

Потребность в профилактических мероприятиях среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, состоящих на диспансерном наблюдении

Калинина А.М.¹, Демко В.В.¹, Шепель Р.Н.¹, Куликова М.С.¹, Бобрышева В.И.²,
Шарапова Ю.А.³, Драпкина О.М.¹

¹ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. Москва, Россия; ²БУЗ ВО "Воронежская городская поликлиника № 10" Минздрава России. Воронеж, Россия; ³ФГБОУ ВО "Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко" Минздрава России. Воронеж, Россия

Цель. Оценить по данным медицинской документации регистрацию профилактических мероприятий, регламентированных в рамках диспансерного наблюдения (ДН) пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных ф. № 131/у за 2023-2024гг у пациентов с артериальной гипертензией и/или ишемической болезнью сердца, состоящих на ДН у врача-терапевта участкового БУЗ ВО "ВГП № 10" и имеющих зарегистрированные поведенческие факторы риска (ПФР) и/или повышенную массу тела (МТ). Оценивали выполнение профилактического маршрута при первом в году диспансерном приеме. В анализ включено 178 ф. № 131/у: 87 за 2023г и 91 за 2024г; дополнительно выделена когорта пациентов с данными за оба года (n=64). Использовали методы описательной статистики.

Результаты. Направление на второй этап диспансеризации зарегистрировано в 91,6% ф. № 131/у; проведение углубленного профилактического консультирования и повторный прием врача-терапевта участкового — в 90,8%. Неполное выполнение профилактического маршрута составило 9,2%. Повышенная МТ зафиксирована в 87,6% ф. № 131/у; более чем в половине этих форм она сочеталась с ПФР. Доля зарегистрированных ПФР составила: нерациональное питание — 46,1%, низкая физическая активность — 50,0%, курение табака — 3,4%; риск пагубного потребления алкоголя не зарегистрирован. У пациентов с данными за оба года Ме индивидуальных разностей МТ, индекса МТ, систолического и диастолического артериального давления составили 0,0; снижение МТ зафиксировано у 9,4%. Число зарегистрированных ПФР в 2024г было ниже, чем в 2023г: Ме $\Delta = -1,0 [-2,0; 0,0]$.

Заключение. Ф. № 131/у может использоваться для оценки потребности в многофакторном профилактическом консультиро-

вании и выполнения профилактических мероприятий при ДН при условии контроля полноты и качества заполнения учетной документации.

Ключевые слова: диспансерное наблюдение, профилактическое консультирование, углубленное профилактическое консультирование, поведенческие факторы риска, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сердечно-сосудистые заболевания, профилактический маршрут пациента, первичная медико-санитарная помощь, медицинская документация.

Отношения и деятельность: нет.

Благодарности. Авторы выражают благодарность сотрудникам БУЗ ВО "ВГП № 10" за содействие в организации и проведении исследования, а также главному врачу Копылову Е.Н. за организационную поддержку при выполнении исследования.

Поступила 01/06-2026

Рецензия получена 16/06-2026

Принята к публикации 06/07-2026



Для цитирования: Калинина А.М., Демко В.В., Шепель Р.Н., Куликова М.С., Бобрышева В.И., Шарапова Ю.А., Драпкина О.М. Потребность в профилактических мероприятиях среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, состоящих на диспансерном наблюдении. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2026;25(7):4957. doi: 10.15829/1728-8800-2026-4957. EDN: DUFXTD

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: skinnir@inbox.ru

[Калинина А.М. — д.м.н., профессор, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения, ORCID: 0000-0003-2458-3629, Демко В.В.* — с.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, врач-методист, аспирант кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, ORCID: 0000-0002-0282-1983, Шепель Р.Н. — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, руководитель отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, в.н.с., ORCID: 0000-0002-8984-9056, Куликова М.С. — с.н.с. отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения, ORCID: 0000-0002-7870-5217, Бобрышева В.И. — зав. отделением медицинской профилактики, ORCID: 0009-0000-2026-4394, Шарапова Ю.А. — к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии, доцент кафедры управления в здравоохранении, главный внештатный специалист-терапевт Воронежской области, ORCID: 0000-0002-4269-2143, Драпкина О.М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430].

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; БУЗ ВО "Воронежская городская поликлиника № 10", ул. 20-летия Октября, д. 82, Воронеж, 394006, Россия; ФГБОУ ВО "Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко" Минздрава России, ул. Студенческая, д. 10, Воронеж, 394036, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Voronezh City Polyclinic № 10, 20-letiya Otktyabrya str., 82, Voronezh, 394006, Russia; Burdenko Voronezh State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Studencheskaya str., 10, Voronezh, 394036, Russia.

Need for preventive measures in patients with cardiovascular diseases undergoing follow-up monitoring

Kalinina A. M.¹, Demko V. V.¹, Shepel R. N.¹, Kulikova M. S.¹, Bobrysheva V. I.², Sharapova Yu. A.³, Drapkina O. M.¹¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia; ²Voronezh City Polyclinic № 10. Voronezh, Russia;³Burdenko Voronezh State Medical University. Voronezh, Russia

Aim. To evaluate the preventive measures regulated within the follow-up monitoring program of patients with cardiovascular diseases based on medical records.

Material and methods. This retrospective analysis of data from form № 131/u for 2023-2024 was conducted in patients with hypertension and/or coronary artery disease under follow-up monitoring from a general practitioner within the Voronezh City Polyclinic № 10 and had registered behavioral risk factors (BRFs) and/or excess body weight. Compliance with the preventive route was assessed during the first outpatient visit of the year. The analysis included 178 forms № 131/u — 87 for 2023 and 91 for 2024; an additional cohort of patients with data for both years was identified (n=64). Descriptive statistics were used.

Results. Referral to the second stage of the outpatient examination was recorded in 91,6% of forms № 131/u. In-depth preventive counseling and follow-up appointments with a local general practitioner were performed in 90,8%. Incomplete completion of the preventive route was 9,2%. Excess body weight was recorded in 87,6% of forms № 131/u. In more than half of these forms it was combined with BRFs. The proportion of registered BRFs was unhealthy diet (46,1%), low physical activity (50,0%), tobacco smoking (3,4%); the risk of harmful alcohol consumption was not registered. In patients with data for both years, Me of individual differences in body weight, body mass index, systolic and diastolic blood pressure was 0,0; a decrease in body weight was recorded in 9,4%. The number of registered BRFs in 2024 was lower than in 2023 — Me Δ = -1,0 [-2,0; 0,0].

Conclusion. Form № 131/u can be used to assess the need for multifactorial preventive counseling and the implementation of preventive measures in cases of noncommunicable diseases, subject to monitoring the completeness and quality of the documentation.

Keywords: follow-up monitoring, preventive counseling, in-depth preventive counseling, behavioral risk factors, hypertension, coronary artery disease, cardiovascular diseases, patient preventive route, primary health care, medical follow-up monitoring.

Relationships and Activities: none.

Acknowledgements. The authors express their gratitude to the staff of the Volgograd Regional Hospital No. 10 for their assistance in organizing and conducting the study, as well as to the Chief Physician, E. N. Kopylov, for his organizational support during the study.

Kalinina A. M. ORCID: 0000-0003-2458-3629, Demko V. V.* ORCID: 0000-0002-0282-1983, Shepel R. N. ORCID: 0000-0002-8984-9056, Kulikova M. S. ORCID: 0000-0002-7870-5217, Bobrysheva V. I. ORCID: 0009-0000-2026-4394, Sharapova Yu. A. ORCID: 0000-0002-4269-2143, Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430.

*Corresponding author: skirnir@inbox.ru

Received: 01/06-2026

Revision Received: 16/06-2026

Accepted: 06/07-2026

For citation: Kalinina A. M., Demko V. V., Shepel R. N., Kulikova M. S., Bobrysheva V. I., Sharapova Yu. A., Drapkina O. M. Need for preventive measures in patients with cardiovascular diseases undergoing follow-up monitoring. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2026;25(7): 4957. doi: 10.15829/1728-8800-2026-4957. EDN: DUFXTD

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, ДН — диспансерное наблюдение, ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИзбМТ — избыточная масса тела, ИМТ — индекс массы тела, МТ — масса тела, НП — нерациональное питание, НФА — недостаточная/низкая физическая активность, Ож — ожирение, ПК — профилактическое консультирование, ПМО — профилактический медицинский осмотр, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, ПФР — поведенческие факторы риска, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, УПК — углубленное ПК, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания.

Введение

Диспансерное наблюдение (ДН) является одним из эффективных механизмов снижения риска преждевременной смерти пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), прогрессирования и риска обострений этих заболеваний. Отмечается тенденция неуклонного роста в нашей стране пациентов с ХНИЗ, состоящих на ДН, как показано в наблюдениях за период 2018-2023гг [1].

Наибольшую долю пациентов с ХНИЗ, состоящих на ДН, составляют больные сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), для которых, как неоднократно доказано, эффективное ДН является одним из ключевых организационных механизмов управления риском прогрессирования заболеваний, обострений и осложнений [2]. Снижение риска фатальных осложнений у пациентов с ССЗ, состоящих на ДН, достигается не только за счет медикаментозного лечения, но и при условии ре-

ализации **комплексных профилактических мероприятий**. Важным компонентом такого подхода является многофакторная профилактика, направленная на коррекцию сопутствующих модифицируемых поведенческих факторов риска (ПФР), к которым относятся нерациональное питание (НП), низкая/недостаточная физическая активность (НФА), курение/потребление табака и/или никотин-содержащей продукции, риск пагубного потребления алкоголя [3]. Отдельные факторы риска и связанные с ними показатели включены в перечень контролируемых показателей качества ДН пациентов с ССЗ¹.

Важно отметить, что для эффективной коррекции ПФР, сопутствующих ССЗ, обязательным условием является **активное междисциплинарное взаи-**

¹ Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (в ред. Приказа Минздрава России от 28.02.2024 № 91н).

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Поведенческие факторы риска оказывают неблагоприятное влияние на течение хронических неинфекционных заболеваний, в т.ч. сердечно-сосудистых (ССЗ), и требуют системного выявления, контроля и проведения профилактических мероприятий в рамках диспансерного наблюдения (ДН).
- Профилактическое консультирование (ПК), особенно углубленное ПК, является одним из основных инструментов многофакторной профилактики у пациентов с поведенческими факторами риска.

Что добавляют результаты исследования?

- Оценка потребности в профилактических мероприятиях в рамках регламента ДН пациентов с ССЗ зависит не только от организации и полноты выполнения профилактического маршрута пациента, но и от качества и полноты регистрации профилактических мероприятий в формах медицинского статистического учета.
- Показано, что при высокой доле направления диспансерных пациентов на 2-й этап диспансеризации и документально подтвержденного проведения углубленного ПК, сохраняется недостаточная его результативность, что обосновывает совершенствование и систематизацию междисциплинарного взаимодействия в рамках ДН пациентов, как показано на примере пациентов с ССЗ.

Key messages

What is already known about the subject?

- Behavioral risk factors have an adverse impact on the course of noncommunicable diseases, including cardiovascular diseases (CVD), and require systematic identification, monitoring, and preventive measures as part of follow-up monitoring.
- Preventive counseling, especially in-depth one, is one of the main tools for multifactorial prevention in patients with behavioral risk factors.

What might this study add?

- Assessing the need for preventive measures within the follow-up monitoring regulations for patients with cardiovascular diseases depends not only on the management and completeness of the patient's preventive route, but also on the quality and completeness of the registration of preventive measures in medical statistical records.
- Despite a high proportion of referrals to the second stage of clinical examination and documented in-depth preventive counseling, its effectiveness remains insufficient. This justifies the need to improve and systematize interdisciplinary collaboration within the follow-up monitoring, as demonstrated by the example of patients with cardiovascular diseases.

модействие и согласованность действий участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей (фельдшеров) медицинской профилактики [4, 5].

Длительное ДН пациентов с ССЗ неизбежно предполагает активное участие самого пациента в выполнении врачебных назначений и рекомендаций. В связи с этим наряду с клинической компетенцией врача первого контакта в диагностике и лечении заболевания, особое значение приобретают его компетенции в области профилактического консультирования (ПК), направленные на информирование, обучение и мотивирование пациента, формирование приверженности и согласованного плана действий по коррекции ПФР [6-9]. Значение активного участия пациента в процессе амбулаторного наблюдения подтверждается данными, полученными у больных ишемической болезнью сердца (ИБС): вовлечение пациентов в программы интенсивного амбулаторного наблюдения ассоциировано со снижением общей смертности и частоты повторных госпитализаций [2].

В отечественных публикациях неоднократно отмечаются ограничения организации и проведения ДН, требующие последующего устранения. К их числу относятся несвоевременное установление ДН, недостаточное качество динамического наблюдения, а также ограниченное привлечение профильных специалистов при ведении коморбидных пациентов [10]. Кроме того, фиксируется неполнота внесения в контрольные карты ДН сведений о достижении контролируемых показателей, в т.ч. у пациентов с ИБС, состоящих на ДН [11], что ограничивает возможности оценки полноты контроля модифицируемых ПФР. Также имеются данные о связи динамики ПФР со статусом ДН у пациентов с ССЗ [12]. На фоне позитивных изменений ПФР у пациентов с ССЗ, состоящих на ДН, отмечалось снижение кратности посещений по основному заболеванию на треть [12]. В связи с этим динамика ПФР у пациентов с ССЗ, находящихся на ДН, может рассматриваться как один из критериев оценки полноты и качества ДН, а также многофакторного ПК, проводимого в рамках ДН.

В отечественной литературе представлены методические решения, направленные на упорядочение проведения ДН в условиях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В частности, Шепелем Р. Н. и др. разработан алгоритм диспансерного приема врачом-терапевтом пациентов, состоящих под ДН, включающий последовательность профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, оценку достижения целевых показателей, назначение необходимых мероприятий, информирование пациента и оформление медицинской документации [13]. Вместе с тем, алгоритмизация диспансерного приема не исчерпывает задачи интеграции многофакторной профилактики в ДН пациентов с ССЗ, поскольку коррекция ПФР требует согласованного взаимодействия врача-терапевта участкового со специалистом по медицинской профилактике, маршрутизации пациента на ПК/углубленное ПК (УПК) и последующего контроля выполнения профилактических рекомендаций.

Одним из примеров дальнейшей регламентации профилактического компонента ДН является разработанная авторским коллективом организационно-функциональная модель междисциплинарного взаимодействия врача-терапевта участкового и специалиста по медицинской профилактике, предусматривающая *профилактический маршрут пациента*, — регламентированную последовательность профилактических мероприятий и взаимодействий участников ДН при выявлении и коррекции ПФР: первый в году диспансерный прием, проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДОГВН)/профилактического медицинского осмотра (ПМО), направление на ПК/УПК, проведение УПК и последующий контроль выполнения профилактических рекомендаций². Компонент динамического дистанционного наблюдения в данной модели реализован с использованием цифровой платформы "Доктор ПМ". Результативность его применения ранее была показана в российском многоцентровом рандомизированном исследовании 2021г, в котором дистанционная поддержка пациентов осуществлялась с помощью мобильного приложения "Доктор ПМ": самоконтроль массы тела (МТ), артериального давления (АД) и физической активности выполнялся 1 раз/3 дня, а контроль пищевых привычек — 1 раз/7 дней [14]. В этом исследовании достижение целевого уровня снижения МТ составило 47,2% в группе активного наблюдения и 37,8% в группе самоконтроля, при этом лица, достигшие целевого снижения МТ, демонстрировали более высокую приверженность дистанционному самоконтролю пищевых привычек [14]. В последующем ис-

следовании [15] у пациентов с ХНИЗ, подлежащих ДН, и пациентов без ХНИЗ применение платформы также продемонстрировало сопоставимую результативность по динамике контролируемых показателей, включая МТ, индекс МТ (ИМТ) и окружности талии, а доля пациентов, достигших снижения МТ $\geq 5\%$, составила 44,4% в обеих группах [15]. Полученные ранее данные позволяют рассматривать цифровую платформу "Доктор ПМ" как инструмент практической реализации УПК и последующего дистанционного контроля ПФР при организационной интеграции профилактических мероприятий в ДН пациентов с ССЗ. Это согласуется с современными направлениями цифровой трансформации ПМСП, в рамках которых подчеркивается значение цифровой зрелости медицинских организаций, готовности медицинского персонала к использованию цифровых решений и восприятия таких технологий пациентами [16, 17].

Цель исследования — оценить по данным медицинской документации регистрацию профилактических мероприятий, регламентированных в рамках ДН пациентов с ССЗ.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ данных учетной формы № 131/у "Карта учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)" (ф. 131/у) за 2023–2024гг в целевой когорте пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и/или ИБС, состоящих на ДН у врача-терапевта участкового, для оценки регистрации в медицинской документации ПФР и их сочетанности, а также динамики отдельных показателей по ядерной когорте пациентов, имеющих заполненные ф. № 131/у за оба года наблюдения. В исследовании оценивалось выполнение регламентированных профилактических мероприятий в рамках первого в году диспансерного приема пациентов с АГ и/или ИБС. Исследование проведено на базе бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области "Воронежская городская поликлиника № 10" (БУЗ ВО "ВГП № 10").

Настоящая статья является частью серии публикаций, в которых планируется представить результаты анализа потребности пациентов с ССЗ, состоящих на ДН, в профилактических мероприятиях, включая ПК, а также оценку реализации профилактического маршрута, предусмотренного разработанной ранее организационно-функциональной моделью междисциплинарного взаимодействия, в целевой группе пациентов [15].

Характеристика врачебного терапевтического участка выполнена по данным паспорта участка за 2024г по ф. № 030/у. Численность прикрепленного взрослого населения составила 2226 человек, в т.ч. лиц трудоспособного возраста — 1598 человек, старше трудоспособного возраста — 628 человек. Численность пациентов с ССЗ, прикрепленных к терапевтическому участку, составила 575 человек или 25,8% от прикрепленного населения участка. Доля пациентов с ХНИЗ, состоящих на ДН, составила от численности прикрепленного населения участка 33,3% (741 человек). К сожалению, в паспорте участка сведе-

² Патент на промышленный образец № 149321 https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2025/11/149321.eod_.pdf.

Таблица 1

Выполнение профилактического маршрута в целевой когорте пациентов по данным медицинской документации (учетной ф. 131/у), %

Профилактический маршрут (шаги)	2023г	2024г	Оба года
1-й шаг — (неполная регистрация/проведение краткого ПК)	43,7	30,8	37,1
2-й шаг + основные мероприятия 1-го шага (без учета краткого ПК)	88,5	94,5	91,6
Всего проанализировано учетных форм с выполненными 1-м и 2-м шагами профилактического маршрута	n=87 (100%)	n=91 (100%)	n=178 (100%)
3-й шаг — проведение углубленного ПК с направлением на повторный прием врача-терапевта участкового	87,0	94,2	90,8
4-й шаг — повторный прием врача-терапевта участкового с определением дальнейшей тактики	87,0	94,2	90,8
Неполное выполнение профилактического маршрута пациента	13,0	5,8	9,2
Всего проанализировано учетных форм с выполненными 3-м и 4-м шагами профилактического маршрута	n=77 (100%)	n=86 (100%)	n=163 (100%)

Примечание: ПК — профилактическое консультирование.

Таблица 2

Регистрация выявленных ПФР и повышенной МТ в целевой когорте пациентов по данным медицинской документации 2023 и 2024гг, %

Показатель	2023г	2024г	Оба года
НП	81,6	12,1	46,1
НФА	75,9	25,3	50,0
Курение	3,4	3,3	3,4
Риск пагубного потребления алкоголя	0,0	0,0	0,0
Повышенная МТ	78,2	96,7	87,6
Всего проанализировано учетных форм с выполненными 1-м и 2-м шагами профилактического маршрута	n=87 (100%)	n=91 (100%)	n=178 (100%)

Примечание: повышенная МТ фиксировалась при наличии отметки в ф. № 131/у об избыточной МТ или ожирении; МТ — масса тела, НП — нерациональное питание, НФА — низкая/недостаточная физическая активность.

ния о доле пациентов с ССЗ, состоящих на ДН, отсутствовали. Формирование целевой когорты для анализа данных медицинской документации выполнено по данным имеющихся ф. № 131/у за два года наблюдения (2023 и 2024гг).

Критерии включения в целевую когорту: пациенты, прошедшие ДОГВН за анализируемый период, состоящие на ДН по поводу АГ и/или ИБС и имеющие зарегистрированные в ф. № 131/у ПФР (НП, НФА, курение и риск пагубного потребления алкоголя) и/или повышенную МТ. Для их обобщенной оценки использовался аналитический признак "повышенная МТ", который фиксировался в ф. № 131/у при избыточной МТ (ИзбМТ) или ожирении (Ож).

Профилактический маршрут пациента, состоящего на ДН, рассматривался как последовательность 4-х шагов: 1-й шаг — первый в текущем году диспансерный прием врача-терапевта участкового с направлением пациента на ДОГВН; 2-й шаг — определение показаний и направление на второй этап ДОГВН; 3-й шаг — проведение УПК и направление на повторный/заключительный прием врача-терапевта участкового; 4-й шаг — повторный/заключительный прием врача-терапевта участкового с определением дальнейшей тактики. Оценка выполнения профилактического маршрута с полным циклом регламентированных профилактических мероприятий проводилась по данным учетных форм № 131/у, оформлен-

ных при прохождении ДОГВН. Учетные формы № 131/у, оформленные при прохождении только ПМО, в данный анализ не включались, поскольку ПМО не предусматривает второго этапа ДОГВН и, соответственно, не позволяет оценить полный маршрут, включающий направление на 2-й этап, проведение УПК и повторный/заключительный прием врача-терапевта участкового.

С учетом того, что один пациент мог иметь заполненные ф. № 131/у не за все, а за отдельные годы анализируемого 2-летнего периода наблюдения, единицей статистического наблюдения являлась ф. № 131/у. Исходно проанализировано 286 ф. № 131/у за 2023–2024гг; после отбора форм, соответствующих критериям целевой когорты, в анализ включено 178 ф. № 131/у, в т.ч. 87 форм за 2023г и 91 форма за 2024г. Анализ выполнен отдельно по годам и суммарно за 2 года анализируемого периода. Для сопоставления динамики показателей дополнительно выделена когорта диспансерных пациентов с АГ и/или ИБС, прошедших ДОГВН дважды за анализируемый период — в 2023 и 2024гг (n=64).

Статистический анализ проводился с использованием методов описательной статистики. Качественные признаки представлены в виде абсолютных значений (n) и долей (%). Количественные показатели описаны с использованием медианы и интерквартильного размаха — Me [Q25; Q75]. Для оценки динамики анализируемых показателей в ядерной когорте кроме абсолютных значений

Таблица 3

Распределение ф. № 131/у
с зарегистрированной повышенной МТ
по числу сопутствующих ПФР в целевой группе
за 2023-2024гг, %

Сочетание ПФР с повышенной МТ	2023г	2024г	Оба года
Повышенная МТ только (без ПФР)	13,2	72,7	46,8
Повышенная МТ + 1 ПФР	17,6	17,0	17,3
Повышенная МТ + 2 ПФР	66,2	10,2	34,6
Повышенная МТ + 3 ПФР	2,9	0,0	1,3
Всего форм с повышенной МТ	n=68 (100%)	n=88 (100%)	n=156 (100%)

Примечание: МТ — масса тела, ПФР — поведенческие факторы риска.

приведены разности показателей по годам наблюдения
(Δ% значения 2024г по сравнению с 2023г).

Результаты

По данным ф. № 131/у, доля выполнения профилактических мероприятий 2-х первых шагов профилактического маршрута составила 91,6% (88,5% в 2023г и 94,5% в 2024г). Обращает на себя внимание, что не все мероприятия этих шагов маршрута регистрировались в учетных формах. В частности, отмечена неполная регистрация проведения краткого ПК по итогам 1-го этапа ДОГВН. К сожалению, особенности анализа данных медицинской документации не позволяют оценить фактическую полноту проведения краткого ПК, поскольку анализируются только показатели, зарегистрированные в учетной форме. Показатель полноты регистрации мероприятий последующих 3-го и 4-го шагов маршрута рассчитывался от численности учетных форм с полной регистрацией мероприятий 1-го и 2-го шагов профилактического маршрута (n=77 в 2023г и n=86 в 2024г) и составил 90,8% (87,0% в 2023г и 94,2% в 2024г). Неполное выполнение профилактического маршрута за 2 года наблюдения составило 9,2%, снизившись с 13,0% в 2023г до 5,8% в 2024г (таблица 1).

Зафиксированные в учетных формах ПФР и повышенная МТ (ИзбМТ или Ож) составили: НП — 46,1%, НФА — 50,0%, курение — 3,4%, риск пагубного потребления алкоголя в учетных формах пациентов целевой когорты не был зарегистрирован (таблица 2). В учетной форме ДОГВН повышенная МТ зафиксирована в 87,6% случаев, из которых большинство сочеталось с зафиксированными ПФР. Обращает на себя внимание различие частоты их фиксации по годам наблюдения, особенно, в отношении НП и НФА, а также регистрация в единичных случаях курения табака и полное

Таблица 4

Динамика измеряемых показателей (МТ, АД)
и ПФР по данным медицинской документации
у пациентов целевой ядерной когорты (n=64),
Δ% 2024г по сравнению с 2023г

Показатель	Снижение/ уменьшение	Без изменений	Повышение
МТ, кг	9,4	56,3	34,4
ИМТ, кг/м ²	10,9	56,3	32,8
САД, мм рт. ст.	26,6	59,4	14,1
ДАД, мм рт. ст.	20,3	68,8	10,9
Количество ПФР, зарегистрированных в карте на 1 пациента	68,7	26,6	4,7

Примечание: АД — артериальное давление, ИМТ — индекс массы тела, МТ — масса тела, ПФР — поведенческие факторы риска, САД — систолическое АД, ДАД — диастолическое АД.

отсутствие отметок о риске пагубного потребления алкоголя, что, вероятнее всего, связано с неполнотой регистрации этих ПФР. Полнота и качество регистрации в медицинской документации прогностически важных ПФР, несомненно, негативно отражается на полноте профилактических мероприятий у диспансерных пациентов и в целом на управлении рисками осложнений и прогрессирования заболеваний.

Анализ учетных форм целевой когорты пациентов показал сочетанность регистрации ПФР при наличии повышенной МТ (таблица 3). Также, как сказано выше, обращает на себя внимание различие частоты фиксации показателей по годам, что, вероятнее всего, связано именно с неполнотой регистрации ПФР, которые оцениваются опросным методом самооценки, в то время как фиксация величины МТ основана на антропометрически измеряемых показателях и менее подвержена влиянию субъективных факторов на их измерение.

Для оценки динамики изменения статуса фиксации данных ДОГВН, в определенной степени отражающих профилактическую активность, в рамках ДН проведено сравнение величин измеряемых показателей (МТ, ИМТ и АД), фиксируемых в медицинской документации за 2 года наблюдения в учетных картах ядерной когорты пациентов (таблица 4).

Снижение МТ и ИМТ отмечено у 9,4 и 10,9% пациентов, увеличение у 34,4 и 32,8%, соответственно, что отразилось на медианных показателях, которые показывают рост величин МТ от 78,5 [71,0; 84,2] до 82,0 [76,5; 92,5] кг. Параллельно с описанной тенденцией повышения МТ регистрируется снижение величин систолического АД у 26,6% и диастолического АД у 20,3% пациентов, и повышение систолического АД у 14,1% и диастолического АД у 10,9%, соответственно, что в целом следует оценивать как следствие недостаточной профилактической актив-

ности в рамках ДН пациентов с ССЗ. Дополнительный анализ изменения — количества зарегистрированных ПФР в расчете на ученую карту 1 пациента — показал, что у большинства (68,7%) отмечено уменьшение сочетанности ПФР (по разнице медицинского показателя на -1,0) (таблица 4).

Обсуждение

Полученные результаты показывают, что анализ ф. № 131/у позволяет выявить потребность пациентов с ССЗ в многофакторном ПК, но при соблюдении условия контроля полноты и качества заполнения ученых форм статистической отчетности. На примере когорты диспансерных пациентов с АГ и/или ИБС показано, что наиболее часто фиксировалась повышенная МТ, которая более чем в половине форм сочеталась с ≥ 1 ПФР. В целом, регистрация данных о ПФР в медицинской документации требует контроля.

Эти данные подтверждают, что *коррекция ПФР у пациентов с ССЗ должна рассматриваться как обязательный компонент ДН*, поскольку динамика ПФР может использоваться как один из критериев полноты и качества ДН и многофакторного ПК. Так, в исследовании Болотовой Е. В. и др. на фоне 3-летнего ДН у пациентов с ССЗ была показана тенденция к снижению частоты модифицируемых ПФР, тогда как у лиц, не состоящих на ДН, отмечался рост частоты ИзбМТ, Ож и повышенного АД [11]. Вместе с тем, наличие ПФР и состояний, требующих профилактического вмешательства, не означает автоматического обеспечения пациента ПК. По данным многоцентрового исследования Веретенниковой А. В. и др., у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, несмотря на высокий риск повторных сердечно-сосудистых событий, через 12 мес. после коронарного события, ПК по отказу от курения было проведено у 58,4% курящих пациентов, по вопросам питания — у 71,6%, по вопросам физической активности — у 31,6%, по отказу от употребления алкоголя — у 14,9% пациентов [18]. Эти данные подтверждают, что оценка обеспеченности пациентов ПК по ПФР имеет самостоятельное организационное значение, особенно у пациентов с установленными ССЗ и высоким риском осложнений, и требует повышения профилактической активности как со стороны медицинских специалистов, так и пациентов.

Полнота выполнения ПК в рамках ДН зависит не только от наличия показаний и маршрутизации пациента, но и от организационных условий работы специалистов ПМСП. По данным Драпкиной О. М. и др., при высокой осведомленности врачей о необходимости контроля факторов риска ~40% опрошенных уделяли недостаточно времени разъяснению пациентам вопросов, связанных с коррекцией образа жизни, питания и физической активности

[19]. В этом контексте выявленное в настоящем исследовании отсутствие сведений о кратком ПК в части ученых форм характеризует краткое ПК как наименее полно документируемый элемент первого этапа ДОГВН, при том, что сведения о проведенных мероприятиях ДОГВН, включая анкетирование с опросом о ПФР, антропометрию, измерение АД, были указаны во всех проанализированных формах. Полученные результаты согласуются и подтверждают наши наблюдения, описанные ранее, согласно которым результаты ДОГВН могут использоваться для оценки профилактического потенциала ПМСП при условии обеспечения полноты и качества выполнения ее компонентов, что актуализирует вопросы качества анкетирования, интерпретации его результатов и внесения сведений в учетные формы [20]. Следовательно, ф. № 131/у может рассматриваться как источник оценки потребности в многофакторном ПК, установленной по данным учетной документации, и выполнения профилактического маршрута, *однако ее аналитическая ценность напрямую зависит от полноты отражения выявленных ПФР и проведенных профилактических мероприятий.*

Ограничения исследования. Исследование выполнено на основании ретроспективного анализа данных ф. № 131/у, что определяет зависимость полученных результатов от полноты и качества заполнения учетной документации.

Статистический анализ носил описательный характер; проверка статистической значимости межгодовых различий не проводилась.

Исследование выполнено на базе одного врачебного терапевтического участка одной медицинской организации ПМСП, что ограничивает возможность прямого обобщения полученных результатов на другие медицинские организации и территории без учета локальных организационных условий.

Заключение

По данным учетной медицинской документации ДОГВН при условии контроля качества и полноты внесения данных о пациенте в эти учетные формы показана возможность оценки потребности в профилактических мероприятиях, включая многофакторное ПК пациентов, состоящих на ДН по поводу ССЗ, что показано на примере целевой когорты пациентов с АГ и/или ИБС. Выполнение профилактического маршрута по данным, зафиксированным в учетной ф. № 131/у характеризовалось высокой долей направлений пациентов на второй этап ДОГВН и документально подтвержденного проведения УПК среди направленных пациентов. Вместе с тем, выявлена неполная фиксация краткого ПК на первом этапе ДОГВН, что указывает на необходимость повышения полноты документального отражения этих консультативных ме-

роприятий и обеспечения преемственности между выявлением модифицируемых ПФ, направлением пациента на УПК и последующим контролем выполнения профилактических рекомендаций. Полученные данные подтверждают организационную значимость оценки потребности в профилактических мероприятиях в рамках ДН пациентов с ССЗ, как категории диспансерных пациентов высокого риска, в частности пациентов с АГ и/или ИБС.

Литература/References

- Chigrina VP, Khodakova OV, Deev IA, et al. Dispensary observation in the Russian Federation: dynamics of indicators. Russian Journal of Preventive Medicine. 2025;28(2):13-8. (In Russ.) Чигрина В.П., Ходакова О.В., Деев И.А. и др. Диспансерное наблюдение в Российской Федерации: динамика показателей. Профилактическая медицина. 2025;28(2):13-8. doi:10.17116/profmed20252802113.
- Boytsov SA, Provatorov SI. Possibilities of dispensary observation in reducing mortality from coronary heart disease. Terapevticheskii Arkhiv. 2023;95(1):5-10. (In Russ.) Бойцов С.А., Проваторов С.И. Возможности диспансерного наблюдения в снижении смертности от ишемической болезни сердца. Терапевтический архив. 2023;95(1):5-10. doi:10.26442/00403660.2023.01.202038.
- Boytsov SA, Vylegzhanin SV, Gileva FA, et al. Improving the prevention of chronic non-communicable diseases in health care facilities. Russian Journal of Preventive Medicine. 2013;16(2):3-12. (In Russ.) Бойцов С.А., Вылегжанин С.В., Гилева Ф.А. и др. Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения. Профилактическая медицина. 2013;16(2):3-12. EDN: QBZGKV.
- Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM. Organizational aspects of outpatient management of comorbid patients. Moscow: Vidoks; 2020. 144 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. Организационные аспекты амбулаторного ведения коморбидных пациентов. М.: Видокс, 2020. 144 с. ISBN: 978-5-6042718-2-7.
- Kalinina AM, Gomova TA, Kushunina DV, et al. Prevention activities of therapists in outpatient facilities as an important factor of the efficiency of prophylactic medical examination and follow-up: Regional experience. Russian Journal of Preventive Medicine. 2016;19(4):15-22. (In Russ.) Калинина А.М., Гомова Т.А., Кушунина Д.В. и др. Профилактическая активность врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений как важный фактор эффективности диспансеризации и диспансерного наблюдения; региональный опыт. Профилактическая медицина. 2016;19(4):15-22. doi:10.17116/profmed201619415-22.
- Boytsov SA, Kalinina AM, Ipatov PV. New clinical and organizational approaches to preventing cardiovascular diseases in the primary health care system. Terapevticheskii Arkhiv. 2013;85(8):8-13. (In Russ.) Бойцов С.А., Калинина А.М., Ипатов П.В. Новые клинко-организационные подходы к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи. Терапевтический архив. 2013;85(8):8-13. EDN: RBMNHJ.
- Sandakov YP. Relevance of the research of the organization of follow-up care in primary care. Modern problems of science and education. 2017;2:122. (In Russ.) Сандаков Я.П. Актуальность исследований организации диспансерного наблюдения при оказании первичной медико-санитарной помощи. Современные проблемы науки и образования. 2017;2:122. doi:10.17513/spno.26372. EDN: YLKJLT.
- Drapkina OM, Demko VV, Kalinina AM, et al. Preventive counseling of patients with risk factors for noncommunicable diseases in clinical practice. Analytical review. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(12):4154. (In Russ.) Драпкина О.М., Демко В.В., Калинина А.М. и др. Профилактическое консультирование пациентов с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в клинической практике. Аналитический обзор. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(12):4154. doi:10.15829/1728-8800-2024-4154. EDN: RNDDQO.
- Kalinina AM, Kulikova MS, Demko VV, et al. Use of telemedicine technologies in individual in-depth preventive counseling and remote monitoring of increased body weight and concomitant behavioral risk factors. In: Primary health care for adults. National guideline in 7 volumes: textbook. Vol. IV. Moscow: Siliceya-Poligraph; 2026. p. 761-788. (In Russ.) Калинина А.М., Куликова М.С., Демко В.В. и др. Применение телемедицинских технологий при индивидуальном углубленном профилактическом консультировании и дистанционном контроле повышенной массы тела и сопутствующих поведенческих факторов риска. В кн.: Первичная медико-санитарная помощь взрослому населению. Национальное руководство в 7 томах: учебное пособие. Том IV. М.: ООО Силицея-Полиграф, 2026. С. 761-788. EDN: CAFBBY.
- Drapkina OM, Shepel RN, Kalinina AM, et al. Organizational context of quality assessment of follow-up care for patients with stable coronary heart disease by primary care general practitioners. Russian Journal of Preventive Medicine. 2021;24(9):6-16. (In Russ.) Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Калинина А.М. и др. Организационные аспекты оценки качества диспансерного наблюдения за пациентами с ишемической болезнью сердца стабильного течения участковыми врачами-терапевтами. Профилактическая медицина. 2021;24(9):6-16. doi:10.17116/profmed2021240916.
- Bolotova EV, Kontsevaya AV, Kovrigina IV. Temporal pattern of cardiovascular risk factors depending on outpatient care status. Fundamental and Clinical Medicine. 2020;5(2):39-47. (In Russ.) Болотова Е.В., Концевая А.В., Ковригина И.В. Динамика факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от статуса диспансерного наблюдения за трехлетний период. Фундаментальная и клиническая медицина. 2020;5(2):39-47. doi:10.23946/2500-0764-2020-5-2-39-47.
- Bolotova EV, Kovrigina IV. Dynamics of the factors cardiovascular diseases depending on a dispensary observation status in the regional polyclinic of Krasnodar, 2015-2018. South Russian Journal of Therapeutic Practice. 2021;2(2):62-9. (In Russ.) Болотова Е.В., Ковригина И.В. Динамика факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на фоне диспансерного наблюдения в поликлинике г. Краснодара за 2015-2018 гг. Южно-Российский журнал терапевтической практики. 2021;2(2):62-9. doi:10.21886/2712-8156-2021-2-2-62-69.

13. Shepel RN, Ipatov PV, Drozdova LYu, et al. Algorithm of appointment (examination; consultation) of patients under follow-up care by a general practitioner. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2025;24(3):4372. (In Russ.) Шепель Р.Н., Ипатов П.В., Дроздова Л.Ю. и др. Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2025;24(3):4372. doi:10.15829/1728-8800-2025-4372.
14. Kulikova MS, Kalinina AM, Eganyan RA, et al. Use of mobile health tools in controlling overweight and dietary habits: results of a Russian multicenter randomized trial. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2022;25(12):46-54. (In Russ.) Куликова М.С., Калинина А.М., Еганян Р.А. и др. Использование инструментов мобильного здравоохранения в контроле избыточной массы тела и привычек питания: результаты российского многоцентрового рандомизированного исследования. *Профилактическая медицина*. 2022;25(12):46-54. doi:10.17116/profmed20222512146.
15. Kalinina AM, Demko VV, Kulikova MS, et al. Experience with intensive preventive counseling followed by remote monitoring of behavioral risk factors for overweight in patients with noncommunicable diseases. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2025;24(9):4556. (In Russ.) Калинина А.М., Демко В.В., Куликова М.С. и др. Опыт применения углубленного профилактического консультирования и последующего дистанционного контроля поведенческих факторов риска повышенной массы тела у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2025;24(9):4556. doi:10.15829/1728-8800-2025-4556.
16. Voshev DV. Improving primary health care using digital technologies: methodology for developing tools for assessing "digital maturity" and scientifically based recommendations. *Manager Zdravookhranenia*. 2024;(10):53-62. (In Russ.) Вошев Д.В. Усовершенствование первичной медико-санитарной помощи с применением цифровых технологий: методология разработки инструментария оценки "цифровой зрелости" и научно обоснованные рекомендации. *Менеджер здравоохранения*. 2024;(10):53-62. doi:10.21045/1811-0185-2024-10-53-62.
17. Voshev DV, Vosheva NA, Son IM, et al. Patients' Opinion on digitalization in primary health care: a study on the impact of digital maturity of the healthcare system on citizens' satisfaction. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):47-53. (In Russ.) Вошев Д.В., Вошева Н.А., Сон И.М. и др. Мнение пациентов о цифровизации в первичной медико-санитарной помощи. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. 2024;(1):47-53. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.008.
18. Veretennikova AV, Kontsevaya AV, Kutsenko VA, et al. Coverage of preventive counseling on cardiovascular risk factors in patients after myocardial infarction: data from a multicenter study. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2025;24(5):4373. (In Russ.) Веретенникова А.В., Концевая А.В., Куценко В.А. и др. Охват профилактическим консультированием по факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний пациентов, перенесших инфаркт миокарда: данные многоцентрового исследования. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2025;24(5):4373. doi:10.15829/1728-8800-2025-4373.
19. Drapkina OM, Shepel RN, Drozdova LYu, et al. Prevention continuum: an assessment of cardiovascular disease prevention based on the data from a survey of doctors. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2021;20(8):3090. (In Russ.) Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Дроздова Л.Ю. и др. Профилактический континуум: оценка профилактических аспектов сердечно-сосудистых заболеваний по данным медико-социологического опроса врачей. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(8):3090. doi:10.15829/1728-8800-2021-3090.
20. Kalinina AM, Kushunina DV, Gornyi BE, et al. The potential of cardiovascular diseases' prevention according to the results of dispensary examinations of the adult population. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2019;18(4):69-76. (In Russ.) Калинина А.М., Кушунина Д.В., Горный Б.Э. и др. Потенциал профилактики сердечно-сосудистых заболеваний по результатам диспансеризации взрослого населения. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019;18(4):69-76. doi:10.15829/1728-8800-2019-4-69-76.