

НОВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ж.А. Ризаев, Г.А. Гафуров, Э.А. Ризаев

Ташкентский государственный стоматологический институт

Изучение причин возникновения заболеваний пародонта способствовало формированию концептуальных представлений о генерализованном пародонтите как о патологии более сложной, чем представлялось ранее, поскольку, кроме микробного фактора и окклюзионных нарушений, существует множество системных состояний, которые тем или иным образом могут повлиять на состояние пародонта [2,5,6].

Общесоматические заболевания и функциональные нарушения в 85% случаев сопутствуют и активизируют патологические процессы в пародонте [5,6].

Возрастает роль социологических исследований, предусматривающих оценку путей для создания мотивации различных слоев населения к получению стоматологической помощи и профилактике стоматологических заболеваний [7]. Социологический метод исследования в современный период широко распространен в системе здравоохранения. Особенно важны сведения, которые получены от пациентов, прошедших лечение в многопрофильной клинике [4]. В связи с этим интерес представляет изучение мнения пациентов для оценки влияния новой организационной формы лечения больных пародонтитом на качество и эффективность оказываемой медицинской помощи [1,3,7].

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

Материал и методы. Анкетирование пациентов для изучения их удовлетворенности полученной медицинской помощью проводилось в 3-й клинике ТМА, где начиная с 1 декабря 2014 г. действует новая организационно-функциональная модель диагностики, лечения, профилактики и диспансеризации заболеваний пародонта у соматических больных. 3-я клиника ТМА является ЛПУ стационарного типа, поэтому на анкету отвечали пациенты, которые закончили лечение в отделениях клиники. Респонденты получили полную конфиденциальность, так как анкетирование было анонимным. Для этого в каждом отделении устанавливались ящики-урны, доступ к которым обеспечивался в любое время суток. Анкету выдавали на руки пациенту в последний день пребывания в клинике.

Пациент лично заполнял анкету и опускал ее в ящик-урну. Ящики-урны были закрыты на замки, ключи от которых находились у ответственных за проведение анкетирования. Анкеты извлекались из ящиков-урн еженедельно. Полученные данные обрабатывали с помощью специальной программы. Результаты анализа медико-социологических опросов объединялись в аналитические записки, направляемые руководству для принятия управленческих решений. Для достоверности исследования проведен расчет выборки при примерно известном объеме генеральной совокупности 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 проводили по следующим параметрам: предельная ошибка выборки $A = 0,05$; коэффициент доверия $t=2$, что обеспечивает высокую достоверность результатов в 95% случаев ($p \leq 5$). Отбор единиц для участия в опросе проводится выборочным методом. При этом генеральную совокупность составляли больные (численность более 24136 человек), которые лечились в отделениях 3-й клиники ТМА в 2013-2014 гг.

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

Для повышения достоверности проводили квотирование выборки, при этом генеральную совокупность разделяли по отделениям в соответствии с числом закончивших лечение больных.

Анкетирование проводилось перед внедрением новой организационной модели лечения, когда были получены анкеты 561 пациента, и по итогам ее функционирования через год после первого анкетирования (в июле 2014 г.), когда на вопросы анкет ответили 578 пациентов. Для опроса применяли

специально разработанную нами анкету, которая содержала более 60 вопросов.

Результаты исследования определяли по формуле:

$$P_{ген.} = P_{выб.} \pm tm,$$

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

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

t – доверительный коэффициент Стьюдента;

m – ошибка показателя.

Доверительный коэффициент Стьюдента во всех случаях имел значение равное 2, что обеспечивало доверительную вероятность более 95% (уровень значимости $p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. В данном разделе исследований нами использованы ответы респондентов по самооценке стоматологического состояния полости рта после проведенного лечения заболеваний пародонта в соответствии с внедрением новой организационно-функциональной модели диагностики, лечения, профилактики и диспансеризации ЗП у соматических больных для изучения их удовлетворенности полученной медицинской помощью.

В таблице 1 представлены результаты ответов на вопросы, касающиеся самооценки пациентами основных клинических показателей состояния пародонта.

Таблица 1

Самооценка респондентами основных клинических показателей состояния пародонта после пребывания в 3-й клинике ТМА (в % к итогу)

Симптом	2013 год	2014 год	p
Кровоточивость из десен	361/64,35±2,02	153/29,55±1,93	<0,01
Подвижность зубов	252/44,92±2,10	125/21,63±1,71	<0,01
Запах изо рта	236/42,07±2,98	141/24,39±1,79	<0,01
Наличие пародонтальных карманов	125/22,98±1,76	77/13,32±1,41	<0,01
Отделение из пародонтальных карманов	119/19,60±1,68	65/11,25±1,31	<0,01
Наличие назубных отложений	365/65,06±2,01	150/25,95±1,82	<0,01
Парестезии	98/17,47±1,75	51/8,82±1,18	<0,01
Итого	561/100,0	578/100,0	<0,01

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

Из таблицы 1 виден значительный регресс симптомов клинического

состояния пародонта после внедрения новой структурной организации лечения.

Так, жалобы на кровоточивость из десен уменьшились с $64,35 \pm 2,02$ до $29,55 \pm 1,93\%$ ($p \leq 0,01$); частота жалоб на другие показатели клинического состояния пародонта также было статистически значимо снизилась ($p \leq 0,01$).

Одновременно значительно увеличился удельный вес пациентов, соблюдающих правила ухода за полостью рта (табл. 2). При этом

удельный вес пациентов, регулярно чистящих зубы, увеличился с $60,96 \pm 2,06\%$ в 2013 г. до $85,81 \pm 1,45\%$ в 2014 г. Средства гигиены полости рта применяли соответственно $20,50 \pm 1,70$ и $37,20 \pm 2,01\%$; число лиц, регулярно посещающих стоматолога, увеличилось с $22,28 \pm 1,76$ до $36,51 \pm 2,00\%$, соблюдающих сроки диспансеризации у стоматолога – с $11,05 \pm 1,32$ до $21,28 \pm 1,70\%$.

Таблица 2

Показатели, характеризующих выполнение респондентами правил ухода за полостью рта (в % к итогу)

Показатель	2013 год	2014 год	p
Регулярная чистка зубов	342/60,96±2,06	496/85,81±1,45	<0,01
Применение средств гигиены (эликсиры, флоссы)	116/20,50±1,70	215/37,20±2,01	<0,01
Регулярное обследование стоматолога	125/22,28±1,76	211/36,51±2,50	<0,01
Соблюдение сроков диспансеризации у стоматолога	62/11,05±1,32	123/21,28±1,70	<0,01

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

Одним из главных положительных итогов внедрения новой структурной организации лечения является резкое повышение осведомлённости пациентов об отрицательном влиянии заболеваний пародонта на течение основного заболевания (табл. 3).

Таблица 3

Показатели, характеризующие отношение пациентов с общесоматической патологией к изменению качества жизни после лечения заболеваний пародонта (в % к итогу)

Осведомлённость	2013 год	2014 год	p
Да, имеется полное осознаниеотягчающего влияния ЗП на течение основного заболевания	63/11,23±1,33	137/23,70±1,77	<0,01
Имеется представление о взаимосвязи общего и стоматологического здоровья	188/33,51±1,99	262/45,33±2,07	<0,01
Затруднялись ответить	265/47,24±2,10	140/24,22±1,78	<0,01
Нет	45/8,02±1,45	39/6,75±1,04	≥0,05
Итого	561/100,0	578/100,0	

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

Из таблицы 3 видно, что удельный вес пациентов, полностью осознающих отягчающее влияние патологии пародонта на течение основного заболевания, возрос более чем в два раза: с $11,23 \pm 1,33$ до $23,70 \pm 1,77\%$; а удельный вес пациентов, имеющих представление о взаимосвязи общего и стоматологического здоровья, –

соответственно с $33,51 \pm 1,99$ до $45,33 \pm 2,07\%$; на этом фоне резко уменьшился удельный вес больных, затруднившихся ответить на эти вопросы: с $47,24 \pm 2,10$ до $24,22 \pm 1,78\%$; а удельный вес лиц, не знающих ответа, практически не изменился, составив соответственно $8,02 \pm 1,15$ и $6,75 \pm 1,04\%$ ($p \geq 0,05$).

Анкету для изучения мнения пациентов завершал вопрос, характеризующий отношение пациентов

с общесоматической патологией к изменению качества жизни после лечения заболеваний пародонта (табл. 4).

Таблица 4

Показатели, характеризующие отношение пациентов с соматической патологией к изменению качества жизни после лечения заболеваний пародонта (в % к итогу)

Оценивающий критерий качества жизни	2013 год	2014 год	p
Значительно улучшилось	28/4,99±0,42	88/15,22±1,49	<0,01
Улучшилось	89/14,97±1,51	173/29,93±1,67	<0,01
Улучшилось незначительно	140/24,95±1,83	126/21,80±1,71	≥0,05
Осталось без изменений	252/44,92±2,09	120/20,76±1,68	<0,01
Затруднялись ответить	45/8,02±1,14	60/10,38±1,27	<0,01
Ухудшилось	12/2,14±0,61	11/1,90±0,56	<0,01
Итого	561/100,0	578/100,0	

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

Из таблицы 4 видно, что «значительное улучшение» и «улучшение» качества жизни в 2014 г. по сравнению с 2013 г. увеличились статистически значимо. Хотя и без статистически значимых различий уменьшился удельный вес ответов «улучшилось незначительно», а удельный вес ответов «осталось без изменений» по сравнению с 2013 г. уменьшился более чем вдвое ($p \leq 0,05$).

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, можно сделать вывод, что именно она стала основной причиной выявленных изменений.

Литература

1. Антонов А.Н. Социально-демографические и мотивационные аспекты удовлетворённости стоматологической помощью в современных условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 22 с.

2. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – Ч. 2. Болезни пародонта. – 224 с.

3. Булкина Н.В. Профессиональная гигиена полости рта: комфорт до и после

процедуры // Клин. стоматол. – 2010. – №3. – С. 13-15.

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

5. Ризаев Ж.А. Распространенность болезней пародонта среди городского населения Узбекистана // Мед. журн. Узбекистана. – 2008. – №3. – С. 6-8.

6. Фукс Е.И., Карева Ю.А., Гализина О.А., Таболина Е.С. Современные аспекты этиологии и патогенеза заболеваний пародонта // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2013. – №3. – С. 153-159.

7. Харитоновна 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

Проанализированы сведения, которые получены от пациентов, прошедших лечение в многопрофильной клинике. Проведена 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. Один из аргументов в пользу целесообразности применения новых систем организации и контроля качества лечения в стоматологии является увеличение удовлетворенности пациентов проведенным лечением заболеваний пародонта.

SUMMARY

The article presents information that is obtained from patients treated in a

multidisciplinary clinic. 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. One of the arguments in favor of the feasibility of the application of new management systems and quality control of treatment in dentistry - an increase in patient satisfaction of treatment of periodontitis.

УДК: 616.314(075.4) «18/19»

ЗУБОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ НА ТЕРРИТОРИИ КАЗАХСТАНА НА СТЫКЕ XIX И XX ВЕКОВ

С. Рузуддинов, М.К. Шаяхметова, И. Султанова, Н.А. Калиева, Н. Рузуддинов
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

История зубопротезирования и зубопротезирования древняя и интересная. С тех пор, как человек начал использовать инструменты в повседневной жизни, он начал заботиться о своих зубах, об их чистоте и здоровье.

В древние времена были достигнуты значительные успехи в этой области. В начале VI века до н.э. этруски (нынешняя территория Греции) уже знали, как конструировать протезы из золота и зубов крупного рогатого скота; 2200 лет назад в Китае лечили волчью пасть, а пророк Мухаммед в VII веке ввел основы гигиены полости рта в ритуальную систему ислама [4].

Взгляды Гиппократов более 20 веков являются источником медицинских знаний. Они оказали влияние на последующее развитие стоматологии. В трудах Гиппократов уделяется много внимания не только болезням зубов, но и их лечению, а также причинам их возникновения. Он написал труд «О зубах» [2].

Поэтому первыми зубными целителями с учетом достижения

медицинской науки были врачи, которые сменили цирюльников, служащих церквей, разного рода специалистов, не имевших специального образования. В средние века хирурги Европы специализировались в лечении и протезировании зубов. Они достигли значительного прогресса к XV веку по сравнению с врачами общего профиля. Данная область стала базироваться на рациональных и научных принципах с XVIII века, когда Пьер Фожар написал великий трактат «Хирургический дантист (Le chirurgien dantiste) и основал профессию зубного врача [3].

Наша работа посвящена истории, развитию зубопротезирования и зубопротезирования в нашей стране для правильного, научно-обоснованного развития этой отрасли медицины, именуемое стоматологией [1]. Не зная прошлого, нельзя строить будущее. Великий римский оратор Цицерон сказал: «Не зная, что произошло в прошлом, значит продолжать оставаться в младенчестве знаний».