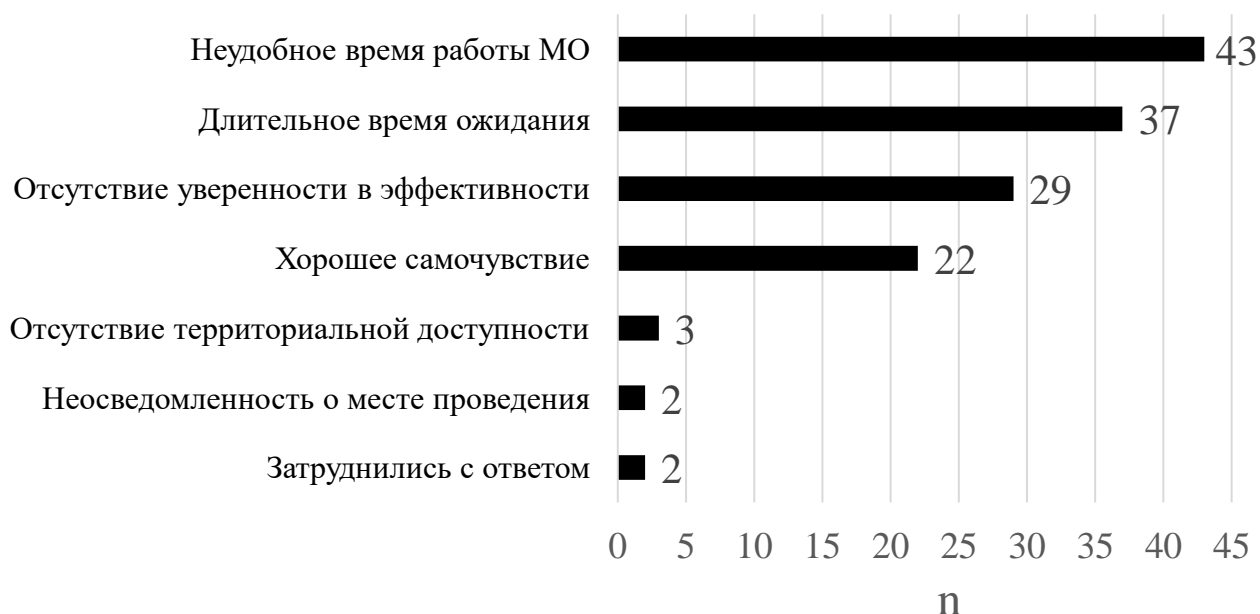


Рисунок 2 – Причины неявки осведомленного и приглашенного населения на диспансеризацию (n=128; опрос с возможностью множественного выбора ответа)

Выявлено отсутствие большего охвата диспансеризацией лиц с АГ в анамнезе, несмотря на лучшую осведомленность о проводимых профилактических мероприятиях, что подтверждает необходимость разработки и реализации мер по устранению организационных барьеров диспансеризации (рисунок 3).

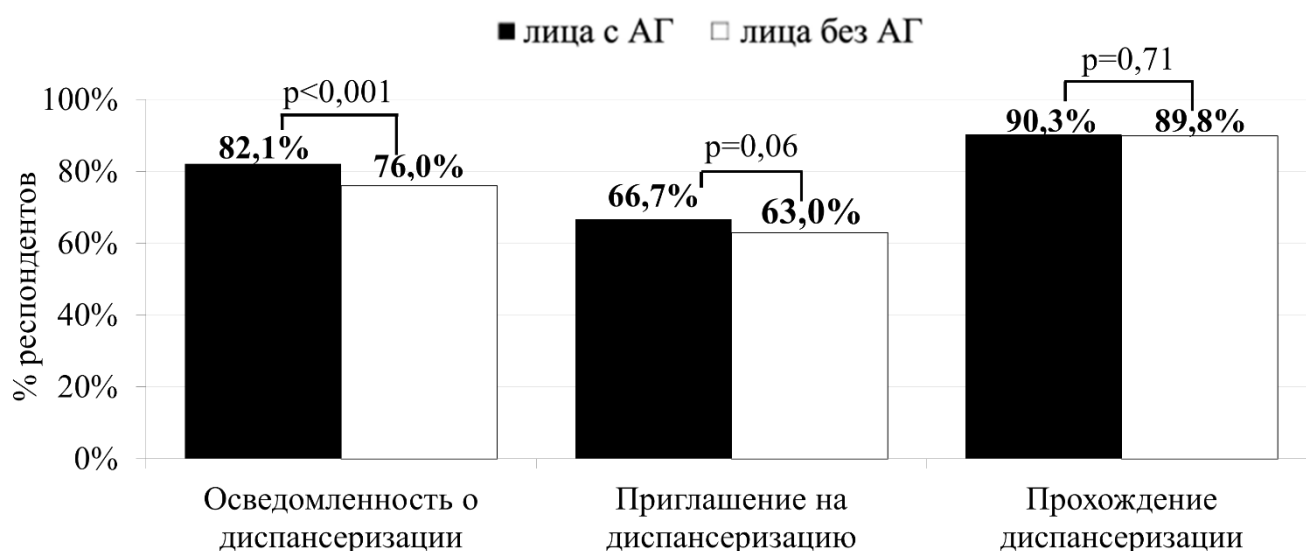


Рисунок 3 – Частота осведомленности о диспансеризации городского населения, приглашений на нее и прохождения в зависимости от наличия АГ в анамнезе

В пятой главе определены детерминанты контактов городского населения, в т.ч. имеющего АГ, с МО с разным целями и на их основании предложена организационно-функциональная модель по оптимизации контактов с профилактической целью.

Общим фактором, ассоциированным с осведомленностью городского населения о проводимой диспансеризации (ОШ 3,3; 95% ДИ 2,81-3,87,  $p < 0,001$ ) и приглашением на нее (ОШ 1,79; 95% ДИ 1,55-2,07,  $p < 0,001$ ), является женский пол. Обобщающими детерминантами контактов населения с МО с профилактической и другими целями являются только женский пол и отсутствие постоянной трудовой занятости. Низкая самооценка здоровья – общая детерминанта, сопровождающая рост вероятности контактов с врачами, госпитализаций и вызовов СМП. В отношении остальных детерминант отмечается гетерогенность (рисунок 4).

Установлено, что охват ПК по ФР городского населения, обращавшегося за МП, оказался недостаточным (таблица 3).

Таблица 3 – Частота получения ПК по ФР городским населением

Вид ПК	Всего, n	Абсолютное количество участников, получивших ПК, n	% участников, получивших ПК
Рациональное питание	3317	1469	44,3
Модификация уровня ФА	3313	1213	36,6
Снижение веса	2343	1130	48,2
Отказ от курения	737	491	66,6

Примечание: охват ПК по рациональному питанию и модификации уровня ФА оценивался среди всех участников исследования, по снижению веса – только среди участников с ИМТ  $\geq 25,0$ ; по отказу от курения – только среди курящих.

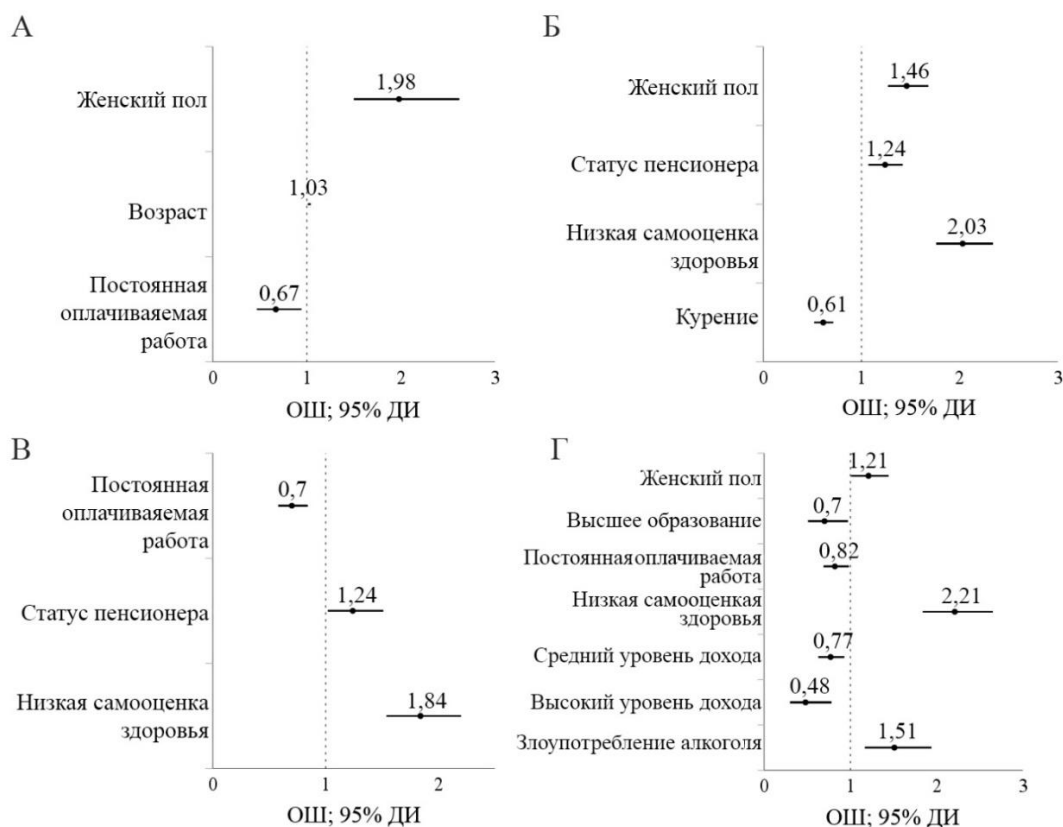


Рисунок 4 – Детерминанты прохождения диспансеризации взрослым населением (А), контактов с врачами (Б), госпитализаций (В) и вызовов СМП (Г). Примечание: возраст оценивался в годах

Общими детерминантами, увеличивающими вероятность получения ПК, оказались:

- низкая самооценка респондентом собственного здоровья – для получения ПК по рациональному питанию определено ОШ 1,37; 95% ДИ 1,17-1,61 ( $p < 0,001$ ); по модификации уровня ФА – ОШ 1,41; 95% ДИ 1,2-1,67 ( $p < 0,001$ ); по снижению веса – ОШ 1,41; 95% ДИ 1,14-1,71 ( $p = 0,001$ ); по отказу от курения – ОШ 1,45; 95% ДИ 1,03-2,04 ( $p = 0,03$ );

- отсутствие курения – для получения ПК по рациональному питанию установлено ОШ 0,64; 95% ДИ 0,53-0,78 ( $p < 0,001$ ); по модификации уровня ФА – ОШ 0,8; 95% ДИ 0,66-0,97 ( $p = 0,02$ ); по снижению веса ОШ – 0,73; 95% ДИ 0,57-0,94 ( $p = 0,01$ );

- повышенный ИМТ – для получения ПК по рациональному питанию определено ОШ 2,92; 95% ДИ 2,35-3,64 ( $p < 0,001$ ); по модификации уровня ФА – ОШ 2,08; 95% ДИ 1,67-2,58 ( $p < 0,001$ ); по снижению веса – ОШ 4,89; 95% ДИ 3,98-6,01 ( $p < 0,001$ ); по отказу от курения – ОШ 2,11; 95% ДИ 1,27-3,53 ( $p = 0,004$ );

- посещение терапевта в течение года – для получения ПК по рациональному питанию – ОШ 1,75; 95% ДИ 1,44-2,12 ( $p < 0,001$ ); по модификации уровня ФА – ОШ 1,78; 95% ДИ 1,46-2,18 ( $p < 0,001$ ); по снижению веса – ОШ 1,57; 95% ДИ 1,23-2,0 ( $p < 0,001$ ), по отказу от курения – ОШ 1,77; 95% ДИ 1,23-2,5, ( $p = 0,002$ ).



Несмотря на то, что ПК является обязательным этапом диспансеризации, статистически значимых ассоциаций между ПК и прохождением диспансеризации выявлено не было. Кроме того, были определены различия в частоте получения ПК по ФР среди контактировавшего с МО населения в зависимости от наличия в анамнезе АГ (таблица 4).

Было определено, что шансы получения ПК по рациональному питанию при наличии АГ в анамнезе увеличивались в 2,81 раза (95% ДИ 2,36-3,34,  $p < 0,001$ ), по ФА – в 2,29 раза (95% ДИ 1,91-2,75,  $p < 0,001$ ), по снижению веса (среди лиц с  $ИМТ \geq 25,0$ ) – в 2,95 раза (95% ДИ 2,39-3,65,  $p < 0,001$ ), по отказу от курения (среди курящих) – в 2,52 раза (95% ДИ 1,73-3,66,  $p < 0,001$ ). Т. о., ПК, являющееся элементом профилактических мероприятий, направленных, на сохранение и укрепление здоровья, чаще получает уже та часть населения, которая имеет клинически выраженные нарушения в состоянии здоровья, в частности, по данным анамнеза уже имеет НИЗ (АГ).

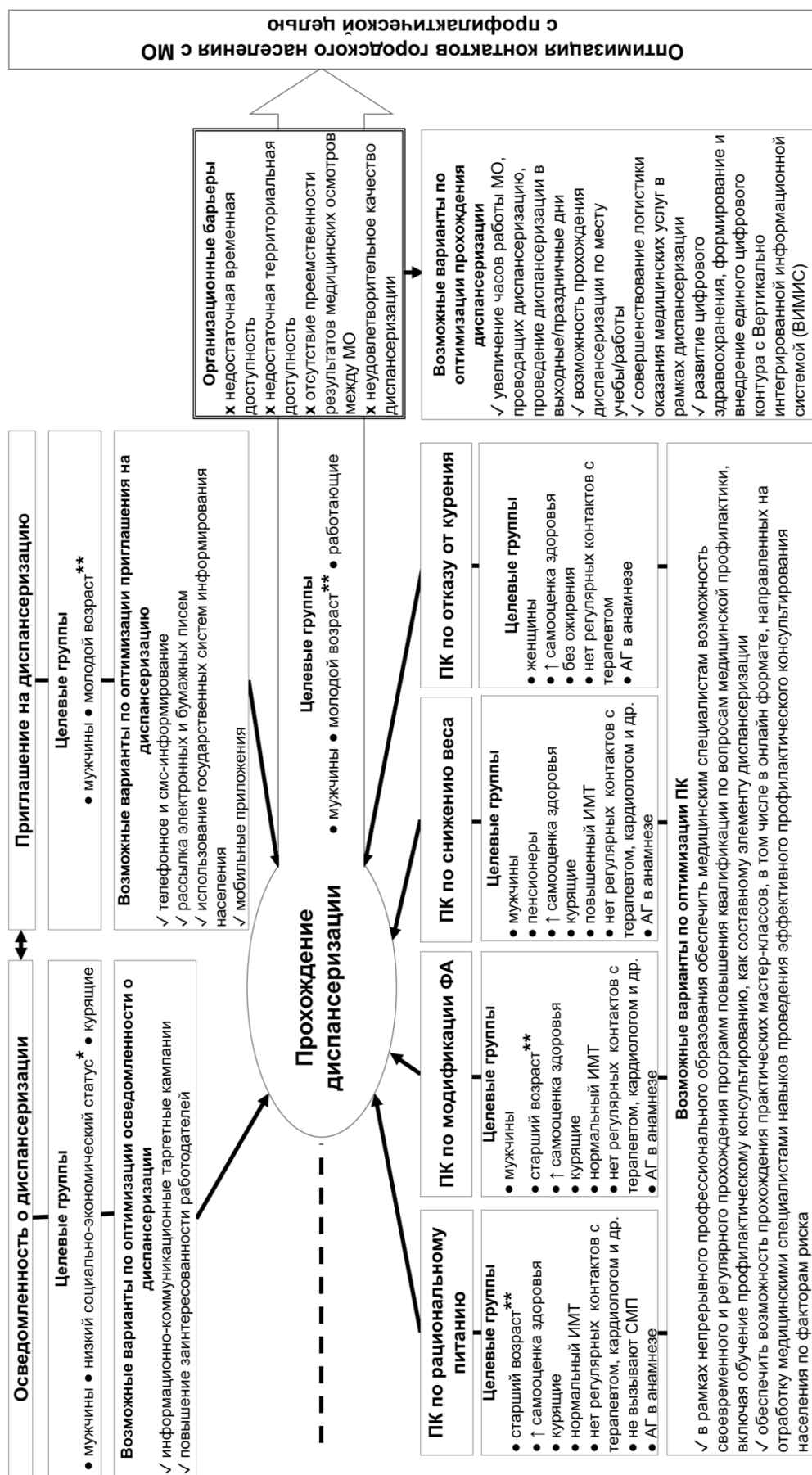
Таблица 4 – Сравнительный анализ частоты получения ПК по ФР городским населением в зависимости от наличия АГ в анамнезе

Вид ПК	Всего, n		Получили ПК				p
	с АГ	без АГ	с АГ		без АГ		
			n	%	n	%	
Рациональное питание	1189	1016	673	56,6	323	31,8	<0,001
Модификация уровня ФА	1184	1117	535	45,2	296	26,5	<0,001
Снижение веса	968	603	567	58,6	196	32,5	<0,001
Отказ от курения	271	262	209	77,1	150	57,3	<0,001

*Примечание:* для анализа использовалась модифицированная методом PSM база, всего  $n=3000$ , из которых количество участников с АГ – 1500; охват ПК по рациональному питанию и модификации уровня ФА оценивался среди всех участников исследования, по снижению веса – только среди участников с  $ИМТ \geq 25,0$ , по отказу от курения – только среди курящих.

На основе выявленных детерминант контактов городского населения с МО была разработана организационно-функциональная модель по оптимизации контактов с профилактической целью, представленная на рисунке 5 (в каждом направлении обозначены целевые группы, на которые должны быть в приоритетном порядке адресованы реализуемые мероприятия), и подготовлены научно обоснованные рекомендации, которые приведены ниже в разделе «Практические рекомендации».

**В заключении** обобщаются основные результаты исследования, подводятся его итоги, свидетельствующие о достижении цели научной работы. Демонстрируется необходимость дальнейших исследований, направленных на оценку эффективности мероприятий, предлагаемых в рамках организационно-функциональной модели.



**Организационные барьеры**

- x недостаточная временная доступность
- x недостаточная территориальная доступность
- x отсутствие преемственности результатов медицинских осмотров между МО
- x неудовлетворительное качество диспансеризации

**Возможные варианты по оптимизации прохождения диспансеризации**

- ✓ увеличение часов работы МО, проводящих диспансеризацию, проведение диспансеризации в выходные/праздничные дни
- ✓ возможность прохождения диспансеризации по месту учебы/работы
- ✓ совершенствование логистики оказания медицинских услуг в рамках диспансеризации
- ✓ развитие цифрового здравоохранения, формирование и внедрение единого цифрового контура с Вертикально интегрированной информационной системой (ВИМИС)

Рисунок 5 – Организационно-функциональная модель по оптимизации контактов городского населения с МО с профилактической целью. Примечание: \* – с низким уровнем образования (основное общее); \*\* – возраст пенсионера, с низким уровнем дохода (сложности с покупкой еды и/или одежды); \*\*\* – возраст участников рассматривался как количественная переменная (в годах); выявленные ассоциации сопровождались ростом/снижением вероятности наступления желаемого исхода (например, получение необходимого ПК) при увеличении возраста респондента на каждый год.

## ВЫВОДЫ

1. Частота контактов городского населения с врачами ассоциирована с полом (женщины чаще,  $p < 0,001$ ), возрастом (чаще лица более старшего возраста,  $p < 0,001$ ), уровнем образования (с высшим образованием чаще,  $p = 0,04$ ), трудовой занятостью (неработающие чаще,  $p < 0,001$ ), статусом пенсионера (пенсионеры чаще,  $p < 0,001$ ), уровнем дохода (с низким уровнем дохода чаще,  $p < 0,001$ ), семейным положением (одинокие чаще,  $p < 0,001$ ), уровнем самооценки здоровья (с низкой чаще,  $p < 0,001$ ), курением (некурящие чаще,  $p < 0,001$ ) и индексом массы тела (лица с ожирением чаще,  $p < 0,001$ ).

2. Частота контактов городского населения с терапевтом и кардиологом ассоциирована с теми же факторами, что и частота контактов с врачами в целом. Для контактов с терапевтом исключение составляет высший уровень образования (чаще контактируют лица со средним специальным уровнем образования и ниже), для контактов с кардиологом – пол, уровень образования в целом, уровень дохода, семейное положение и курение.

3. Частота госпитализаций среди городского населения выше среди лиц, не имеющих детей ( $p = 0,02$ ), имеющих более высокую частоту контактов с врачами в целом, независимо от гендерной принадлежности, уровня образования, семейного положения и курения. Частота вызовов скорой медицинской помощи выше среди лиц, имеющих риск злоупотребления алкоголем ( $p = 0,01$ ), а также в группах, имеющих более частые контакты с терапевтом, исключая некурящих.

4. Опрос городского населения об обращениях за медицинской помощью является объективным методом оценки охвата населения амбулаторной и стационарной медицинской помощью.

5. При опросе выявлена недостаточная осведомленность городских жителей о диспансеризации: более 20,0% респондентов не знали о возможности пройти диспансеризацию. Основными организационными барьерами прохождения диспансеризации с позиции населения являлись недостаточная временная и территориальная доступность реализуемых профилактических мероприятий, а также неудовлетворительное качество проведения диспансеризации.

6. Детерминантами прохождения городским населением диспансеризации являются пол (женщины проходят ее чаще – ОШ 1,98; 95% ДИ 1,5-2,62), возраст (более активны лица более старшего возраста – ОШ 1,03; 95% ДИ 1,01-1,04) и рабочий статус (работающее население менее активно в контактах с медицинскими организациями с

профилактической целью – ОШ 0,67; 95% ДИ 0,47-0,94). При сравнении с детерминантами контактов населения с врачами выявлено, что пол является общей детерминантой. При сравнении с детерминантами госпитализаций рабочий статус был определен как общая детерминанта. Пол и рабочий статус являются общими детерминантами прохождения диспансеризации и вызовов скорой медицинской помощи.

7. Активность медицинских организаций в отношении проведения профилактического консультирования населения является недостаточной: профилактическое консультирование по рациональному питанию получают только 44,3% городского населения, по модификации физической активности – 36,6%, по снижению веса – 48,2% лиц с ожирением, по отказу от курения – 66,6% курящих участников исследования.

8. Значимыми детерминантами получения любого вида профилактического консультирования являются контакты городского населения в течение года с терапевтом, наличие факторов риска (повышенный индекс массы тела) и низкая самооценка здоровья. Выявлено отсутствие статистически значимых ассоциаций между прохождением диспансеризации и получением консультирования.

9. Лица, имеющие в анамнезе артериальную гипертонию, более осведомлены о проводимой в стране программе диспансеризации в сравнении с лицами без артериальной гипертонии ( $p < 0,001$ ), однако разницы в частоте прохождения диспансеризации выявлено не было ( $p = 0,71$ ). Лица с артериальной гипертонией в анамнезе в сравнении с лицами без нее чаще получали профилактическое консультирование по факторам риска ( $p < 0,001$ ).

10. Полученные характеристики и установленные детерминанты контактов городского населения с медицинскими организациями с профилактической целью использованы для разработки организационно-функциональной модели по их оптимизации. Основные векторы оптимизации контактов населения с медицинскими организациями с профилактической целью должны быть направлены на повышение осведомленности населения о реализуемых профилактических мероприятиях, повышение их доступности для населения, а также на обеспечение возможности своевременного и регулярного прохождения повышения квалификации медицинскими специалистами по вопросам здорового образа жизни, укрепления общественного здоровья и профилактики хронических заболеваний.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Региональным органам управления здравоохранением, центрам общественного здоровья и медицинской профилактики и СМИ необходимо повысить осведомленность городского населения о реализуемых профилактических мероприятиях (диспансеризации) с учетом разработанной организационно-функциональной модели по оптимизации контактов городского населения с медицинскими организациями с профилактической целью. Для этого следует проводить таргетные коммуникационные кампании, позволяющие повысить информированность целевых групп населения, прежде всего – лиц мужского пола, лиц с низким уровнем образования, работающих, с низким уровнем дохода и курящих.

2. Руководителям медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, рекомендуется увеличить территориальную и временную доступность диспансеризации, что может быть достигнуто путем увеличения числа площадок, проводящих профилактические медицинские осмотры, и создания возможностей для прохождения диспансеризации в общественных местах, по месту учебы/работы, что особенно важно для увеличения охвата молодых мужчин трудоспособного возраста. Необходимо расширять часы работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, а также создавать условия для оптимизации логистики оказания услуг в конкретных медицинских организациях, способствующей четкому соблюдению временного регламента по прохождению первого этапа диспансеризации в течение одного рабочего дня.

3. Руководителям медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь на разных уровнях, и руководителям медицинских образовательных организаций рекомендуется в рамках непрерывного профессионального образования обеспечить медицинским специалистам возможность своевременного и регулярного прохождения программ повышения квалификации по вопросам медицинской профилактики, включая обучение профилактическому консультированию, как составному элементу диспансеризации. Следует обеспечить медицинским работникам возможность прохождения практических мастер-классов, в том числе в онлайн формате, направленных на отработку медицинскими специалистами навыков проведения эффективного профилактического консультирования населения по факторам риска.

4. Медицинским специалистам при проведении профилактического консультирования медицинским специалистам необходимо уделять большее внимание

группам лиц с уже выявленными факторами риска, без хронических заболеваний (II группа здоровья по результатам диспансеризации).

5. Руководителям медицинских образовательных организаций рекомендуется включить информацию об основных детерминантах обращения городского населения за медицинской помощью в образовательную программу по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» для обучающихся в медицинских ВУЗах по направлениям подготовки 32.05.01 «Медико-профилактическое дело», 31.05.01 «Лечебное дело» (уровень специалитет) и в учебные программы по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации «Профилактика основных хронических неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни», «Диспансеризация взрослого населения» (повышение квалификации в рамках циклов общего и тематического усовершенствования).

### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

#### **Статьи в рецензируемых научных журналах, входящих в Перечень ВАК и международную базу цитирования Scopus:**

1. **Кашутина, М.И.** Осведомленность об уровне артериального давления и его контроль в популяции: роль контактов населения с системой здравоохранения / М.И. Кашутина, А.В. Концевая // Профилактическая медицина. – 2021. – Т.24. – №5. – С.126-131.

2. **Кашутина, М.И.** Профилактическое консультирование по питанию и физической активности по данным эпидемиологического исследования «Узнай свое сердце» / М.И. Кашутина, А.В. Концевая, А.В. Кудрявцев, С.К. Малютина, О.М. Драпкина // Профилактическая медицина. – 2021. – Т.24. – №11. – С.52-61.

3. **Кашутина, М.И.** Ассоциация социально-демографических факторов у пациентов с бронхиальной астмой и повышенной массой тела с получением профилактического консультирования по её снижению: данные популяционного исследования / М.И. Кашутина, Ю.В. Жернов, А.В. Концевая // Российский аллергологический журнал. – 2021. – Т.18. – №4. – С.29-39.

4. **Кашутина, М.И.** Профилактическое консультирование населения по отказу от курения и снижению веса по данным исследования «Узнай свое сердце» / М.И. Кашутина, А.В. Концевая, А.В. Кудрявцев, С.К. Малютина, О.М. Драпкина // Экология человека. – 2022. – №1. – С.5-18.

5. **Кашутина, М.И.** Факторы, ассоциированные с осведомленностью и прохождением диспансеризации у лиц с артериальной гипертонией по данным исследования «Узнай свое сердце» / М.И. Кашутина, А.В. Концевая, А.В. Кудрявцев, С.К. Малютина, П.В. Ипатов, О.М. Драпкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т.21, №3. – С.6-13.

**Тезисы:**

6. **Кашутина, М.И.** Профилактическое консультирование по факторам риска на популяционном уровне в двух регионах России / М.И. Кашутина, А.В. Концевая // Международная научно-практическая конференция «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России». 16-18 сентября 2020г., г. Москва. Профилактическая медицина. – 2020. – №5 (выпуск 2). – С.26-27.

7. **Кашутина, М.И.** Профилактическое консультирование по модифицируемым факторам риска бронхиальной астмы на популяционном уровне в Российской Федерации / М.И. Кашутина, Ю.В. Жернов, А.В. Концевая // III Научно-практическая конференция в формате онлайн аллергология и иммунология: от инноваций к практике». 6 февраля 2021г., г. Москва. Российский аллергологический журнал. – 2021. –Т.18 (спецвыпуск). – С.47.

8. **Кашутина, М.И.** Профилактическое консультирование по рациональному питанию на популяционном уровне в двух регионах России / М.И. Кашутина // Материалы Всероссийского научного форума с международным участием «Неделя молодежной науки – 2021», посвященного медицинским работникам, оказывающим помощь в борьбе с коронавирусной инфекцией. 26-28 марта 2021г., г. Тюмень. – 2021. – С.440.

9. **Кашутина, М.И.** Частота контактов населения с системой здравоохранения на популяционном уровне в двух регионах Российской Федерации / М.И. Кашутина, А.В. Концевая // XXVIII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». Сборник тезисов. 5-8 апреля 2021г., г. Москва. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т.20 (1S). –С.41.

10. **Kashutina, M.** Counselling on smoking cessation in primary care from the population perspective in two regions of the Russian Federation / M. Kashutina, A. Kontsevaya, M. Mckee, D. Leon // ESC Preventive Cardiology 2021. 15-18 April 2021, Ljubljana. European Journal of Preventive Cardiology. – 2021. – V.28. – № Supplement\_1. – P.zwab061. 294.

11. **Кашутина, М.И.** Диспансеризация: что препятствует всеобщему охвату населения / М.И. Кашутина // Сборник материалов V Международного молодежного научно-практического форума «Медицина будущего: от разработки до внедрения». 22 апреля 2021г., г. Оренбург. – 2021. – С.256.

12. **Кашутина, М.И.** Профилактическое консультирование по модификации уровня физической активности на популяционном уровне в двух регионах России / М.И. Кашутина // Молодая наука – практическому здравоохранению: материалы 94-й итоговой научно-практической конференции студентов, ординаторов, аспирантов, молодых ученых (до 35 лет) ПГМУ имени академика Е.А. Вагнера, посвященной году науки и технологий в Российской Федерации. 30 апреля 2021г., г. Пермь. – 2021. – С.77-78.

13. **Кашутина, М.И.** Диспансеризация: кто проходит ее чаще? / М.И. Кашутина, А.В. Концевая // Международная научно-практическая конференция «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России». 25-27 мая 2021г., г. Москва. Профилактическая медицина. – 2021. – №5 (Приложение). – С.88.

14. **Kashutina, M.** The frequency of receiving preventive counseling on risk factors for people with rheumatoid arthritis at the population level in Russia / M. Kashutina, Y. Zhernov, A. Kontsevaya // EAACI Hybrid Congress 2021. 10-12 July 2021, Krakow. Allergy. – 2021. –V.76. – №S110. – P.419-420.