

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ И МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Хведелидзе М.Г.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, e-mail:spb@gpma.ru

По специально разработанным статистическим формам проведено анонимное анкетирование 576 больных с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, проходивших лечение в стационарах Калининградской, Ленинградской, Мурманской, Новгородской областей, республик Карелия и Коми. Установлено, что большую часть пациентов, проходивших стационарное лечение, составляли больные старших возрастных групп, проживающие в городах, имеющие среднее образование и находящиеся на пенсии. Социальная структура стационарных больных по большинству регионов во многом схожа и отражает особенности социальной структуры всего населения данного региона. Женщины, по сравнению с мужчинами, проявляют большую медицинскую активность – чаще своевременно обращаются за медицинской помощью, проявляют большую дисциплинированность в отношении врачебных назначений, чаще беспокоятся о состоянии своего здоровья, более серьезно относятся к своему заболеванию. Больные псориазом, по сравнению с больными дерматитами, ниже оценивают состояние своего здоровья, чаще беспокоятся о его состоянии, более серьезно относятся к своему заболеванию, справедливо расценивая его, как серьезное заболевание.

Ключевые слова: стационар, дерматологические больные, медико-социальная характеристика, самооценка здоровья, медицинская активность.

FEATURES OF MEDICAL & SOCIAL CHARACTERISTICS AND MEDICAL ACTIVITY OF DERMATOLOGICAL INPATIENTS

Khvedelidze M.G.

FGBOU VO "Saint Petersburg State Pediatric Medical University" of the Ministry of Healthcare of Russia, Saint Petersburg, e-mail: spb@gpma.ru

Using specialized statistical forms, anonymous survey of 576 patients with skin and subcutaneous tissue diseases was conducted in inpatient departments of Kaliningrad, Leningrad, Murmansk, Novgorod Regions, as well as in Karelia and Komi Republics. It was shown that the majority of inpatients were retired patients belonging to older age groups, living in cities and having secondary-level education. The social structure of inpatients in the majority of regions was mostly similar, reflecting the features of social structure of the whole population of specific regions. Compared to males, females were more medically active – they sought medical attention more timely, they were more disciplined relative to medical prescriptions, they were more often worried about their health state and were more serious toward their disease. When compared to patients with dermatitis, patients with psoriasis assessed their health state lower, they were more worried about their condition and were more serious toward their disease, actually evaluating it as a severe disease.

Keywords: inpatient hospital, dermatological patients, medical & social characteristics, health self-evaluation, medical activity.

Болезни кожи и подкожной клетчатки довольно широко распространены среди населения России – только в прошедшем году в стране было зарегистрировано 8749291 обращений по поводу этих заболеваний. По уровню распространенности данного класса болезней Северо-Западный федеральный округ лидирует среди всех субъектов РФ (уровень общей заболеваемости в 2015 году составил 7359,4 на 100 тыс. населения) [1]. Многие болезни кожи и подкожной клетчатки имеют важное медико-социальное значение [2] и требуют стационарного лечения. Ежегодно в стационарные медицинские организации поступает более 600 тыс. больных с этими заболеваниями [3]. В то же время больничная

помощь сегодня остается наиболее капиталоемким сектором системы здравоохранения [4,5], на содержание которой тратится более 50 % от всех ассигнований, выделяемых на лечебно-реабилитационную помощь. Однако имеющийся дорогостоящий коечный фонд используется не всегда рационально [6], в связи с чем представляется важным проведение специальных исследований, позволяющих представить медико-социальную характеристику контингента пациентов, проходящих лечение в условиях стационара [7].

Цель исследования

Установить региональные особенности медико-социальной характеристики и медицинской активности больных с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, требующими стационарного лечения.

Материалы и методы исследования

Настоящее исследование проводилось в шести субъектах Северо-Западного федерального округа (Калининградская, Ленинградская, Мурманская, Новгородская области, республики Карелия и Коми). С целью оценки особенностей медико-социальной характеристики и медицинской активности пациентов была разработана специальная статистическая форма, по которой было проведено анонимное анкетирование 576 больных с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, проходивших стационарное лечение.

Результаты и их обсуждение

В результате проведенного исследования установлено, что в возрастной структуре стационарных больных с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки преобладали пациенты в возрасте 50 лет и старше, на долю которых приходилось 49,9 %, в том числе на больных в возрасте 50–59 лет – 26,6 %, 60 лет и старше – 23,3 %. Реже всего проходили стационарное лечение молодые пациенты – среди стационарных больных лишь 4,6 % приходилось на лиц в возрасте до 20 лет и 10,7 % в возрасте 20–29 лет. На долю пациентов в возрасте 30–39 лет приходилось 15,6 %, 40–49 лет – 19,2 %. Средний возраст больных составил $47,1 \pm 0,6$ лет. При этом статистически достоверной разницы со средним возрастом по региону в пяти из шести изучаемых субъектов СЗФО установить не удалось ($t < 2$), и лишь в Мурманской области средний возраст стационарных больных был достоверно ниже среднего ($44,5 \pm 1,1$ против $47,1 \pm 0,6$; $t > 2$).

Среди стационарных больных преобладали женщины, удельный вес которых составлял 56,9 %, соответственно на долю мужчин приходилось 43,1 %. При этом преобладание женщин над мужчинами среди больных, проходивших стационарное лечение, отмечалось в пяти из шести субъектов округа. Исключение составляла Мурманская область, где удельный вес мужчин был больше удельного веса женщин.

Большая часть больных стационара проживали в областном (республиканском) центре

– 45,2 %, в районном центре или другом городе региона проживали 32,7 % больных, в сельской местности – 20,8 %, на долю прочих пациентов (иногородних, БОМЖ и т.д.) приходилось всего 1,3 %. Таким образом, среди пациентов, постоянно проживающих в регионе, городские жители составили – 77,9 %, сельские – 22,1 %. Самый высокий удельный вес сельских жителей среди больных был в Калининградской (31,2 %) и Новгородской (27,6 %) областях, а также в республике Карелия (27,6 %), самый низкий (10,6 %) в Мурманской области.

Более 3/4 (76,5 %) стационарных больных имели среднее образование, в том числе – 47,0 % среднее специальное и 29,5 % общее среднее, у 16,6 % было высшее образование, 4,4 % неоконченное высшее и у 2,5 % начальное образование. Наименьшее, статистически достоверно ($t > 2$) отличающееся от среднего число лиц с высшим образованием было в Новгородской области и республике Коми, наибольшее число в Калининградской и Мурманской областях, а также в республике Карелия. Наибольшее число больных с начальным образованием было в Новгородской (6,6 %) области. Таким образом, наиболее низкий образовательный ценз имели больные, проходившие стационарное лечение в Новгородской области и в республике Коми.

Большинство больных, проходивших стационарное лечение (29,8 %), были пенсионерами том числе 8,5 % работающими. Второе место в социальной структуре пациентов с удельным весом 27,6 % занимали больные, работающие на рабочих должностях, третье место – служащие (14,6 %). На долю безработных приходилось 11,4 %, учащихся – 5,7 %, предпринимателей – 4,1 %. 2,8 % стационарных больных находились в отпуске по уходу за ребенком и 4,0 % было отнесено к прочим. Среди работающих больных 22,6 % трудились в промышленности, 16,8 % в торговле, 15,9 % в сфере обслуживания, 10,6 % в медицине, 10,1 % в образовании, 9,3 % в сельском хозяйстве и 14,7 % в прочих сферах деятельности.

Таким образом, социальная структура стационарных больных по большинству регионов во многом схожа и отражает особенности социальной структуры всего населения данного региона. Так, например, Мурманская область является высоко урбанизированным регионом (доля городского населения составляет 92,5 %) с более молодым, по сравнению со страной в целом, населением (удельный вес жителей трудоспособного возраста в Мурманской области составляет 65,5 %; в РФ – 57 %). Жители Мурманской области имеют высокий образовательный ценз (из общей численности населения в возрасте 15 лет и старше 23 % имеют высшее профессиональное образование, 35 % среднее и 7 % начальное профессиональное образование). Эти особенности отражаются и на социальной структуре больных – самый молодой средний возраст, самый высокий удельный вес городских

жителей, высокий уровень образования. Более высокий удельный вес мужчин в половой структуре больных объясняется тем, что Мурманская область относится к 10 регионам России с самым низким соотношением женщин к мужчинам (на 1000 мужчин приходится 1051 женщина), причем преобладание численности женщин над численностью мужчин отмечается с лишь 47-летнего возраста, что на фоне более молодого возраста пациентов и дает этот результат.

У 11,3 % больных заболевание, по поводу которого они проходили стационарное лечение, было диагностировано еще в детстве. Среди тех, кому диагноз был поставлен во взрослом возрасте, 66,4 % впервые по поводу данного заболевания сразу обратились к врачу-дерматологу по месту жительства, 13,1 % вначале обратились к участковому терапевту либо к семейному врачу, 14,8 % – к врачу другой специальности по месту жительства (5,4 % указали другое место первичного обращения – знакомый врач, частная медицинская организация и т.п.).

Только $19,3 \pm 1,5$ из 100 больных сразу обратились к врачу при проявлении первых признаков заболевания (таблица 1), в то время как $20,9 \pm 1,6$ ожидали несколько дней, $24,4 \pm 1,7$ выжидали от недели до месяца, а $28,0 \pm 1,8$ обратились к врачу лишь через месяц или даже позже (у $7,4 \pm 1,0$ заболевание было выявлено на профосмотре). Причем женщины, по сравнению с мужчинами, достоверно чаще ($t > 2$) сразу обращаются к врачу.

Таблица 1

Распределение больных по полу и времени первого обращения к врачу мужчинами и женщинами (на 100 завершивших лечение; $P \pm m$; t)

Время обращения	Все больные	Мужчины	Женщины	t
Сразу	$19,3 \pm 1,5$	$13,9 \pm 2,1$	$23,4 \pm 2,2$	$t > 2$
Через несколько дней	$20,9 \pm 1,6$	$18,6 \pm 2,4$	$22,3 \pm 2,2$	$t < 2$
От недели до месяца	$24,4 \pm 1,7$	$31,0 \pm 2,8$	$19,0 \pm 2,0$	$t > 2$
Через месяц и позже	$28,0 \pm 1,8$	$30,2 \pm 2,8$	$26,8 \pm 2,3$	$t < 2$
Заболевание выявлено случайно/на профосмотре	$7,4 \pm 1,0$	$6,3 \pm 1,5$	$8,5 \pm 1,4$	$t < 2$

Лишь $58,8 \pm 1,9$ из 100 больных сразу начали лечение данного заболевания в специализированном учреждении по месту жительства, в то время как почти треть ($31,3 \pm 1,8$) вначале пытались лечиться самостоятельно, а $9,9 \pm 1,1$ первоначально лечились у платных либо знакомых врачей, не обращаясь в специализированное ЛПУ. При этом статистически достоверной разницы в зависимости от места первоначального лечения между мужчинами и женщинами установить не удалось ($t < 2$).

Большинство респондентов оценили состояние своего здоровья как удовлетворительное ($65,8 \pm 2,0$ из 100), $16,3 \pm 1,5$ из 100 считают свое здоровье хорошим или

даже очень хорошим, однако $17,9 \pm 1,6$ полагают, что у них плохое здоровье (таблица 2). Среди больных псориазом, по сравнению с больными дерматитами, оказалось достоверно меньше тех ($t > 2$), кто оценивает свое здоровье как хорошее и очень хорошее. Мужчины и женщины практически одинаково оценивают состояние своего здоровья – статистически достоверной разницы в самооценке здоровья мужчинами, по сравнению с женщинами, не установлено.

Таблица 2

Самооценка состояния здоровья в зависимости от пола и заболевания
(на 100 завершивших лечение; $P \pm m; t$)

Самооценка здоровья	Пол			Заболевание		
	мужчины	женщины	t	дерматиты	псориаз	t
Очень хорошее, хорошее	$16,5 \pm 2,3$	$16,1 \pm 1,9$	$t < 2$	$27,1 \pm 3,5$	$12,4 \pm 1,9$	$t > 2$
Удовлетворительное	$66,1 \pm 2,9$	$64,9 \pm 2,5$	$t < 2$	$60,5 \pm 3,8$	$69,6 \pm 2,7$	$t < 2$
Скорее плохое, плохое	$17,4 \pm 2,3$	$19,0 \pm 2,1$	$t < 2$	$12,4 \pm 1,9$	$18,0 \pm 2,2$	$t < 2$

Несмотря на то, что большинство больных считают свое здоровье удовлетворительным, у $47,6 \pm 1,9$ из 100 постоянно или часто возникает беспокойство по поводу его состояния (у $20,8 \pm 1,6$ из 100 постоянно, у $26,8 \pm 1,7$ из 100 часто). $45,1 \pm 1,9$ из 100 беспокоятся о состоянии своего здоровья лишь иногда, и лишь у $7,3 \pm 1,0$ из 100 состояние здоровья не вызывает никакого беспокойства. Женщины, по сравнению с мужчинами, чаще беспокоятся о состоянии своего здоровья – среди них достоверно ($t > 2$) меньше тех, у кого здоровье не вызывает беспокойство и больше тех, у кого состояние здоровья вызывает беспокойство постоянно, чаще и иногда (таблица 3). Среди больных псориазом лишь у $4,8 \pm 1,2$ из 100 состояние здоровья не вызывает беспокойства, что достоверно ($t > 2$) меньше, чем среди больных дерматитами.

Таблица 3

Степень беспокойства по поводу состояния своего здоровья в зависимости от пола и заболевания (на 100 завершивших лечение; $P \pm m; t$)

Степень беспокойства	Пол			Заболевание		
	мужчины	женщины	t	дерматиты	псориаз	t
Постоянно, часто	$37,6 \pm 2,9$	$55,2 \pm 2,6$	$t > 2$	$49,9 \pm 3,8$	$46,9 \pm 2,8$	$t < 2$
Иногда	$51,4 \pm 3,0$	$40,4 \pm 2,5$	$t > 2$	$36,9 \pm 3,7$	$48,3 \pm 2,8$	$t > 2$
Нет	$11,0 \pm 1,8$	$4,4 \pm 1,0$	$t > 2$	$13,2 \pm 2,6$	$4,8 \pm 1,2$	$t > 2$

Более трети больных ($36,7 \pm 1,9$ из 100) считают, что заболевание, по поводу которого

они проходят стационарное лечение, является серьезным заболеванием, $46,7 \pm 1,9$ из 100 считают его заболеванием средней тяжести, однако $16,6 \pm 1,4$ из 100 весьма легкомысленно относятся к своему заболеванию и считают его лишь пустяком, мелкой неприятностью. Больные псориазом, по сравнению с больными дерматитами, более серьезно относятся к своему заболеванию – среди них достоверно больше ($t > 2$) тех, кто считает свое заболевание серьезным, и меньше тех, кто относится к своему заболеванию, как к пустяку или к мелкой неприятности. Женщины, по сравнению с мужчинами, реже ($t > 2$) оценивают свое заболевание лишь как пустяк или мелкую неприятность.

В обычной жизни большинство респондентов ($42,8 \pm 1,9$ из 100) в случае заболевания обращаются к врачу лишь при очень плохом самочувствии. Всегда обращаются к врачу только $18,7 \pm 1,5$ из 100, чаще обращаются, чем не обращаются – $34,1 \pm 1,8$ из 100 и, как правило, вообще не обращаются $4,4 \pm 0,8$ из 100. Среди женщин, по сравнению с мужчинами, оказалось достоверно больше ($t > 2$) тех, кто при заболевании всегда или, как правило, обращаются к врачам. Статистически достоверной разницы в частоте обращения к врачам между больными псориазом и дерматитами доказать не удалось ($t < 2$).

Большинство респондентов – $83,4 \pm 1,5$ из 100 заявили, что всегда выполняют назначения врача, однако $16,6 \pm 1,5$ признались, что назначения врача выполняют не всегда. При этом никто из респондентов не указал, что врачебные назначения, как правило, не выполняет. Женщины, по сравнению с мужчинами, проявляют большую дисциплинированность в отношении врачебных назначений – среди них статистически достоверно ($t > 2$) больше тех, кто всегда выполняет врачебные назначения, и меньше тех, кто врачебные назначения выполняет не всегда (таблица 4). Отношение к врачебным назначениям больными псориазом и дерматитами статистически достоверных отличий не показало ($t < 2$).

Таблица 4

Отношение к врачебным назначениям больными в зависимости от пола и заболевания
(на 100 завершивших лечение; $P \pm m; t$)

Выполняют врачебные назначения	Пол			Заболевание		
	мужчины	женщины	t	дерматиты	псориаз	t
Всегда	$77,8 \pm 2,5$	$87,5 \pm 1,7$	$t > 2$	$82,2 \pm 3,0$	$87,3 \pm 1,9$	$t < 2$
Не всегда	$22,2 \pm 2,6$	$12,5 \pm 1,7$	$t > 2$	$17,8 \pm 3,1$	$12,7 \pm 2,0$	$t < 2$
Как правило, нет	-	-	-	-	-	-

Заключение

Проведенное исследование показало, что большую часть пациентов, проходивших

стационарное лечение по поводу болезней кожи и подкожной клетчатки, составляли больные старших возрастных групп, проживающие в городах, имеющие среднее образование и находящиеся на пенсии. Социальная структура стационарных больных по большинству регионов во многом схожа и отражает особенности социальной структуры всего населения данного региона. Женщины, по сравнению с мужчинами, проявляют большую медицинскую активность – чаще своевременно обращаются за медицинской помощью, проявляют большую дисциплинированность в отношении врачебных назначений, чаще беспокоятся о состоянии своего здоровья, более серьезно относятся к своему заболеванию. Больные псориазом, по сравнению с больными дерматитами, ниже оценивают состояние своего здоровья, чаще беспокоятся о его состоянии, более серьезно относятся к своему заболеванию, справедливо расценивая его, как серьезное заболевание.

Список литературы

1. Заболеваемость всего населения России в 2015 году. Статистические материалы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mednet.ru/ru/statistika/zabolevaemost-naseleniya.html> (дата обращения 25.11.2016).
2. Заславский Д.В. Эритродермия: современные вопросы диагностики и лечения / Р.А. Раводин, О.Б. Татарская, А.А. Сыдинов, М.Г. Хведелидзе // Педиатр. – 2014. – Вып. 1. – С. 97-102.
3. Кубанова А.А. Организация оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки, 2013–2015 гг. / А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Л.Е. Мелехина, Е.В. Богданова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2016. – № 3. – С. 12-28.
4. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 321.
5. Миняев В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Миняев, Н.И. Вишняков. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – С. 207.
6. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» / Г.Э. Улумбекова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 592 с.
7. Юрьев В.К. Влияние стационарного лечения на качество жизни больных псориазом / В.К. Юрьев, М.Г. Хведелидзе // Врач-аспирант. – 2013. – № 1.2 (56). – С. 302-307.