

метод О. И. Сукманского с соавт. (1980), позволяющий определять эмиграцию покоя (ЭП), которая опосредованно характеризует состояние тканей пародонта, а также эмиграцию раздражения (ЭР), характеризующую активность клеточного звена неспецифического иммунитета по способности лейкоцитов реагировать на раздражение. Соотношение эмиграции раздражения к эмиграции покоя (ЭРср/ЭПср) определяет состояние неспецифической резистентности полости рта. Нами проведено клиничко-лабораторное обследование и лечение 47 пациентов, из которых 22 больных ГП нач.-I, I степени и 25 больных хроническим катаральным гингивитом (ХКГ) в возрасте 25-55 лет без соматической патологии. Проводимое лечение состояло из профессиональной гигиены полости рта; инстилляций и аппликаций, полосканий экстрактом травы тысячелистника в течение 3-5 дней, в зависимости от выраженности воспалительного процесса. Применяли водный экстракт полифенолов из травы тысячелистника в соотношении 1:3, полученный по оригинальной лабораторной технологии (Е. К. Ткаченко, С. В. Носийчук, 2009). Проведенные исследования выявили значительную инфильтрацию тканей пародонта лейкоцитами. Так, у больных ХКГ ЭРср составило $1148125,0 \pm 336592,5$ и ЭПср - $28936,5 \pm 9741,1$, при этом соотношение ЭРср/ЭПср - $39,7 \pm 34,5$. У больных ГП нач.-I, I степени ЭРср составило $1291250,0 \pm 441528,8$ и ЭПср - $38375,0 \pm 16952,7$, тогда как соотношение ЭРср/ЭПср - $33,6 \pm 26,04$. Проведенная терапия у больных ХКГ, способствовала снижению ЭРср до $445125,0 \pm 350451,8$, ЭПср до $4968,7 \pm 1430,7$ и увеличению соотношения ЭРср/ЭПср в 2,3 раза ($89,6 \pm 24,49$), что может свидетельствовать о повышении неспецифической резистентности в тканях ротовой полости. На благоприятный исход лечения у больных ГП нач.-I, I степени указывает снижение ЭРср до $750000,0 \pm 145629,7$ и ЭПср до $12193,6 \pm 3892,2$. После лечения наблюдался рост соотношения ЭРср/ЭПср в 1,8 раза ($61,5 \pm 37,4$) по сравнению с аналогичным показателем до лечения.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о противовоспалительных свойствах местного применения водного экстракта на основе полифенолов тысячелистника у больных ХКГ и ГП нач.-I, I степени с обострившимся и хроническим течением.



УДК 616.31+616.314-089.28/29

В. А. Лабунець, д. мед. н., Т. В. Дієва, к. мед. н.

ДУ «Інститут стоматології АМН України»

ВИТРАТИ РОБОЧОГО ЧАСУ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА НА НИЗКУ НЕНОРМОВАНИХ ВИДІВ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

Загальновідомо, що єдиним, найоб'єктивнішим методом віддзеркалення фактичних витрат праці лікарів в ортопедичній стоматології є фактичні витрати робочого часу даних фахівців на надання певного виду медичної допомоги або виготовлення конкретних видів зубних протезів.

З метою уніфікації даного показника і оперативного обліку і оцінки витраченої праці, їх умовно віддзеркалюють у вигляді спеціальних трудових одиниць, прийнявши за одну подібну одиницю, об'єм наданих ортопедичних послуг або виготовлення зубних протезів за який-небудь умовно прийнятий час - 10 хв., 20 хв., 30 хв. і 1 година, як це вже і було використано раніш у відомих системах обліку і оцінки праці медичних працівників у галузі стоматології, деякі з яких використовуються ще і до теперішнього часу.

Виходячи з цих методичних основ, власне, і було нами спочатку розроблені зазначені одиниці, які знайшли своє впровадження відповідно Наказі МОЗ України № 507 від 28.12.2002 р. "Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги".

При цьому, на відміну від раніше використовуваних в нашій країні виробничих одиниць для лікарів стоматологів-ортопедів (Наказ МОЗ СРСР №87 "Норми розрахунку виробничих одиниць" від 04.11.1950 р.), в якому були відображені лише 8 видів ортопедичної допомоги та ще і прийняти свого часу не на основі наукових досліджень, а лише згідно практичного досвіду тривалості виготовлення зубних протезів низки фахівців, в існуючому наказі умовні одиниці представлені вже на 48 їх видів.

При цьому останні розраховані на підставі об'єктивних методів дослідження - хронометражних вимірювань тривалості їх надання.

Разом з тим, незалежно від ще досить короткого строку зазначеного наказу і досить значного переліку ортопедичних втручань, представлених в ньому, стрімко протікаючий медико-технологічний прогрес в клінічній стоматології, привів за такий малий період від його видання до появи в практичній охороні здоров'я нашої країни ще низки ненормованих їх видів. І саме невизначеність нормативно-правового статусу останніх, як не дивно, стає своєрідною перешкодою до їх більш поширеного впровадження і використання в стоматологічних закладах, особливо в бюджетній сфері. Все вище викладене власне і зумовило актуальність зазначеного питання та забезпечує його безперечну практичну цінність.

Об'єктом дослідження служив клінічний процес надання стоматологічної ортопедичної допомоги з використанням низки, ще ненормованих її видів, які природно, ще не знайшли своє віддзеркалення у відомих нам відповідних регламентуючих нормативно-правових документах нашої країни.

Предметом дослідження з'явилося встановлення на базі хронометражних вимірювань тривалості їх проведення відомих норм часу лікаря на їх виконання.

Матеріалом дослідження служили показники хронометражних вимірювань тривалості клінічного процесу надання стоматологічної ортопедичної допомоги 35 стоматологами-ортопедами, які здійснювали наукові співробітники відділу ортопедичної стоматології Інституту стоматології протягом 114 робочих дня. Результати хронометражних вимірювань фіксувались в "Фотохронокарті робочого дня стоматолога-ортопеда".

На першому етапі дослідження реєстрували всі хронометражні вимірювання. Після досягнення необхідної кількості спостережень на окремі елементи основної операції для отримання статистично достовірних даних і з метою оперативного набору всієї інформації зважаючи на її глобальність, на другому етапі дослідження, проводили хронометражні виміри тільки оперативного часу окремих операцій або деяких елементів основної операції.

При цьому слід зазначити, що всі отримані вихідні дані, були проіндексовані, згідно характеру витраченої лікарської праці, на постійні витрати робочого часу лікаря на надання медичної допомоги (Тп), які не залежать від об'єму і структури ортопедичних втручань та змінно -повторюванні (Тзп), що повністю залежать від даних факторів.

Після проведення експертної оцінки даних хронометражних викирів, були відібрані для подальшої поглибленої розробки матеріалів 41287 елементів роботи стоматолога-ортопеда та їх тимчасові показники.

Ретельний поглиблений аналіз фото хронометражних спостережень за роботою лікарів, з урахуванням сучасних вимог до клініки ортопедичної стоматології, даних викопіювання інформації з історій хвороби, опитування керівників ортопедичних підрозділів, а також безпосередньо стоматологів - ортопедів, дозволили нам виявити ще 25 нових, нормованих видів ортопедичних втручань, які реально існують в практичній охороні здоров'я нашої країни на сьогодні.

Наявність викладених вище матеріалів дозволила нам розробити оптимальні нормативи часу стоматологів-ортопедів на низку зазначених в таблиці видів ортопедичної допомоги.

Таблиця

Витрати робочого часу лікаря-стоматолога на низку ненормованих видів ортопедичної допомоги

Вид ортопедичної допомоги	Постійні витрати часу лікаря (Тп в хв.)	Змінно-повторюванні витрати часу лікаря (Тзп в хв.)
2	3	4
Частковий знімний пластинковий протез із пропілену (з однією корекцією на 1 протез)	76,63	39,26
Повний знімний пластинковий протез (із однією корекцією на 1 протез)	83,49	66,79
Повний знімний протез з металевим базисом (з двома корекціями на 1 протез)	98,19	114,10
Бюгельний протез з гнутими кламерами (з двома корекціями на 1 протез)	81,00	58,75
Суцільнолитий бюгельний протез на атачменах (з двома корекціями на 1 протез)	84,57	91,22

Продовження таблиці

Адгезивний мостоподібний протез із фотополімерних матеріалів: - на опорний зуб - на штучний зуб	50,21	49,45 74,73
Суцільно порцеляновий мостоподібний протез, на: - коронку - штучний зуб	134,76	45,44 5,21
Видалення з кореня зуба штифтових конструкцій (як самостійний вид ортопедичного втручання)	26,73	16,15
Відновлення кукси одного зуба під незнімні зубні протези з використанням композитного матеріалу і: - одного анкерного штифта - двох анкерних штифтів - трьох анкерних штифтів	44,08	22,01 32,27 42,53
Виготовлення коксової штифтової вкладки лабораторним способом у: - однокорневий зуб - багатокорневий зуб	66,19	20,48 29,49
Куксова штифтова вкладка, облицьована порцелянам	83,95	35,7
Порцеляновий вінір	93,28	72,5
Пластмасова капа для нормалізації міжальвеолярної висоти і скронево-нижнечелепного суглобу	66,85	22,45
Реставрація оклюзійної поверхні знімних ортопедичних апаратів (з однією корекцією)	103,21	-
Тимчасова фіксація незнімних зубних протезів (однієї коронки)	11,25	2,62
Полірування одного зуба в незнімних зубних протезах у порожнині рота (як самостійний вид ортопедичної допомоги)	21,69	14,08
Аплікація лікарськими засобами ясеневого краю опорних зубів після їх препаровки	12,11	-
Обробка одного опорного зуба захисними засобами після їх препаровки	9,44	0,21
Знеболювання зубів	10,79	4,38
Гемісекція багатокореневого зуба	36,7	10,13

В свою чергу останні можуть в повній мірі бути використані при розробці умовних одиниць трудоемності, при калькуляції цін на зубні протези та розрахунку виробничого і фінансового плану даних фахівців.



УДК 616.314-77-071-092. 4. 004.14: 616.314-089.28/29:616.31.000

*В. А. Лабунец, д. мед. н., А. В. Козлов, В. Ф. Шаблій, А. И. Подабуева,
С. Р. Кончичев, И. А. Хачиров, Н. В. Рожкова*

ГУ «Институт стоматологии АМН Украины»

К ВОПРОСУ О РЕФОРМИРОВАНИИ ЗУБОТЕХНИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА В ГОСУДАРСТВЕННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

На основе изучения и анализа работы отечественных зуботехнических производств и тенденций развития таких производств в других странах, предлагаем наше видение к их реформированию, в связи с настоятельным требованием времени в этом отношении.

На наш взгляд, общие рекомендации для всех организационных форм могут заключаться в следующем. Прежде всего реформирование зуботехнических производств как структурных подразделений должно осуществляться в едином комплексе с процессами реформирования как конкретного учреждения, так и всей государственной стоматологической службы в целом.