

дило к отчетливому снижению толщины сетчатки по всей площади ее центральной зоны, занятой дегенеративно-дистрофическими изменениями.

Заключение. Основываясь на результатах измерений аппаратно-программного комплекса можно заключить, что дистрофические хориоретинальные очаги претерпевают морфогенез

под воздействием патогенетически ориентированной комплексной терапии, проводимой на санаторном этапе. Неинвазивная методика оптической когерентной томографии может послужить критерием эффективности лечения пациентов с туберкулезными хориоретинитами центральной локализации.

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОБ УСЛОВИЯХ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

АЛЕКСАНДРОВА Т. Е., НЕЧАЕВ И. Е., АЛЕКСАНДРОВ Е. И.

SURVEY OF PATIENT'S ATTITUDE TOWARDS THE CONDITIONS OF SANATORIUM TREATMENT

ALEXANDROVNA T. E., NECHAEV I. E., ALEXANDROV E. I.

ФГБУ «Туберкулезный санаторий "Выборг-3"» МЗ РФ, Ленинградская область, п. Красный Холм

Vyborg-3 Tuberculosis Sanatorium, Leningrad Region, Krasny Kholm, RF

Санаторное лечение – неотъемлемый и достаточно продолжительный этап лечения туберкулеза любой локализации, поэтому удовлетворенность пациентов является индикатором качества медицинской помощи санаторно-курортной медицинской организации и косвенно отражает его материально-техническую базу.

Цель: изучение мнения пациентов специализированного фтизиоофтальмологического санатория об условиях пребывания.

Материалы и методы. С 2014 г. в санатории проводится анонимное анкетирование пациентов. Используется анкета по анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в санаторно-курортных условиях (приложение № 3 к методическим рекомендациям по проведению независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздрава России от 31 октября 2013 г. № 810а). Анкета содержит ряд вопросов с вариантами ответов. Методом сплошной статистической выкопировки отобраны 110 анкет пациентов, получавших лечение и выписанных из санатория в течение 2 мес. Представлены результаты обработки ответов пациентов на вопросы, касающиеся бытовой стороны проживания в санатории: диетическое питание, режим дня, уборка помещений, условия оказания медицинской помощи, а также предложения и пожелания больных по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг. Высчитывали долю предложенных вариантов ответов.

Результаты. На вопрос «удовлетворены ли вы питанием во время пребывания в медицинской организации?» 62,1% респондентов ответили,

что полностью удовлетворены; 28,7% – частично удовлетворены; 5,6% пациентов – скорее не удовлетворены; 3,4% больных считали, что питание неудовлетворительное. Подтвердили, что в спальном корпусе санатория всегда было тихо в ночное время 80,2% больных; 15,1% пациентов ответили, что в ночное время, как правило, было тихо; 3,8% пациентов отмечали, что тишина в ночное время соблюдалась редко; 0,9% больных считали, что ночью в спальном корпусе шумно. Другой вопрос анкеты затрагивал качество уборки, освещение и температурный режим в помещениях. При ответах на этот вопрос 78% опрошенных были полностью удовлетворены условиями пребывания; 18,3% пациентов были частично удовлетворены средой пребывания; 2,8% опрошенных были скорее не удовлетворены условиями пребывания в помещениях; 0,9% больных полностью не устраивали условия пребывания. В анкете содержался вопрос об удовлетворенности условиями оказания медицинской помощи в целом. На этот вопрос положительно ответили 68,2% пациентов, которых полностью устраивали санаторные условия; 26,2% респондентов считали, что условия оказания медицинской помощи в санатории скорее удовлетворительные, чем нет; 3,7% опрошенных ответили, что они больше не удовлетворены; 1,9% больных были не удовлетворены условиями оказания медицинской помощи в санатории. В качестве предложений и пожеланий 33,3% пациентов высказывали, что необходимы те или иные улучшения бытовых условий пребывания; 12,3% опрошенных высказали пожелания по улучшению досуга; 14% пожеланий и предложений касались организации диагностической и лечебной работы;

5,3% замечаний – о необходимости разнообразия питания, 35,1% анкет содержали несколько пожеланий по разным аспектам условий пребывания и медицинской помощи.

Заключение. Проведенный опрос показал субъективное видение со стороны пациентов условий оказания медицинской помощи на санаторном этапе. Подавляющее большинство опрошенных

удовлетворены условиями пребывания в санатории. Резюмируя предложения и пожелания пациентов, можно заключить, что в целом они касаются укрепления и обновления материально-технической базы специализированного санатория и прилегающей территории. Это очевидно, и для решения данной задачи необходимы соответствующие бюджетные ассигнования.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ГЛАЗ

АЛЕКСАНДРОВА Т. Е., НЕЧАЕВ И. Е., АЛЕКСАНДРОВ Е. И.

CLINICAL-ECONOMIC EVALUATION OF REHABILITATION TREATMENT OF OCULAR TUBERCULOSIS PATIENTS

ALEXANDROVNA T. E., NECHAEV I. E., ALEXANDROV E. I.

ФГБУ «Туберкулезный санаторий "Выборг-3"» МЗ РФ, Ленинградская область, п. Красный Холм

Vyborg-3 Tuberculosis Sanatorium, Leningrad Region, Krasny Kholm, RF

Цель: сравнение способов реабилитационного лечения туберкулеза глаз по клиническим результатам и затратам в специализированном санатории.

Материалы и методы. В исследование включены 59 больных III группы диспансерного учета с поствоспалительной хориоретинальной дистрофией оболочек глаза после перенесенного туберкулезного увеита. Критерии включения в исследование: отсутствие каких-либо проявлений активного туберкулеза органов дыхания или внелегочных локализаций; сопутствующие соматические заболевания в фазе компенсации, спокойный аллергологический анамнез. Всем пациентам выполняли стандартные офтальмологические исследования при поступлении в санаторий и по окончании лечения. Комплексное противодистрофическое лечение, показанное на санаторном этапе реабилитации пациентов этой категории, состояло из общего и местного лечения. Общее лечение включало внутримышечное введение витаминов группы В, внутривенное введение трентала и милдроната. Местное лечение – парабульбарные инъекции препаратов трофического действия: эмоксипина, тауфона, актовегина. По способу местного лечения больные разделены на 2 группы. В первую группу включены 30 пациентов в возрасте 22-78 лет (средний возраст $55,6 \pm 14,9$ года). Больным этой группы проводили вышеописанное традиционное противодистрофическое общее и местное лечение. Эта группа служила контролем. Во вторую группу вошли 29 пациентов в возрасте 37-77 лет (средний возраст $64,0 \pm 9,1$ года). Пациентам этой группы вводили гистохром по 0,5 мл 0,02% раствора путем парабульбарных инъекций ежедневно курсом

10 процедур дополнительно к традиционной противодистрофической общей и местной терапии. Эта группа больных послужила основной. Продолжительность санаторного курса составляла 2 мес. согласно группе диспансерного учета.

Эффективность лечения оценивали по динамике зрительной функции: острота зрения до и после лечения, поле зрения до и после лечения. Для объективной оценки биоэлектрической активности сетчатки в исходном состоянии и после 2 мес. комплексного лечения пациентам выполняли электрофизиологические исследования (ЭФИ) по методике отведения общей электроретинограммы от всей площади сетчатки. В качестве диапазона нормы электроретинографических показателей были приняты измерения, полученные у 6 практически здоровых лиц без офтальмологической патологии. Срок наблюдения больных после санаторного курса лечения составил 1 год. Для оценки качества жизни (КЖ) использовали 10-балльную визуально-аналоговую шкалу (ВАШ). ВАШ предлагалась пациенту, и объяснялась суть исследования непосредственно в ходе врачебного осмотра через год после лечения в санатории. Пациент ставил черту на том делении шкалы, которое, по его личному мнению, соответствовало уровню его здоровья.

Клинико-экономический анализ результатов лечения проводили по методам «затраты – эффективность» и «затраты – полезность». При анализе «затраты – эффективность» выполняли сопоставление затрат и результатов 2-месячного курса комплексного санаторного лечения, а в качестве критерия эффективности использовали объективные показатели ЭФИ. При анализе «затраты – полезность»