

Чопчик В.Д.

ОЦІНКА ЯКОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м.Київ)

Резюме. У статті наведені результати аналізу якості стоматологічної допомоги, яка надається у бюджетних лікувально-профілактичних закладах на основі її експертної оцінки.

Ключові слова: стоматологічна допомога, експертна оцінка, якість.

Вступ

Стоматологічна допомога є одним з найбільш масових видів медичної допомоги серед населення і посідає друге місце за частотою після звернень до лікарів-терапевтів (лікарів загальної практики). За більшістю ознак і основними напрямками (профілактика стоматологічних захворювань, терапевтична та хірургічна стоматологічна допомога) її, як і загальну лікарську практику, доцільно відносити до первинної медико-санітарної допомоги [1, 2, 3].

Висока частота звернень населення до лікувально-профілактичних закладів з метою отримання різних видів стоматологічної допомоги обумовлена цілим комплексом медико-соціальних чинників. Серед них слід враховувати високу поширеність серед населення основних стоматологічних захворювань, до яких в першу чергу відносяться каріозні ураження зубів та їх ускладнення, захворювання пародонту, захворювання слизової оболонки порожнини рота. Невчасне виявлення вказаних захворювань, недостатнє або неякісне їх лікування нерідко обумовлює розвиток таких ускладнень, які призводять до необхідності видалення зубів, проведення різних видів хірургічних втручань в щелепно-лицевій ділянці, консервативному лікуванні цих ускладнень на протязі певного часу з нерідкою втратою працездатності. Формування неповної або повної вторинної адентії в свою чергу вимагає значних матеріальних витрат, зокрема бюджетних, на подальше протезування.

Завдання удосконалення стоматологічної допомоги, які з особливою гостротою виникли на сучасному етапі соціально-економічного розвитку України, потребують системного аналізу стану різних видів медико-

соціального забезпечення населення, зокрема і стану стоматологічної допомоги. Особливо важливе значення має оцінка реального стану медичної служби, доступності і якості стоматологічної допомоги в умовах програмно-цільового підходу щодо реалізації соціальної політики в галузі медицини на територіальному (регіональному) рівні.

Мета дослідження

На підставі експертної оцінки надання стоматологічної допомоги у бюджетних лікувально-профілактичних закладах визначити рівень якості стоматологічної допомоги, а саме застосування сучасних методів діагностики та лікування, відповідність її протоколам стоматологічної допомоги, стан її організації та забезпечення.

Матеріали і методи дослідження

Програмою нашого дослідження було передбачено збір і обробку даних, які можуть служити реальним і надійним підґрунтям оптимізації та підвищення якості стоматологічної допомоги. У дослідженні використовувались методи системного підходу та аналізу, статистичний, експертних оцінок, клініко-стоматологічний.

Експертна оцінка якості стоматологічної допомоги терапевтичного та хірургічного профілю була здійснена за двома спеціально розробленими програмами (картами) експертної оцінки та охопила 205 завершених терапевтичних та 159 хірургічних випадків у бюджетних стоматологічних закладах Київської області. Експертами в проведеному дослідженні виступили лікарі-стоматологи вищої кваліфікаційної категорії інших лікувально-профілактичних закладів.

Результати дослідження

При проведенні аналізу карт експертної оцінки надання допомоги лікарями-

ПРИЧИНИ ЗВЕРНЕНЬ ДО ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА

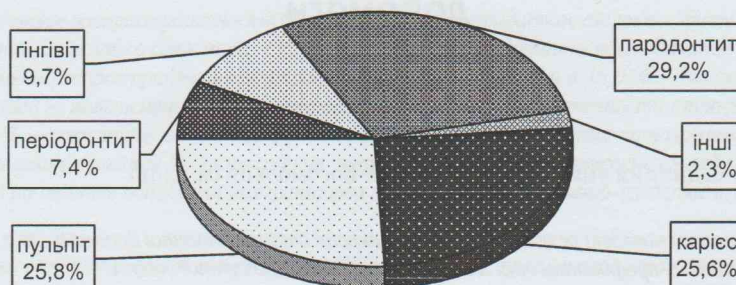


Рис. 1. Причини звернень до лікаря-стоматолога-терапевта.

стоматологами-терапевтами встановлено, що пацієнти отримували її з приводу карієсу та його ускладнень і захворювань пародонту. Структура звернень до лікаря-стоматолога-терапевта відображена в діаграмі №1.

До інших видів патології слід віднести такі, як захворювання слизової оболонки порожнини рота, проявлення в порожнині рота захворювань інших органів і систем, нейрогенні синдроми.

Термін лікування залежав від характеру патології і склав у середньому: 3,5 днів - при лікуванні карієсу, 5,8 днів - при лікуванні пульпіту і був найбільш тривалишим - від 8,8 до 9,3 днів - при лікуванні періодонтиту, гінгівіту і пародонтиту.

Оптимальний клінічний результат лікування, тобто одужання хворого, при середньому карієсі був досягнутий у 97,0% випадків, при глибокому карієсі - у 87,9%, при пульпіті - у 82,9% і періодонтиті - у 87,0% випадків. У решті випадків при даних видах патології було досягнуто лише поліпшення клінічного стану пацієнтів.

Що стосується таких захворювань як гострий гінгівіт і хронічний пародонтит, то вони виявилися більш толерантними до проведеного лікування, і повне одужання було досягнуте тільки в 15,3% і 18,4% випадків, відповідно. У решті пацієнтів з гострим гінгівітом (84,7% випадків) було досягнуто поліпшення клінічного стану хворого, а з хронічним пародонтитом - у 81,6% випадків, відповідно. Приблизно у 1/5 частини хворих з пародонтитом експерти відзначили досягнення стійкої ремісії, а у 6,7% хворих з цією патологією не вдалося досягти позитивного клінічного результату.

Експертна оцінка якості діагностичної роботи лікарів-стоматологів терапевтичних відділень дозволила встановити, що такі її розділи, як збір анамнезу і огляд хворого, використання інструментальних і спеціальних методів об'єктивного обстеження, рентгеновське дослідження були виконані у повному обсязі більш ніж у половини хворих (61,1-63,8%). У той же час рентгенодіагностика за наявності клінічних показань не була використана у 24,1% пацієнтів.

Значно гірше положення з використанням, наприклад, такого сучасного методу обстеження як електроодонтометрія, який за наявності показань не був застосований у 72,2% хворих. Приблизно у 25% хворих не були використані при їх доступності необхідні лабораторні, бактеріологічні і морфологічні методи обстеження. Все це позначилось на точності та повноті поставлених клінічних діагнозів, які були визнані експертами повністю обґрунтованими у 81,4% випадків і відповідно недостатньо обґрунтованими у 18,6% випадків.

Поставлений лікарями стоматологами-терапевтами діагноз відповідав МКХ-10 і прийнятій клінічній класифікації у 94,7% випадків експертизи. Разом з тим було встановлено, що лікарі недостатню увагу приділяють діагностиці супутньої до основного захворювання патології.

Згідно результатів експертної оцінки якість проведеного лікування за визначеними позиціями у більшості випадків виявилася вищою, ніж якість діагностичної роботи і було проведено своєчасно у 93,7% випадків; адекватно і в повному обсязі - у 95,7% випадків; з використанням сучасних технологій - у 81,8% і з необхідним медикаментозним су-

ПРИЧИНИ ЗВЕРНЕНЬ ДО ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА-ХІРУРГА

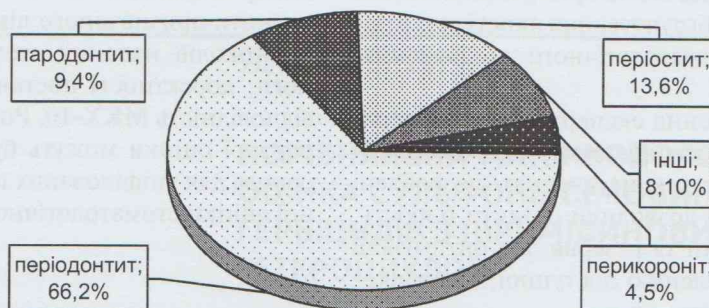


Рис. 2. Причини звернень до лікаря-стоматолога-хірурга.

проводом у повному обсязі - у 86,2% випадків. Виявлені недоліки в процесі лікування були обумовлені недостатнім використанням сучасних методик лікування (18,2% випадків) і відмова лікарів від застосування у разі необхідності місцевої анестезії (16,5% випадків). Більш ніж у половині випадків (61,5%) були виявлені недоліки в оформленні медичної документації.

При здійсненні бальної оцінки найнижчі значення середньої кількості балів і, відповідно, коефіцієнтів якості були отримані за такими критеріями:

- якість обстеження пацієнтів;
- якість ведення амбулаторних карт.

Найбільш низькі інтегральні коефіцієнти якості відмічені при лікуванні хворих з гострим гінгівітом і пародонтитом (відповідно 80,9% і 84,4%).

При оцінці якості медичної допомоги, наданої лікарями-стоматологами-хірургами, було здійснено 159 експертиз.

Найбільш частими причинами звернень з метою отримання хірургічної стоматологічної допомоги були одонтогенні запальні процеси щелепно-лицевої ділянки, переважно ускладнення карієсу та пародонтиту. Питома вага захворювань, з якими пацієнти звертались до лікаря-стоматолога-хірурга, наведена в діаграмі №2.

Серед сільських жителів майже 2/3 випадків (74,0%) припали на звернення з приводу періодонтиту.

Середня тривалість лікування хворих з хірургічною патологією за всіма випадками склала $3,29 \pm 0,4$ днів, при цьому у сільських ЛПЗ вона була достовірно ($p < 0,05$) вищою ($3,72 \pm 0,6$ днів). При видаленні зубів за наяв-

ності періодонтиту і хронічного пародонтиту середня тривалість лікування була невеликою і склала, відповідно $1,57 \pm 0,3$ і $1,61 \pm 1,0$ днів.

При гострому періоститі середня тривалість лікування за експертними випадками склала $4,45 \pm 1,2$ днів, при перикороніті - $5,11 \pm 1,7$ днів, при «інших» видах патології - $3,7 \pm 1,1$ днів. Згідно оцінки експертів, терміни лікування були адекватними у 98,5% випадків і лише у 1,5 випадків вони були заниженими.

Відносно досягнення клінічного результату хірургічного лікування найбільш поширених захворювань, то на думку експертів оптимальний результат, тобто одужання, відмічене у 96,0% усіх експертних випадків. У 3,5% експерти відзначили поліпшення клінічного стану і в 0,5% випадків - розвиток ускладнень. Найкращі клінічні результати хірургічного лікування, пов'язані з видаленням зубів, мали місце при гострому періоститі та хронічному пародонтиті. Найбільш толерантною до хірургічного лікування виявилася така патологія як перикороніт, при якому одужання відмічене у 65,3% випадків і поліпшення клінічного стану - у 34,7% випадків.

Експерти відзначили, що лікування хворих стоматологами-хірургами у 2,2% випадків було проведене не в повному обсязі та в 2,9% - без використання найбільш сучасних технологій. За наявності показань у 2,6% випадків в неповному обсязі було проведене медикаментозне лікування. У 2,8% випадків були занижені необхідні терміни лікування. У 39,1% амбулаторних карт, які підлягали експертній оцінці, були виявлені недоліки щодо їх оформлення.

Як позитивний аспект якості стоматологічної допомоги хірургами-стоматологами

було відмічено застосування найбільш адекватної і ефективної анестезії у всіх випадках, які оцінювались експертами.

Таким чином, запропонована методика експертної оцінки може бути рекомендована для наукового обґрунтування якості організаційних форм стоматологічного забезпечення.

Висновки

Для проведення експертної оцінки терапевтичної і хірургічної стоматологічної допомоги, що надається населенню, розроблені 2 типи карт, які дозволили оцінити її якість, визначити шляхи та резерви для оптимізації організації населенню доступної, кваліфіко-

ваної та ефективної стоматологічної допомоги. Проведений аналіз дозволив визначити основні причини звернень населення регіону в стоматологічні заклади, ступені розбіжностей проведених діагностичних маніпуляцій та повноти призначеного лікування з вимогами Протоколів надання стоматологічної допомоги, коректності постановки діагнозів і їх відповідність МКХ-10. Розроблені карти експертної оцінки можуть бути використані як основа для уніфікованих протоколів експертної оцінки стоматологічної допомоги.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Чопчик В.Д.

Резюме: В статье приведены результаты экспертной оценки качества стоматологической помощи, предоставляемой в бюджетных лечебно-профилактических учреждениях.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, экспертная оценка, качество.

ESTIMATION OF QUALITY OF STOMATOLOGICAL HELP

Chopchik V.D.

Summary. The results of expert estimation of quality of dental help, given in budgetary dental service, are resulted in the article.

Keywords: dental help, expert estimation, quality.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Чопчик В.Д., Голубчиков М.В. Характеристика потреби дорослого населення в стоматологічній допомозі. // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. Випуск 16, книга 2. - Київ, 2007. - С. 901-906.
2. Панчук О.Ю. Забезпечення прав пацієнтів в стоматологічних закладах різних організаційно-правових форм. // Охорона здоров'я України. - 2008. - № 1 (29). - С. 200-2002.
3. Канюра О. А. Аналіз стану стоматологічної допомоги дитячому населенню України в 2001-2005 рр. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. Випуск 16, книга 1, Київ, 2007, С. 834-841.