



Копия 4

Копия 5

Копия 6

Копия 7

УДК:616.314.17-008.1-08:616: 616-082.8-614.2

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ БОЛЬНЫХ НОВОЙ СТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ

Г.А. Гафуров

Ташкентский государственный стоматологический институт

Значительная распространенность заболеваний пародонта среди населения и отсутствие тенденции к снижению уровня пародонтальной заболеваемости свидетельствуют о значимости данной проблемы и диктуют необходимость принятия действенных мер по изменению сложившейся ситуации [1,3].

В основе контроля медицинской помощи (КМП) лежат повторяемость процессов и статистические методы

контроля. Причем мониторинг КМП должен включать не только отслеживание статистических показателей и результатов экспертиз, но и изучение удовлетворенности потребителей медицинских услуг и других заинтересованных сторон. Наряду с контролем соблюдения стандартов и порядков оказания медицинской помощи, обязательной процедурой в системе управления качеством должно стать

изучение мнения пациентов и медработников [4,6,7]. В настоящее время широкое применение в здравоохранении находит социологический метод исследования. Наиболее ценными являются сведения, полученные от пациентов, являющихся конечными потребителями медицинских услуг и оценивающих их качество.

Актуальным является изучение мнения пациентов для оценки влияния новой организационной формы лечения больных пародонтитом на качество и эффективность оказываемой медицинской помощи [2,4,5].

Цель исследования. Изучение влияния новой организационной модели лечения заболеваний пародонта на одну из основных составляющих эффективности медицинской помощи – социальную удовлетворенность пациентов.

Материал и методы. Нами было проведено анкетирование пациентов 3-й клиники ТМА, где начиная с 1 декабря 2014 г. действует новая организационно-функциональная модель диагностики, лечения, профилактики и диспансеризации заболеваний пародонта у соматических больных для изучения их удовлетворенности полученной медицинской помощью.

Учитывая, что 3-я клиника ТМА является ЛПУ стационарного типа, анкета предназначалась для пациентов, закончивших лечение в отделениях клиники. Анкетирование было анонимным, респондентам гарантировалась полная конфиденциальность. С этой целью в каждом отделении были установлены ящики-урны, доступ к которым обеспечивался в любое время суток. Анкета выдавалась на руки пациенту в последний день пребывания в стационаре. Респондент мог лично опустить в ящик-урну заполненную им анкету. Кто-либо другой познакомиться с содержанием анкеты или как-то подкорректировать ответы не имел возможности. Ящики-урны закрывались на замки, ключи от которых находились у

лиц, ответственных за проведение анкетирования. Анкеты извлекались из ящиков-урн еженедельно. Учет, обработка и анализ данных проводился с помощью специальной программы.

После анализа результатов медико-социологических опросов были подготовлены аналитические записки, которые были переданы руководству для принятия управленческих решений. Для обеспечения достоверности исследования проведен расчет минимального необходимого числа респондентов для участия в медико-социологическом исследовании. Расчет выборки при примерно известном объеме генеральной совокупности производится по следующей формуле:

$$n = (t^2 \sigma^2 N) : (A^2 N + t^2 \sigma^2),$$

где: n – объем выборочной совокупности, A – величина допустимой ошибки в долях, N – величина генеральной совокупности, t – коэффициент доверия (критерий достоверности), σ – дисперсия или мера рассеивания исследуемого признака, характеризующая величину отклонения от средних величин в генеральной совокупности.

Определение необходимого числа выборочных единиц производили по следующим параметрам: предельная ошибка выборки $A = 0,05$, коэффициент доверия $t = 2$, что обеспечивает высокую достоверность результатов в 95% случаев с предельной ошибкой $\pm 5\%$. Отбор единиц наблюдения для участия в опросе проводится выборочным методом. При этом генеральную совокупность составляли больные (в количестве более 24136 человек), лечившиеся в отделениях 3-й клиники ТМА в 2013-2014 гг.

$$n = (2^2 \times 0,25 \times 24136) / (0,05^2 \times 24136 + 2^2 \times 0,25) = 393 \text{ человека.}$$

Дополнительно для повышения репрезентативности проводили квотирование выборки, при этом генеральную совокупность разделяли по отделениям в соответствии с числом больных, закончивших лечение. Анкетирование проводилось дважды – перед внедрением новой

организационной модели лечения, когда были получены анкеты 561 пациента, и по итогам ее функционирования за год (в июле 2014 г., через год после первого анкетирования), когда на вопросы анкет ответили 578 пациентов. В обоих случаях для опроса пациентов применялась специально разработанная нами анкета, содержащая более 60 вопросов.

Результаты исследования представлены в виде $R_{ген.} = R_{выб.} \pm tm$,

где: $R_{ген.}$ – значение показателя в генеральной совокупности;

$R_{выб.}$ – значение показателя в выборочной совокупности;

t – доверительный коэффициент Стьюдента;

m – ошибка показателя.

В качестве значения доверительного коэффициента Стьюдента во всех случаях использовалось значение, равное 2, что обеспечивало доверительную вероятность более 95% (уровень значимости $p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. Анкета начиналась с вопросов, позволяющих получить возрастно-половую характеристику респондентов. Всего в первом анкетировании участвовали $39,93 \pm 2,07\%$ мужчин и $60,07 \pm 2,07\%$ женщин, во втором – $39,45 \pm 2,03\%$ мужчин и $60,55 \pm 2,03\%$ женщин.

Данные о возрастно-половой структуре респондентов, участвовавших в каждом анкетировании, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Возрастно-половая структура респондентов (в % к итогу)

Возрастная группа, лет	2013 год			2014 год		
	мужчины	женщины	оба пола	мужчины	женщины	оба пола
До 20	11	13	24	12	15	27
	$4,91 \pm 1,44$	$3,86 \pm 1,05$	$4,27 \pm 0,85$	$5,26 \pm 1,48$	$4,29 \pm 1,28$	$4,67 \pm 0,88$
20-39	23	40	63	25	36	61
	$10,27 \pm 2,02$	$11,87 \pm 1,76$	$11,23 \pm 1,33$	$10,96 \pm 2,07$	$10,29 \pm 1,62$	$10,55 \pm 1,28$
40-49	45	74	119	48	77	125
	$20,09 \pm 2,57$	$21,96 \pm 2,25$	$21,21 \pm 1,73$	$21,05 \pm 2,70$	$22,0 \pm 2,21$	$21,63 \pm 1,71$
50-59	79	116	195	81	120	201
	$35,27 \pm 3,06$	$34,42 \pm 2,58$	$34,76 \pm 2,01$	$35,53 \pm 3,17$	$34,29 \pm 2,54$	$34,78 \pm 1,98$
60 и старше	66	94	160	62	102	164
	$29,46 \pm 2,92$	$27,89 \pm 2,44$	$28,52 \pm 1,91$	$27,19 \pm 2,95$	$29,14 \pm 2,43$	$28,37 \pm 1,88$
Всего	224	337	561	228	350	578
	$39,93 \pm 2,07$	$60,07 \pm 2,07$	100,0	$39,45 \pm 2,03$	$60,55 \pm 2,03$	100,0

Примечание. В числителе – число респондентов; в знаменателе – % от числа в группе респондентов.

Как видно из таблицы 1, возрастно-половая структура принявших участие в первом анкетировании не имеет значимых различий от таковой для тех, кто участвовал во втором. Как в первом, так и во втором случае наиболее многочисленной являлась группа респондентов в возрасте 50-59 лет, второй в возрастной структуре была группа 60 лет и старше, третьей – 40-49 лет. Меньше всего было респондентов в возрасте до 20 лет, что обусловлено их

небольшим удельным весом в структуре пациентов клиники. Учитывая, что возрастно-половая структура респондентов, принявших участие в первом и втором анкетировании, почти не различалась, сравнение результатов социологического изучения их мнения может считаться вполне допустимым.

Распределение респондентов по социальным группам отражено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение респондентов по социальным группам (% к итогу)

Социальная группа	2013 год	2014 год	Всего
Учащиеся	58/10,34±1,29	61/10,55±1,28	119/10,45±0,91
Работающие	196/34,94±2,01	201/34,78±1,98	397/34,86±1,41
Неработающие	57/10,16±1,28	62/10,73±1,29	119/10,45±0,91
Пенсионеры	224/39,93±2,07	228/39,45±2,03	452/39,68±1,45
Инвалиды	26/4,63±0,88	26/4,50±0,86	52/4,56±0,62
Всего	561/100,0	578/100,0	1139/100,0
Распределение по профессиям:			
- преимущественно физическим трудом	224/40,0±2,07	228/39,45±2,03	452/39,68±1,45
- преимущественно умственным трудом	337/60,0±2,07	350/60,55±2,03	687/60,32±1,45
Всего	561/100,0	578/100,0	1139/100,0

Примечание. В числителе – число респондентов; в знаменателе – % от числа респондентов в группе.

Как видно из таблицы 2, распределение респондентов по социальным группам во время первого и второго анкетирования также отличалось мало. В числе опрошенных преобладали пенсионеры и работающие. При изучении распределения работающих респондентов по профессиям было выявлено, что во время первого анкетирования лица, занимающиеся преимущественно физическим трудом, составили 40,0±2,07%, преимущественно умственным трудом – 60,0±2,07%. Во время второго анкетирования удельный

вес лиц, занимающихся преимущественно умственным трудом незначительно увеличился до 60,55±2,03%, в то время как респондентов, занимающихся преимущественно физическим трудом, стало 39,45±2,03%.

Следующий вопрос анкеты был направлен на выяснение того, какая часть респондентов находилась на госпитализации в клинике повторно и когда они находились в клинике в предыдущий раз (табл. 3).

Таблица 3

Структура ответов респондентов на вопрос о том, когда они находились на лечении в 3-й клинике ТМА в предыдущий раз (в % к итогу)

Находились на лечении	2013 год	2014 год	Всего
Впервые	277/49,38±2,11	292/50,52±2,08	569/49,96±1,49
Повторно	284/50,62±2,11	286/49,48±2,08	570/50,04±1,49
В том числе:			
- в течение года	94/16,76±1,62	100/17,30±1,58	194/17,03±1,11
- 1-5 лет назад	115/20,50±1,70	118/20,42±1,68	233/20,45±1,99
- 5-10 лет назад	56/9,98±1,27	51/8,82±1,18	107/9,39±0,86
- более 10 лет назад	19/3,39±0,70	17/2,94±0,70	36/3,16±0,52
Всего	561/100,0	578/100,0	1139/100,0

Примечание. В числителе – число респондентов; в знаменателе – % от числа респондентов в группе.

Из таблицы 3 видно, что большинство респондентов во время каждого анкетирования находились на госпитализации в клинике впервые: соответственно 49,38±2,11% во время

первого и 50,52±2,08% во время второго. Однако почти половина опрошенных проходили ее повторно, причем как в 2013 г., так и в 2014 г. основную долю составляли респонденты, находившиеся

ранее в клинике от одного до пяти лет назад, а также те, кто попал в клинику повторно в течение года.

Причины пребывания респондентов в стационаре представлены в таблице 4.

Таблица 4
Структура причин госпитализации респондентов в 3-ю клинику ТМА
(в % к итогу)

Причина госпитализации	2013 год	2014 год	Всего
Плановое обследование	139/24,78±1,82	142/24,57±1,79	281/24,67±1,28
Плановое лечение	100/17,82±1,61 275/49,02±2,11	106/18,34±1,61 281/48,62±2,08	206/18,09±1,14 556/48,81±1,48
Экстренное лечение	10/1,78±0,56 37/6,60±1,05	8/1,38±0,49 41/7,09±1,07	18/1,58±0,27 78/6,85±0,75
Итого	561/100,0	578/100,0	1139/100,0

Примечание. В числителе – число респондентов; в знаменателе – в % от числа респондентов в группе.

Из таблицы 4 следует, что у большинства опрошенных госпитализация в клинику носила плановый характер. Наиболее частым было плановое лечение без оперативного вмешательства, на втором месте – плановое обследование, на третьем – плановое оперативное лечение. Существенных различий в структуре

причин госпитализации между двумя социологическими исследованиями не наблюдалось.

Чтобы выводы об изменениях в лечении заболеваний пародонта носили обоснованный характер, нами также была изучена структура респондентов по профилю их госпитализации (табл. 5).

Таблица 5
Структура распределения респондентов в зависимости от отделения, где осуществлялось лечение (в % к итогу)

Отделение	2013 год	2014 год	Всего
Ревматологии	80/14,26±1,48	86/14,88±1,48	166/14,57±1,05
Эндокринологии	52/11,05±1,32	66/11,42±1,32	128/11,23±0,99
Общей терапии	75/13,37±1,44	77/13,32±1,41	152/13,35±1,01
Кардиологии	81/14,44±1,48	80/13,84±1,44	161/14,14±1,03
Невропатологии	79/14,08±1,47	76/13,15±1,41	155/13,61±1,02
Нефрологии	78/13,90±1,46	83/14,36±1,46	161/14,14±1,03
Кардиореабилитации	36/6,42±1,03	42/7,27±1,08	78/6,85±0,75
Реабилитации №1 и №2	70/12,48±1,40	68/11,76±1,34	138/12,12±0,97
Итого	561/100,0	578/100,0	1139/100,0

Примечание. В числителе – число респондентов; в знаменателе – % от числа респондентов в группе.

Как видно из таблицы 5, распределение удельного веса респондентов по отделениям клиники во время первого и второго анкетирования было достаточно однородным: 14,57±1,05% респондентов лечились в отделении ревматологии; 11,23±0,99% – в отделении эндокринологии; а 13,35±1,01; 14,14±1,03; 13,61±1,02; 14,14±1,03;

6,85±0,75 и 12,12±0,97% – соответственно в отделениях общей терапии, кардиологии, неврологическом и нефрологическом отделениях; а также в отделениях кардиореабилитации и реабилитационных отделениях.

Следующим вопросом анкеты был: «Как Вы оцениваете своё стоматологическое здоровье после

пребывания в 3-й клинике ТМА?» Структура ответов на него респондентов содержится в таблице 6. Представленные в таблице данные отражают субъективный взгляд пациентов на изменение уровня их стоматологического здоровья после пребывания в клиниках. Наиболее частым в 2013 г. был ответ «здоровье осталось без изменений» –

51,34±1,55%; в 2014 г. «здоровье восстановилось полностью» – 45,33±2,07%. Далее за этими двумя наиболее частыми ответами и в том, и в другом случае следовал вариант «здоровье значительно улучшилось» соответственно у 16,04±1,55% против 37,37±2,01% ($p \leq 0,001$).

Таблица 6

Структура ответов респондентов на вопрос о самооценке стоматологического здоровья после пребывания в 3-й клинике ТМА (в % к итогу)

Ответ	2013 год	2014 год	p
Полностью здоров(а)	84/14,97±1,51	262/45,33±2,07	<0,001
Здоровье значительно улучшилось	90/16,04±1,55	216/37,37±2,01	0,001
Осталось без изменений	288/51,34±1,55	31/5,36±0,94	<0,001
Здоровье ухудшилось	69/12,30±1,39	44/7,61±1,10	<0,05
Затруднялись ответить	30/5,34±0,95	25/4,33±0,85	≥0,05
Итого	561/100,0	578/100,0	

Примечание. В числителе – число респондентов; в знаменателе – % от числа респондентов в группе.

В целом структура ответов, полученных в ходе двух проведенных социологических исследований, позволяет сделать заключение, что субъективная оценка респондентами своего стоматологического здоровья по результатам второго анкетирования выглядит лучше.

Наиболее важная часть анкеты содержала вопросы, позволяющие оценить удовлетворенность пациентов лечением заболеваний пародонта за период между проведением анкетирования в первый и во второй раз, самооценке пациентами основных клинических показателей состояния

пародонта, показателей, характеризующих выполнение пациентами правил ухода за полостью рта, и их осведомленности о влиянии заболеваний пародонта на течение основного заболеваний, анализ ответов которые содержится в таблицах, где также представлены значения критерия t Стьюдента, позволяют судить о статистической значимости выявленных различий.

На вопрос об удовлетворенности лечением заболеваний пародонта в 2014 г. респонденты статистически значимо ($p \leq 0,01$) чаще давали положительные ответы, чем в 2013 г. (табл. 7).

Таблица 7

Показатели, характеризующие удовлетворённость респондентов лечением патологии пародонта (в % к итогу)

Удовлетворенность	2013 год	2014 год	p
Да, полностью	60/10,70±1,31	125/21,63±1,71	<0,01
Хорошо	85/15,15±1,51	283/45,50±2,07	<0,01
Удовлетворительно	245/43,67±2,09	80/13,84±1,44	<0,01
Неудовлетворительно	141/25,13±1,83	62/10,73±1,29	<0,01
Затруднялись ответить	30/5,95±0,95	48/8,30±1,15	≥0,05
Итого	561/100,0	578/100,0	

Примечание. В числителе – число респондентов; в знаменателе – % от числа респондентов в группе.

Так, число респондентов, полностью удовлетворённых качеством лечения, возросло с $10,70 \pm 1,31\%$ до $21,63 \pm 1,71\%$ ($p \leq 0,01$); оценивали уровень лечения заболеваний пародонта как хороший в 2013 г. $15,15 \pm 1,51\%$ респондентов против $45,50 \pm 2,07\%$ в 2014 г.; при этом удельный вес пациентов, оценивающих лечение пародонтита как «удовлетворительное» и неудовлетворительное, напротив, уменьшился соответственно с $43,67 \pm 2,09$ до $13,84 \pm 1,44\%$ и с $25,13 \pm 1,83$ до $10,73 \pm 1,29\%$. Доля респондентов, затруднившихся ответить на вышеназванные вопросы, была невелика, – $5,35 \pm 0,95\%$ в 2013 г. и $8,30 \pm 1,15\%$ в 2014 г.

Учитывая, что наиболее радикальным преобразованием в деятельности 3-й клиники ТМА за период между двумя социологическими исследованиями стало введение новой организационно-функциональной формы лечения заболеваний пародонта у соматических больных, сделан вывод, что именно она стала основной причиной выявленных изменений.

Литература

1. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – Ч. 2. Болезни пародонта. – 224 с.
2. Бессонова Т.И., Бездетко Г.И., Шкатова Е.Ю. Удовлетворённость пациентов как индикатор качества стоматологической помощи // Современная стоматология: образование, наука и практика: Материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием, посв. 70-летию Великой Победы и 35-летию стоматологического факультета. – Ижевск, 2015. – С. 77-78.
3. Блашкова С.Л., Макарова Н.А. Распространённость пародонтита у взрослого населения г. Казани // Казанский мед. журн. – 2009. – №5. – С. 737-738.
4. Велиханова Л.К., Пархоменко А.А., Терещук О.С. Сравнительный анализ удовлетворенности амбулаторной стоматологической помощью пациентов и врачей муниципальной и частной

поликлиник // Бюл. мед. Интернет-конф. – 2013. – №3. – С. 301-303.

5. Караханян В.Т. Клинические и социальные аспекты оказания терапевтической стоматологической помощи на современном этапе: взаимосвязь удовлетворенности и качества // Рос. стоматол. журн. – 2011. – №4. – С. 44-45.

6. Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть IV) // Социология медицины. – 2011. – №2. – С. 15-18.

7. Харитонова М.П., Русакова И.В., Винокурова Е.А. Изучение удовлетворенности населения стоматологической помощью: правовые и социальные аспекты // Современные концепции научных исследований: Сб. науч. работ. – М., 2014. – С. 58-64.

РЕЗЮМЕ

Дана сравнительная оценка результатов социологического изучения удовлетворенности соматических больных лечением заболеваний пародонта, полученных на основании их анкетирования, проведенного до и после введения в лечебно-профилактическом учреждении новой организационно-функциональной модели лечения заболеваний пародонта. Выявлено увеличение удовлетворенности пациентов, что является одним из аргументов в пользу целесообразности применения новых систем организации и контроля качества лечения в стоматологии.

SUMMARY

The article gives a comparative evaluation of the results of the sociological study of satisfaction with somatic patients the treatment of periodontal disease, obtained on the basis of the survey, conducted before and after the introduction of a health care setting new organizational and functional model of the treatment of periodontal disease. An increase in patient satisfaction, which is one of the arguments

in favor of the feasibility of the use of new systems of organization and control of the

quality of care in dentistry.

УДК: 612.015.32:611.311+61.018.5:612.392.6-092.9

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ НА УГЛЕВОДНО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ОБМЕН СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И КРОВИ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

Ф.И. Ибрагимова, А.У. Садиков

Бухарский филиал Ташкентского государственного стоматологического института, Научно-исследовательский институт санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний

Длительность и массовость применения неорганической соли хлорноватистой кислоты имеют особую значимость для выяснения механизма её действия на организм теплокровных животных, и в первую очередь человека. Однако исследования химических соединений в ряде случаев затруднено в связи с отсутствием данных о механизме действия. Только на основе глубокого познания механизма действия может быть осуществлена разработка рациональных мер профилактики и терапии возможных отравлений.

Изучению биохимических основ действия вредных химических веществ различных классов посвящено большое количество работ. Так, есть данные о связи токсического эффекта с биохимическими изменениями в организме. Для большинства химических веществ, и в частности соли хлорноватистой кислоты, механизм токсического действия остается не раскрытым. В известной мере это объясняется способностью этих веществ вызывать в организме такой обширный круг биохимических изменений, которые затрудняют возможность дифференцирования первичной реакции от вторичных изменений.

Поэтому для выяснения реальной опасности длительного воздействия гипохлорита натрия большое значение имеют исследования, проводимые в хроническом эксперименте.

Настоящая работа посвящена изучению хронического воздействия гипохлорита натрия на углеводно-энергетический обмен в щечной стороне мягкой ткани слизистой оболочки рта.

Цель исследования. Оценка влияния гипохлорита натрия на состояние метаболитов углеводно-энергетического обмена слизистой оболочки рта с мягкой тканью щеки и крови экспериментальных животных.

Материал и методы. Исследования проводились путем изучения некоторых показателей углеводно-энергетического обмена при хроническом отравлении гипохлоритом натрия. В экспериментах использовались белые крысы-самцы массой 150-170 г, которые содержались на обычном рационе. Животные 1-й серии многократно получали гипохлорит натрия в дозе 1/20 ЛД₅₀ (255 мг/кг) внутрижелудочно в течение 90 дней, 2-я серия служила контролем. Для выяснения механизма действия гипохлорита натрия на биохимические показатели углеводно-энергетического обмена у лабораторных животных при введении гипохлорита натрия в дозах 225 мг/кг в слизистую оболочку рта с мягкой тканью щеки и крови определяли содержание молочной кислоты [3], пирувата [5], гликогена [4] и активность ферментов ГДГ [1], СДГ [2]. Исследование метаболитов углеводного обмена и активности ферментов цикла трикарбоновых кислот при многократном воздействии гипохлорита натрия