

DOI: <https://doi.org/10.17816/RFD678058>

EDN: U00GY



Оценка качества медицинской помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями в амбулаторных условиях

И.Е. Моисеева¹, К.В. Овакимян¹, Л.Н. Дегтярева¹, Д.Н. Зеленуха¹, А.В. Романов²,
М.А. Меловцова^{1,2}, Э.Г. Мосолова^{1,2}, М.Н. Сергеев³, Е.В. Григорян³, Т.А. Базаренко¹, А.Е. Дудник¹,
В.А. Журавлева¹, Е.С. Котова¹, К.В. Кудинова¹

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия;

² Городская поликлиника № 17, Санкт-Петербург, Россия;

³ Городская поликлиника № 74, Санкт-Петербург, Россия

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Актуальная задача системы здравоохранения — оказание качественной медицинской помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе при диспансерном наблюдении. Течение этих заболеваний зависит от качества медицинской помощи: дефекты ее оказания затрудняют диагностику и лечение и негативно влияют на прогноз.

Цель — оценить качество медицинской помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями в условиях первичной медико-санитарной помощи.

Материалы и методы. Проведено одномоментное исследование с анализом случайной выборки амбулаторных карт ($n=288$). На основании критериев качества, указанных в клинических рекомендациях «Артериальная гипертензия у взрослых», «Сахарный диабет 2 типа у взрослых», «Бронхиальная астма», «Хроническая обструктивная болезнь легких», «Стабильная ишемическая болезнь сердца», и показателей, регламентированных Приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», оценивали наличие данных о жалобах, статусе курения, осмотра, лабораторных и инструментальных исследований, формулировку диагноза, данные о вакцинации от гриппа и пневмококковой инфекции.

Результаты. Сбор жалоб выполнен в полном объеме у 6,6–11,7% пациентов. Статус курения указан у 75,5–90,2% больных. Физикальный осмотр в полном объеме проведен у 100% пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца и не проведен ни у одного пациента с сахарным диабетом 2-го типа (0%). Минимальное назначение лабораторных исследований зафиксировано при артериальной гипертензии (4,9%), максимальное — при бронхиальной астме (88,7%). Инструментальные исследования назначены в полном объеме только 54,7 и 56,7% пациентов с бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких соответственно. Формулировка диагноза соответствовала клиническим рекомендациям у 75,9% пациентов с сахарным диабетом и только у 10,0% — с хронической обструктивной болезнью легких. Вакцинация от гриппа рекомендована 21,5% пациентов, от пневмококковой инфекции — 14,9%. Анализ качества медицинской помощи при диспансерном наблюдении пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями показал дефекты, способные негативно влиять на течение заболеваний, а также затруднять выявление осложнений и лечение.

Заключение. Выявлено неполное соответствие ведения пациентов требованиям клинических рекомендаций и Приказа Минздрава России от 15.03.2022 № 168н. Необходимы дальнейшие исследования для определения причин недостаточного качества диспансерного наблюдения и разработки мероприятий по его повышению.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания; качество медицинской помощи; критерии качества медицинской помощи.

Как цитировать

Моисеева И.Е., Овакимян К.В., Дегтярева Л.Н., Зеленуха Д.Н., Романов А.В., Меловцова М.А., Мосолова Э.Г., Сергеев М.Н., Григорян Е.В., Базаренко Т.А., Дудник А.Е., Журавлева В.А., Котова Е.С., Кудинова К.В. Оценка качества медицинской помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями в амбулаторных условиях // Российский семейный врач. 2025. Т. 29. № 2. С. 43–50. DOI: 10.17816/RFD678058 EDN: U00GY

DOI: <https://doi.org/10.17816/RFD678058>

EDN: U00GY

Quality of Outpatient Care for Patients With Chronic Non-Communicable Diseases

Irina E. Moiseeva¹, Karina V. Ovakimyan¹, Ludmila N. Degtyareva¹, Dmitry N. Zelenukha¹, Andrei V. Romanov², Marina A. Melovtsova^{1,2}, Elvira G. Mosolova^{1,2}, Mikhail N. Sergeev³, Elena V. Grigorian³, Tatyana A. Bazarenko¹, Anastasiia E. Dudnik¹, Victoria A. Zhuravleva¹, Ekaterina S. Kotova¹, Kseniia V. Kudinova¹

¹ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia;

² City Clinic No. 17, Saint Petersburg, Russia;

³ City Clinic No. 74, Saint Petersburg, Russia

ABSTRACT

BACKGROUND: The pressing task of the healthcare system is to provide high-quality medical care, including outpatient care, to patients with chronic non-communicable diseases. The progression of these diseases depends on the quality of medical care. Defects can complicate diagnosis, treatment, and prognosis.

AIM: The study aimed to evaluate the quality of primary healthcare for patients with chronic, non-communicable diseases.

METHODS: This was a cross-sectional study that included an analysis of a random sample of 288 outpatient medical records ($n = 288$). The study used quality criteria specified in the clinical guidelines on hypertension, type 2 diabetes mellitus, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, and stable ischemic heart disease. The study also used parameters regulated by Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated March 15, 2022 No. 168H (168n) *On Approval of the Procedure for Outpatient Follow-Up of Adults*. This order regulates parameters such as the availability of data on complaints, smoking status, examinations, laboratory testing, investigations, diagnoses, and data on influenza and pneumococcal infection vaccinations.

RESULTS: Complaints were obtained in 6.6%–11.7% of patients. The smoking status was reported in 75.5%–90.2% of cases. A complete physical examination was performed on all patients with stable ischemic heart disease (100%) and none of the patients with type 2 diabetes mellitus (0%). Patients with hypertension had the fewest referrals for laboratory tests (4.9%), whereas patients with asthma had the most referrals (88.7%). Only 54.7% and 56.7% of patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease, respectively, were referred for complete investigations. The diagnoses corresponded to clinical guidelines in 75.9% of patients with diabetes mellitus and only in 10.0% of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Vaccinations against influenza and pneumococcal infection were recommended for 21.5% and 14.9% of patients, respectively. An analysis of the quality of medical care for patients with chronic non-communicable diseases during outpatient follow-up revealed issues that could affect disease progression, as well as the identification of complications and suitable treatments.

CONCLUSION: The patient management did not fully comply with the clinical guidelines and Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated March 15, 2022 No. 168H (168n). Further research is needed to understand why outpatient follow-up is inadequate and how to improve it.

Keywords: non-communicable chronic disease; quality of health care; quality indicators, health care.

To cite this article

Moiseeva IE, Ovakimyan KV, Degtyareva LN, Zelenukha DN, Romanov AV, Melovtsova MA, Mosolova EG, Sergeev MN, Grigorian EV, Bazarenko TA, Dudnik AE, Zhuravleva VA, Kotova ES, Kudinova KV. Quality of Outpatient Care for Patients With Chronic Non-Communicable Diseases. *Russian Family Doctor*. 2025;29(2):43–50. DOI: 10.17816/RFD678058 EDN: U00GY

ОБОСНОВАНИЕ

Важной задачей системы здравоохранения является обеспечение высокого качества оказания медицинской помощи. Для объективной оценки данного показателя законодательством предусмотрена экспертиза качества медицинской помощи, направленная на выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе на оценку своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата¹.

Анализ медицинской документации является неотъемлемым инструментом экспертизы качества оказания медицинской помощи. Он способствует защите интересов пациентов, врачей, страховых организаций, служит основой для оценки и улучшения качества оказания медицинской помощи. Это обусловлено следующими факторами.

1. Юридическая защита и разрешение споров (рост числа медицинских судебных исков вызывает необходимость объективного анализа документации для защиты прав пациентов при ненадлежащем лечении или врачебных ошибках, медицинская документация служит основным доказательством в суде, а ее корректность напрямую влияет на исход дел).
2. Повышение качества медицинской помощи (выявление ошибок в диагностике, лечении и ведении пациентов при анализе записей; формирование рекомендаций для улучшения качества медицинской помощи и профилактики повторных нарушений; обучение врачей на основе анализа типичных ошибок, обнаруженных в документации).
3. Страховые выплаты (оценка обоснованности назначений и расходов страховыми компаниями; предотвращение необоснованных требований и фальсификации, снижение финансовых рисков).
4. Массовая цифровизация в системе здравоохранения (проверка электронных медицинских карт на точность, полноту и защиту данных; соответствие цифровых систем стандартам).
5. Соблюдение нормативно-правовых требований (осуществление контроля за выполнением законодательных норм, например, порядков оказания медицинской помощи).
6. Укрепление доверия пациентов («прозрачность» и корректность ведения медицинской документации).

снижают риск конфликтов, повышают доверие пациентов к врачам и медицинской организации).

В статье 33 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ первичная медико-санитарная помощь рассмотрена как основа «системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения»².

Актуальной задачей первичной медико-санитарной помощи является оказание качественной медицинской помощи пациентам с социально-значимыми заболеваниями: сердечно-сосудистыми заболеваниями [артериальной гипертензией (АГ), стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС)], сахарным диабетом (СД), болезнями дыхательной системы [хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), бронхиальной астмой (БА)] в силу их высокой распространенности, влияния на инвалидизацию и смертность. Важной составляющей медицинской помощи таким пациентам является диспансерное наблюдение, направленное на своевременное выявление, предупреждение осложнений и обострений заболеваний. Амбулаторную помощь пациентам с этими заболеваниями, в том числе диспансерное наблюдение, осуществляют врачи-терапевты (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового врачебного участка) и врачи общей практики (семейные врачи)^{3, 4, 5}. Ряд исследований свидетельствует о недостаточном качестве обследования и лечения пациентов с ХОБЛ, СД и АГ [1–4]. При этом известно, что течение хронических заболеваний, например, АГ и СД 2-го типа (СД2), зависит от качества оказания медицинской помощи. Дефекты лечебно-диагностического процесса могут влиять на диагностику и лечение хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), повышая риск их неблагоприятных исходов [5, 6].

Цель — оценить качество медицинской помощи пациентам с ХНИЗ в условиях первичной медико-санитарной помощи.

Задачи исследования:

- 1) разработать чек-листы для оценки качества ведения пациентов с АГ, СД2, ИБС, БА и ХОБЛ на основании критериев качества, указанных в клинических рекомендациях «Артериальная гипертензия у взрослых», «Сахарный диабет 2 типа у взрослых», «Бронхиальная астма», «Хроническая обструктивная болезнь легких»,

¹ Приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н (ред. от 04.09.2024) «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, роков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

² Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

³ Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

⁴ Приказ Минздрава России от 13.03.2023 № 104н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю „Эндокринология“».

⁵ Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

- «Стабильная ишемическая болезнь сердца», и показателей, регламентированных приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;
- 2) провести анализ первичной медицинской документации пациентов с АГ, СД2, СИБС, БА и ХОБЛ в амбулаторных условиях;
 - 3) оценить соответствие ведения пациентов с перечисленными ХНИЗ критериям качества, включенным в чек-листы;
 - 4) проанализировать частоту встречаемости дефектов оказания медицинской помощи пациентам с перечисленными ХНИЗ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено одномоментное исследование на базе двух городских поликлиник (ГП1 и ГП2) г. Санкт-Петербурга. Выполнен анализ случайной выборки амбулаторных медицинских карт (ф.025/у) пациентов, прикрепленных в рамках обязательного медицинского страхования к указанным поликлиникам, обращавшихся за амбулаторной помощью к врачам-терапевтам участковым и врачам общей практики с 01.01.2024 по 31.12.2024.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS 22.0 (SPSS Inc., США). Для оценки достоверности различий категориальных переменных использовали критерий χ^2 Пирсона, количественных переменных — критерий Краскела–Уоллиса для независимых выборок. Критерием статистической значимости результатов считали величину $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Разработанные чек-листы включали следующие оцениваемые показатели: жалобы, анамнез заболевания, статус курения, физикальный осмотр, данные лабораторных и инструментальных методов исследований, формулировка диагноза согласно клиническим рекомендациям, рекомендации по вакцинации против гриппа и пневмококковой инфекции. Критерии выполнения в полном объеме опроса, осмотра и обследования, а также полноты

и корректности формулировки диагноза, представлены в Приложении 1, DOI: 10.17816/RFD678058-4345176 [7–11].

В исследование включено 288 амбулаторных карт, 38,8% составили карты мужчин ($n=112$). Средний возраст пациентов — $65,8 \pm 13,1$ года. Проанализировано 136 амбулаторных карт ГП1 (47,2%) и 152 карты ГП2 (52,8%). Основные характеристики пациентов представлены в табл. 1.

Между группами пациентов с различными заболеваниями (табл. 1) выявлены статистически значимые гендерные и возрастные различия ($p < 0,05$). Максимальный возраст отмечен у больных СИБС ($70,5 \pm 10,4$ года) и СД2 ($70,4 \pm 9,0$ лет), минимальный — у пациентов с БА ($54,8 \pm 16,1$ года). Среди пациентов с ХОБЛ было больше мужчин (60,0%), в остальных группах преобладали женщины.

Анализ первичной медицинской документации выявил ряд дефектов при диспансерном наблюдении, регламентированном клиническими рекомендациями и требованиями Приказа № 168н (табл. 2).

Сбор жалоб был выполнен в полном объеме только у 6,6% пациентов с АГ. Следует отметить, что неполным объем считали в том числе при наличии записи «жалоб нет» без детализации данных об отсутствии болей в грудной клетке, одышки, неврологических симптомов и др. Это во многом объясняет низкий показатель оценки данного критерия. Тем не менее при сравнении результатов между поликлиниками, участвовавшими в исследовании, выявлены статистически значимые различия: в ГП 1 доля полного сбора жалоб была выше.

Сбор жалоб в полном объеме у пациентов с ХОБЛ и БА зафиксирован в 11,7 и 7,5% случаев соответственно. У остальных пациентов в записях осмотров отсутствовали данные о частоте обострений. Анкетирование по соответствующим опросникам проведено лишь 1,7% пациентов с ХОБЛ и не представлено ни у одного пациента с БА.

Доля пациентов с указанным статусом курения была достаточно высокой: от 75,5% при БА до 90,2% при АГ. Обращает на себя внимание, что более высокий уровень оценки статуса курения наблюдали у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями по сравнению с таковым при бронхолегочных болезнях.

Физикальный осмотр в полном объеме проведен у 100% больных СИБС и 83,6% пациентов с АГ. Самый

Таблица 1. Основные характеристики пациентов

Table 1. Main characteristics of patients

Параметр	Группа пациентов						Уровень p
	общая выборка, $n=288$	СИБС, $n=60$	АГ, $n=61$	СД2, $n=54$	ХОБЛ, $n=60$	БА, $n=53$	
Возраст ¹ , среднее и стандартное отклонение, лет	$65,8 \pm 13,1$	$70,5 \pm 10,4$	$62,3 \pm 11,8$	$70,4 \pm 9,0$	$70,3 \pm 10,2$	$54,8 \pm 16,1$	$< 0,05$
Мужской пол ² , n (%)	112 (38,9)	23 (38,3)	18 (29,5)	13 (24,1)	36 (60,0)	22 (41,5)	$< 0,05$

Примечание. ¹ критерий Краскела–Уоллиса; ² критерий χ^2 Пирсона. СИБС — стабильная ишемическая болезнь сердца; АГ — артериальная гипертензия; СД2 — сахарный диабет 2-го типа; ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких; БА — бронхиальная астма.

Таблица 2. Результаты анализа первичной медицинской документации: доля амбулаторных карт, отвечающих критериям чек-листов**Table 2.** Source medical records analysis: percentage of outpatient medical records that meet the checklist criteria

Параметр	Группа пациентов					
	СИБС, n=60, n (%)	АГ, n=61, n (%)	СД2, n=54, n (%)	ХОБЛ, n=60, n (%)	БА, n=53, n (%)	общая выборка, n=288, n (%)
Сбор жалоб выполнен в полном объеме	—*	4 (6,6%)	—*	7 (11,7%)	4 (7,5%)	—
Статус курения собран	54 (90,0)	55 (90,2)	42 (77,8)	50 (83,3)	40 (75,5)	241 (83,7)
Анкетирование соответствующими опросниками выполнено в полном объеме	—*	—*	—*	1 (1,7)	0 (0,0)	—
Физикальный осмотр выполнен в полном объеме	60 (100)	51 (83,6)	0 (0,0)	41 (68,3)	35 (66,0)	187 (64,9)
Лабораторные исследования назначены в полном объеме	41 (68,3)	3 (4,9)	6 (11,1)	50 (83,3)	47 (88,7)	147 (51,0)
Инструментальные исследования назначены в полном объеме	50 (83,3)	54 (88,5)	46 (85,2)	34 (56,7)	29 (54,7)	159 (55,2)
Формулировка диагноза соответствует клиническим рекомендациям	12 (20,0)	13 (21,3)	41 (75,9)	6 (10,0)	7 (13,2)	79 (27,4)
Вакцинация от гриппа назначена	24 (40,0)	11 (18,0)	12 (22,2)	11 (18,3)	4 (7,5)	62 (21,5)
Вакцинация от пневмококковой инфекции назначена	15 (25,0)	8 (13,1)	7 (13,0)	10 (16,6)	3 (5,7)	43 (14,9)

Примечание. *Показатель не оценивали, так как это не предусмотрено клиническими рекомендациями и Приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» для соответствующей нозологии. СИБС — стабильная ишемическая болезнь сердца; АГ — артериальная гипертензия; СД2 — сахарный диабет 2-го типа; ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких; БА — бронхиальная астма.

низкий уровень выполнения физикального осмотра зафиксирован в амбулаторных картах пациентов с СД2, где не отмечено ни одного случая описания физикального статуса в полном объеме. В большинстве случаев это связано с отсутствием полностью выполненного комплексного осмотра стоп, включающего визуальный осмотр, оценку чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп. При отсутствии данных хотя бы об одном из перечисленных показателей объем выполнения осмотра считали неполным.

Самые низкие уровни назначения лабораторных исследований зафиксированы у пациентов с АГ (4,9%) и СД2 (11,1%), максимальные — у пациентов с ХОБЛ и БА (83,3 и 88,7% соответственно).

Инструментальные исследования назначены в полном объеме больным АГ в 88,5% случаев, СД2 — в 85,2%, СИБС — в 83,3%. Низкий уровень назначения инструментальных исследований (спирометрия с бронхолитическим тестом) отмечен у пациентов с БА (54,7%) и ХОБЛ (56,7%).

Формулировка диагноза, соответствующая клиническим рекомендациям, наиболее часто встречалась в амбулаторных картах пациентов с СД2 (75,9%). У пациентов с АГ и СИБС диагноз сформулирован правильно в 21,3 и 20,0% случаев соответственно. Минимальная доля пациентов с правильно сформулированным диагнозом отмечена у пациентов с ХОБЛ и БА (в 10,0 и 13,2% случаев соответственно).

Рекомендации по вакцинации от гриппа получили 21,5% пациентов: от 7,5% пациентов с БА до 40,0% больных СИБС. У 14,9% пациентов в амбулаторных картах были

рекомендации по вакцинации от пневмококковой инфекции. Минимальная доля таких рекомендаций отмечена при БА (5,7%), максимальная — при СИБС (25,0%).

ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ данных выявил значительное количество дефектов при оказании медицинской помощи пациентам с ХНИЗ в рамках диспансерного наблюдения. Данные дефекты могут негативно влиять на течение заболеваний, затруднять своевременное выявление осложнений и назначение необходимого лечения.

Невыполнение сбора жалоб о наличии болей в грудной клетке и одышке при АГ может затруднять выявление ишемической болезни сердца, отсутствие данных о жалобах на онемение или слабость конечностей может привести к несвоевременной диагностике неврологических нарушений — транзиторной ишемической атаки или острого нарушения мозгового кровообращения. У пациентов с ХОБЛ и БА сведения о частоте обострений (11,7 и 7,5% соответственно) и анкетирование по соответствующим опросникам (1,7 и 0% соответственно) необходимы для правильной оценки тяжести течения этих заболеваний, чтобы корректировать терапию.

Доля амбулаторных карт, содержащих сведения о полном физикальном осмотре, была максимальной у больных СИБС (100%) и АГ (83,6%). Ни у одного пациента с СД2 физикальный осмотр не соответствовал критериям качества. В большинстве случаев это было связано с отсутствием полных данных комплексного осмотра стоп, оценки

пульсации артерий нижних конечностей и осмотра мест инъекций инсулина (при его применении). Данные дефекты могут затруднять своевременное выявление осложнений СД2 и, следовательно, приводить к неадекватному лечению.

Самые низкие показатели назначения лабораторных исследований в полном объеме отмечены у пациентов с АГ (4,9%) и СД2 (11,1%), что возможно связано с отчасти избыточным перечнем исследований, регламентированных соответствующими клиническими рекомендациями. Следует отметить, что основные лабораторные исследования, включая определение уровней глюкозы, гликированного гемоглобина при СД2 и креатинина, расчет скорости клубочковой фильтрации, липидограмму, а также анализ мочи, были назначены подавляющему большинству пациентов. Однако при сравнительном анализе данных между поликлиниками установлено, что в ГП1 всем пациентам назначали исследование всех показателей липидограммы, в то время как в ГП2 значительной доле пациентов назначали только исследование уровня общего холестерина.

У пациентов с ХОБЛ и БА показатели назначения лабораторных исследований были достаточно высокими (83,3 и 88,7% соответственно).

Инструментальные исследования назначены в полном объеме более чем 80% пациентов с АГ и СД2 (электрокардиография) и больных СИБС (электрокардиография, эхокардиография). У пациентов с БА и ХОБЛ зафиксирован низкий уровень назначения инструментальных исследований (54,7 и 56,7% соответственно), что может быть связано с организационными проблемами при назначении спирометрии с бронхолитическим тестом у врачей первичного звена. Отметим, что спирометрию без бронхолитического теста считали неполным объемом инструментального исследования.

Диагноз, сформулированный в соответствии с клиническими рекомендациями, наиболее часто был указан у пациентов с СД2 (75,9%), что может быть связано с необходимостью указывать в диагнозе только тип диабета и целевой уровень гликированного гемоглобина. У пациентов с АГ и СИБС диагноз был сформулирован правильно в 21,3 и 20,0% случаев соответственно. Отметим, что формулировку диагноза считали неполной при отсутствии хотя бы одного параметра, регламентированного клиническими рекомендациями, например, стадии ХБП при СИБС или целевого АД при АГ. У пациентов с ХОБЛ диагноз был полностью правильно сформулирован только в 10,0% случаев, что может быть обусловлено невозможностью оценки степени тяжести из-за отсутствия данных о частоте обострений и анкетирования по опроснику COPD Assessment Test (CAT).

Вакцинация от гриппа была рекомендована 21,5% пациентов, от пневмококковой инфекции — только 14,9%,

несмотря на то, что пациенты с ХНИЗ входят в приоритетную группу по вакцинации против этих инфекций [12]. В соответствии с национальным календарем профилактических прививок¹ пациенты с хроническими заболеваниями, в том числе с заболеваниями легких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическими нарушениями, подлежат ежегодной вакцинации от гриппа. Пневмококковая вакцинация показана пациентам с ишемической болезнью сердца и СД2 в соответствии с методическими рекомендациями «Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей и взрослых» [13], а также пациентам с СД2, ХОБЛ и БА в соответствии с клиническими рекомендациями по данным нозологиям [8–11]. Отметим, что низкие показатели назначения вакцинации против пневмококковой инфекции могут быть обусловлены тем, что многие пациенты были вакцинированы ранее.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ первичной медицинской документации пациентов с ХНИЗ выявил неполное соответствие ведения пациентов в амбулаторных условиях критериям качества, указанным в клинических рекомендациях и Приказе Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н. Наиболее часто встречались неполные сбор жалоб и физикальный осмотр, а также назначение неполного лабораторного и инструментального обследования. Зафиксирован низкий уровень назначений вакцинопрофилактики гриппа и пневмококковой инфекции у пациентов с ХНИЗ (от 5,7 до 25,0% назначений вакцинации от пневмококковой инфекции и от 7,5 до 40,0% — от гриппа). Необходимы дальнейшие исследования для определения причин недостаточного качества диспансерного наблюдения и разработки мероприятий по его повышению.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. И.Е. Моисеева — определение концепции, разработка методологии, написание, пересмотр и редактирование рукописи; К.В. Овакимян — определение концепции, разработка методологии, анализ данных, написание черновика рукописи; Л.Н. Дегтярева, Д.Н. Зеленуха — определение концепции, пересмотр и редактирование рукописи; А.В. Романов, М.А. Меловцова, Э.Г. Мосолова, М.Н. Сергеев, Е.В. Григорян — обеспечение исследования, пересмотр и редактирование рукописи; Т.А. Базаренко, А.Е. Дудник, В.А. Журавлева, Е.С. Котова, К.В. Кудинова — проведение исследования, написание черновика рукописи. Все авторы одобрили рукопись (версию для публикации), а также согласились нести ответственность за все аспекты работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой ее части.

Этический комитет. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом СЗГМУ им. И.И. Мечникова (протокол № 3 от 12.03.2025). Все участники исследования добровольно подписали форму информированного согласия на использование результатов обследования и лечения с научной целью. Исследование и его протокол не регистрировали.

¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6.12.2021 № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показателям и порядка проведения профилактических прививок».

Источники финансирования. Отсутствуют.

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании настоящей работы авторы не использовали ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Доступ к данным. Все данные, полученные в настоящем исследовании, доступны в статье и в приложении к ней. В частности, в Приложении 1 «Критерии выполнения в полном объеме опроса, осмотра и обследования, а также правильности формулировки диагноза».

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовались.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре. В рецензировании участвовали два внутренних рецензента из состава редакционной коллегии.

Приложение 1. Критерии выполнения в полном объеме опроса, осмотра и обследования, а также правильности формулировки диагноза. DOI: 10.17816/RFD678058-4345176



ADDITIONAL INFORMATION

Author contributions: I.E. Moiseeva: conceptualization, methodology, writing – original draft, writing – review & editing; K.V. Ovakimyan: conceptualization, methodology, formal analysis, writing – original draft; L.N. Degtyareva, D.N. Zelenukha: conceptualization, writing – review & editing; A.V. Romanov, M.A. Melovtsova, E.G. Mosolova, M.N. Sergeev, and E.V. Gri-

goryan: resources, writing – review & editing; T.A. Bazarenko, A.E. Dudnik, V.A. Zhuravleva, E.S. Kotova, and K.V. Kudina: investigation, writing – original draft. All authors approved the version of the manuscript to be published, and agreed to be accountable for all aspects of the work, ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of it are appropriately reviewed and resolved.

Ethics approval: The study was approved by the local Ethics Committee of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Protocol No. 3 dated March 12, 2025). All participants provided written informed consent for the use of their clinical assessment and treatment data for research purposes. The study and its protocol were not registered.

Funding sources: No funding.

Disclosure of interests: The authors have no relationships, activities, or interests over the past three years related to for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality: The authors did not use any previously published information (text, illustrations, or data) in this work.

Data availability statement: All data generated during this study are available in this article and its Appendix 1 *The criteria for a complete interview, examination, evaluation, and correct diagnosis*.

Generative AI: No generative AI was used in preparing this article.

Provenance and peer-review: This work was submitted unsolicited and reviewed following the standard procedure. The peer review process involved two members of the editorial board.

Appendix 1. The criteria for a complete interview, examination, evaluation, and correct diagnosis.

DOI: 10.17816/RFD678058-4345176



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Drapkina OM, Shepel RN, Drozdova LY, et al. Quality of follow-up monitoring of the adult population with grade 1–3 hypertension, with the exception of resistant hypertension, by primary care physicians in different Russian regions. *Russian Journal of Cardiology*. 2021;26(4):61–73. EDN: WKHDDF doi: 10.15829/1560-4071-2021-4332
2. Oshchepkova EV, Lazareva NV, Chazova IE. Quality assessment of examination of patients with arterial hypertension in primary health care (according to the Russian arterial hypertension register data). *Systemic Hypertension*. 2017;14(2):29–34. EDN: ZRESKF
3. Pravkina EA, Nikulina NN, Luk'yanov MM, et al. The quality of examination of patients with arterial hypertension based at outpatient facilities. *Klin Med (Mosk)*. 2015;93(9):36–42. EDN: UMSZOZ
4. Rizakhanova OA, Avdeev SN, Avdeeva MV, Nikitina LY. Problems of medical care for patients with chronic obstructive pulmonary disease in the administrative territories of the Russian Federation. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2023;26(6):76–82. EDN: YJTEU doi: 10.17116/profmed20232606176
5. Kharisov AM, Lebedeva AM, Bereznikov AV. Expert evaluation of typical violations in the provision of medical aid in arterial hypertension. *Ural Medical Journal*. 2020;(5(188)):188–193. EDN: QEQQHZ doi: 10.25694/URMJ.2020.05.43
6. Kharisov AM, Efimov MD, Lebedeva AM, et al. Expert evaluation of typical violations in the provision of medical care for insulin-dependent diabetes mellitus. *Ural Medical Journal*. 2020;(5(188)):194–201. EDN: LBYYVR doi: 10.25694/URMJ.2020.05.44
7. Kobalava ZhD, Konradi AO, Nedogoda SV, et al. 2024 Clinical practice guidelines for Hypertension in adults. *Russian Journal of Cardiology*. 2024;29(9):6117. EDN: GUEWLU doi: 10.15829/1560-4071-2024-6117
8. Bronchial asthma. Clinical guidelines. 2024. [Internet]. Available from: https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/1065.html. Accessed: 05 June 2025. (In Russ.)
9. Type 2 diabetes mellitus in adults. Clinical guidelines. 2022. [Internet]. Available from: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/290_2. Accessed: 05 June 2025. (In Russ.)
10. Stable ischemic heart disease. Clinical guidelines. 2024. [Internet]. Available from: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/155_2. Accessed: 05 June 2025. (In Russ.)
11. Chronic obstructive pulmonary disease. Clinical guidelines. 2024 [Internet]. Available from: <https://bsmp-kursk.gosuslugi.ru/dokumenty/hronicheskaya-obstruktivnaya-bolezni-legkih.html>. Accessed: 05 June 2025. (In Russ.)
12. Kostinov MP, Mashilov KV, Kostinova TA. Vaccination of patients with comorbid conditions against meningococcal and pneumococcal disease and influenza during the COVID-19 pandemic – new aspects. *Epidemiology and Vaccinal Prevention*. 2023;22(5):89–95. doi: 10.31631/2073-3046-2023-22-5-89-95
13. Avdeev SN, Alyeva MH, Baranov AA, et al. Federal Clinical Guidelines on Vaccination of pneumococcal infection in children and adults. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2023;26(9–2):3–23. EDN: UFUFLE doi: 10.17116/profmed2023260923

ОБ АВТОРАХ

* Моисеева Ирина Евгеньевна,

канд. мед. наук, доцент;

адрес: Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41;

ORCID: 0000-0003-0236-7028; eLibrary SPIN: 9030-7975;

e-mail: irina.moiseeva@szgmu.ru

AUTHORS INFO

* Irina E. Moiseeva,

MD, Cand. Sci. (Medicine), Assistant Professor;

address: 41 Kirochnaya St., Saint Petersburg, 191015, Russia;

ORCID: 0000-0003-0236-7028; eLibrary SPIN: 9030-7975;

e-mail: irina.moiseeva@szgmu.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

Овакимян Карина Викторовна,

канд. мед. наук, доцент;
ORCID: 0000-0002-5342-3918;
eLibrary SPIN: 5900-2849;
e-mail: karina.ovakimyan@szgmu.ru

Дегтярева Людмила Николаевна,

канд. мед. наук, доцент;
ORCID: 0000-0001-8375-3363;
eLibrary SPIN: 5942-8540;
e-mail: ludmila.degtyareva@szgmu.ru

Зеленуха Дмитрий Николаевич, канд. мед. наук;

ORCID: 0009-0006-6258-9377;
eLibrary SPIN: 2953-9259;
e-mail: dmitriy.zelenukha@szgmu.ru

Романов Андрей Владимирович;

ORCID: 0009-0000-9360-2163;
e-mail: slav_org@mail.ru

Меловцова Марина Альбертовна, канд. мед. наук;

ORCID: 0009-0007-2309-4635;
eLibrary SPIN: 4863-3757;
e-mail: mshefer@mail.ru

Мосолова Эльвира Геннадьевна, канд. мед. наук;

ORCID: 0009-0003-0289-5346;
eLibrary SPIN: 5405-2932;
e-mail: mosolovaeg@mail.ru

Сергеев Михаил Николаевич;

ORCID: 0009-0001-4839-3419;
e-mail: m.n.sergeev@bk.ru

Григорян Елена Валерьевна;

ORCID: 0009-0007-9585-5712;
e-mail: david_grigoooo@mail.ru

Базаренко Татьяна Андреевна;

ORCID: 0009-0009-9879-1720;
e-mail: andreana-thebest@mail.ru

Дудник Анастасия Евгеньевна;

ORCID: 0009-0006-4574-7505;
e-mail: dudna@yandex.ru

Журавлева Виктория Алексеевна;

ORCID: 0009-0005-6897-6637;
e-mail: vikapopova26@mail.ru

Котова Екатерина Сергеевна;

ORCID: 0009-0002-8100-8233;
e-mail: katrinkkotova@yandex.ru

Ксения Витальевна Кудинова;

ORCID: 0009-0004-0534-9399;
eLibrary SPIN: 7035-0711;
e-mail: kseniakudinova@yandex.ru

Karina V. Ovakimyan,

MD, Cand. Sci. (Medicine), Assistant Professor;
ORCID: 0000-0002-5342-3918;
eLibrary SPIN: 5900-2849;
e-mail: karina.ovakimyan@szgmu.ru

Ludmila N. Degtyareva,

MD, Cand. Sci. (Medicine), Assistant Professor;
ORCID: 0000-0001-8375-3363;
eLibrary SPIN: 5942-8540;
e-mail: ludmila.degtyareva@szgmu.ru

Dmitry N. Zelenukha, MD, Cand. Sci. (Medicine);

ORCID: 0009-0006-6258-9377;
eLibrary SPIN: 2953-9259;
e-mail: dmitriy.zelenukha@szgmu.ru

Andrei V. Romanov, MD;

ORCID: 0009-0000-9360-2163;
e-mail: slav_org@mail.ru

Marina A. Melovtsova, MD, Cand. Sci. (Medicine);

ORCID: 0009-0007-2309-4635;
eLibrary SPIN: 4863-3757;
e-mail: mshefer@mail.ru

Elvira G. Mosolova, MD, Cand. Sci. (Medicine);

ORCID: 0009-0003-0289-5346;
eLibrary SPIN: 5405-2932;
e-mail: mosolovaeg@mail.ru

Mikhail N. Sergeev, MD;

ORCID: 0009-0001-4839-3419;
e-mail: m.n.sergeev@bk.ru

Elena V. Grigorian, MD;

ORCID: 0009-0007-9585-5712;
e-mail: david_grigoooo@mail.ru

Tatyana A. Bazarenko, MD;

ORCID: 0009-0009-9879-1720;
e-mail: andreana-thebest@mail.ru

Anastasiia E. Dudnik, MD;

ORCID: 0009-0006-4574-7505;
e-mail: dudna@yandex.ru

Victoria A. Zhuravleva, MD;

ORCID: 0009-0005-6897-6637;
e-mail: vikapopova26@mail.ru

Ekaterina S. Kotova, MD;

ORCID: 0009-0002-8100-8233;
e-mail: katrinkkotova@yandex.ru

Kseniia V. Kudinova;

ORCID: 0009-0004-0534-9399;
eLibrary SPIN: 7035-0711;
e-mail: kseniakudinova@yandex.ru