

Уровень встречаемости воспалительных процессов разлитого характера, чаще всего в пределах границ протезного ложа, в виде отека, покраснения и эрозий достигает максимального уровня при ношении различных акриловых пластиночных протезов в возрастной группе 45-60 лет –  $49,6 \pm 4,40$  %. При дифференциации показателей эффективности ортопедического лечения на основании данных клинических исследований было выявлено, что слизистая оболочка полости рта у больных II группы обнаруживала незначительные патологические изменения. У большинства пациентов с протезами, на основе термопласта медицинской чистоты, слизистая оболочка внешне практически не отличалась от нормальной, кроме механических травм в проекции границ протезных конструкций.

**Выводы.** Клинические исследования, проведенные среди 620 протезоносителей, установили функциональную и биологическую совместимость нового базисного материала для частичных и полных съемных ортопедических конструкций, который обладает свойствами, близкими к идеальным с точки зрения практически полного отсутствия клинических проявлений травматических и воспалительно-деструктивных процессов в тканях ротовой полости.

При этом выявление очагов воспаления тканей протезного ложа характерно для больных обеих групп, однако при использовании протезов на основе термопластов медицинской чистоты эти показатели значительно ниже, чем в группе пациентов с акриловыми протезными конструкциями.

#### Список литературы

1. Варес Э.Я., Нагурный В. Руководство по изготовлению стоматологических протезов и аппаратов из термопластов медицинской чистоты. Донецк-Львов, 2002, 276 с.
2. Корехов Б.Н., Ряховский А.Н., Поюровская И.Я., Сутугина Т.Ф. Физико-химические характеристики эластичных материалов для съемных зубных протезов // Стоматология, 2009, №6, с. 55-59.
3. Огородников М.Ю. Новый класс конструкционных материалов на основе полиуретана для ортопедической стоматологии: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2004, 46 с.
4. Поюровская И. Я., Сутугина Т. Ф., Пешкина М. Г. 60 лет с момента создания отечественных акриловых материалов для стоматологии. История развития и перспективы // Стоматология, 2002, №5, с. 64-66.
5. Трезубов В.Н., Климов А.Г. Клиническая критериальная оценка качества съемных протезов // Стоматология, 2006, №6, с. 62-65.
6. Цимбалитов А.В., Зултан О.Я., Голинский Ю.Г. Анализ конфликтных ситуаций в стоматологической

практике // Клиническая стоматология, 2000, №1, с. 60-63.

7. Knezovic Z.D., Celebic A., Valentic-Peruzovic M. et al. A survey of treatment outcomes with removable partial dentures // J. Oral Rehabil., 2003, №306 p. 847-854.

8. Mohammed Q.R. Evaluation of some of the clinical variables affecting patient's satisfaction with removable partial dentures // D.J. Smile, 2009, vol.4, №3, p. 8-11.

Поступила 24.03.10.



УДК 616.31 - 614.2(075.8)

**И. В. Бугорков, И. А. Бугоркова**

Донецкий национальный медицинский университет

### ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ КОМПЛЕКСНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ УСЛУГ

*Работа посвящена совершенствованию вопросов организационно – управленческой структуры деятельности ортопедических отделений в системе государственных стоматологических учреждений. Рассматривается оценка конкурентоспособности лечебных учреждений на рынке стоматологических услуг в юридических, правовых и кадровых аспектах, а также предлагается организационно управленческая модель по предоставлению комплексных стоматологических услуг.*

**Ключевые слова:** Конкуренция, стоматологические услуги, рынок.

**І. В. Бугорков, І. А. Бугоркова**

Донецький національний медичний університет

### ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПРИ НАДАННІ КОМПЛЕКСНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

*Робота присвячена вдосконаленню питань організаційно – управлінської структури діяльності ортопедичних відділень в системі державних стоматологічних установ. Розглядається оцінка конкурентоспроможності лікувальних установ на ринку стоматологічних послуг в юридичних, правових і кадрових аспектах, а також пропонується організаційно – управлінська модель за наданням комплексних стоматологічних послуг. Існуюча модель організації і управління розроблялася в 60–80-і роки минулого сторіччя і не ефективна в сучасних умовах, де основним чинником є підвищення конкурентоспроможності.*

**Ключові слова:** Конкуренція, стоматологічні послуги, ринок.

**I. V. Bugorkov, I. A. Bugorkova**

Donetsk National Medical University

## **SURGICAL METHODS OF TREATMENT AT COMPLEX ORTHOPEDIC AID**

*Work is devoted perfection of questions organizationally – administrative structure of activity of orthopaedic separations in the system of public stomatological institutions. The competitiveness of medical establishments is examined at the market of stomatological services in legally and skilled aspects, and also the developed is offered organizationally is an administrative model after the giving of complex stomatological services. The existent model of organization and management was developed in 60–80th of past century and not effective in modern terms, where a basic factor is an increase of competitiveness.*

**Keywords:** *Competition, stomatological services, market.*

**Актуальность.** Повышение конкурентоспособности стоматологических учреждений в кризисных условиях является актуальной государственной задачей и определяется рядом методологических аспектов. В первую очередь, это факторы улучшения конкурентно способных позиций – общие для всех учреждений и предприятий стоматологической службы, каковыми являются научно и экономически обоснованные управленческие решения [1]. Реализация, таких решений открывает возможности повысить их шансы на успех в конкурентной борьбе на рынке стоматологических услуг, с учетом сбалансированной юридическо - правовой и кадровой политики.

**Цель исследования .** Изучение конкурентоспособности государственных и коммунальных лечебных учреждений на рынке стоматологических услуг в контексте юридически – правовой и кадровой политики, а также создание организационно – управленческой модели по оказанию комплексных стоматологических услуг.

**Материалы и методы исследования.** Отчеты о работе стоматологических поликлиник, методы статистический, аналитический, структурно-функциональный, системного анализа и имитационное моделирование.

**Результаты и их обсуждение.** В своей повседневной работе руководители стоматологических учреждений и их структурных подразделений сталкиваются с необходимостью постоянно решать вопросы улучшения качества представления лечебной помощи, т. е. управлением процессом эффективного функционирования своих учреждений и подразделений. Однако, зачастую, принимаемые управленческие решения проводятся не на соответствующем должном научно - медицинском уровне. В некоторой степени это объясняется несовершенством действующей нормативной базы, недостаточным финанси-

рованием отрасли, отсутствием специальной литературы по организации и управлению в разрезе комплексных стоматологических услуг.

В повседневной ортопедической практике актуален вопрос о преемственности в работе между врачами-ортопедами и хирургами, в контексте хирургической подготовки полости рта к предстоящему зубопротезированию.

В связи с тем, что стоматология развивается наиболее динамично по отношению к другим медицинским специальностям, за счет новых подходов к диагностике, лечению, профилактике стоматологических заболеваний, внедрения в повседневную практику современных моделей стоматологического оборудования, новых стоматологических материалов, медикаментов и средств гигиены, возникает вопрос посредством каких организационно-управленческих решений должна определяться последовательность предоставления стоматологических услуг.

Следующим актуальным моментом является вопрос научно-обоснованной организации комплексного подхода при оказании ортопедических услуг.

На сегодняшний день для предоставления комплексных ортопедических услуг нужно разработать новые рабочие алгоритмы, в которых необходимо определить четкую последовательность врачебных действий или вмешательств на основании выставленного ортопедического диагноза (диагнозов), которые выставили другие специалисты (с учетом если в план предполагаемого лечения должно войти предоставление платных ортопедических услуг). Указанные алгоритмы должны базироваться на основе тенденций развития современных методов лечения по подготовке полости рта к предстоящему зубопротезированию или изготовления ортопедических аппаратов для последующего лечения. В них должно указываться кто из специалистов будет является администратором в комплексном ортопедическом лечении.

В качестве прототипа можно привести пример, когда врачи ортопеды при протезировании частичными или полными съемными пластиночными протезами направляют пациентов в хирургические отделения или кабинеты с целью удаления экзостозов (разновидность аномалий развития челюсти). Лечение данных образований врач ортопед определяет за счет клинической картины и выраженности данных аномалий, а также технической невозможности изоляции этих участков в съемном протезе. Такой алгоритм преемственности определяет, кто в конкретном случае является заказчиком, а кто – исполнителем [2].

Проф. В.Н. Курляндский, оперируя термином «подготовка к протезированию», утверждал, что «при нарушении целостности зубных рядов вопрос о судьбе каждого зуба и каждого корня должен решаться со строгим учетом состояния всей зубочелюстной системы, с точки зрения возможности ее перестройки ортопедическими приемами и профилактики против развития в ней новых патологических процессов».

В общем объеме работы стоматолога-хирурга самый большой удельный вес занимают операции по удалению зубов, либо корней, которые не удалось сохранить в процессе лечения. Данный вид операций является самым распространенным среди всех хирургических вмешательств. После заживления костной раны альвеолярный отросток перестраивается, так как в нем происходят процессы ремоделирования, резорбции, а соответственно наблюдается потеря объема костной ткани (уменьшение по высоте и толщине), что приводит к формированию узкого и низкого альвеолярного отростка. Дефекты костной ткани альвеолярного отростка в стоматологической практике встречаются довольно часто, например, они могут возникать при патологических процессах, в результате которых формируются кисты; развитие заболеваний тканей пародонта, которые очень часто заканчиваются образованием патологических костных карманов, а соответственно снижением альвеолярной кости, возрастной атрофией либо атрофией, которая развивается после потери зубов. Кроме того, необходимо обратить внимание на травмы в челюстно-лицевой области которые приводят к потере костной ткани и, в результате которых, альвеолярный отросток не сохраняет свою форму, что усложняет процесс лечения и создает проблемы для последующего предоставления ортопедических услуг.

Сохранению формы и размеров альвеолярного отростка всегда уделялось большое внимание. На основании статистически достоверных данных высокие показатели успеха интеграции кости с внутрикостными имплантатами достигались при использовании современных методов дентальной имплантации.

Конечной целью методов стоматологической имплантации, является протезирование с опорой на имплантаты, которые позволяют восстановить функциональную нагрузку вместо утраченных зубов, а соответственно, при таком комплексном подходе, происходит повышение функциональных возможностей всей зубочелюстной системы.

Таким образом, сохранение альвеолярной кости в качестве имплантационного ложа становится ещё более важной проблемой, требующей

поиска новых решений и ортопедических подходов.

В комплексном подходе предоставления ортопедических услуг, когда зубопротезирование будет проводиться с опорами на имплантатах, у врача стоматолога-хирурга должно быть несколько методов для лечения этой патологии, например, дистракционный остеогенез; открытый или закрытый синус-лифтинг и др.

В случае, когда альвеолярный отросток узкий, применяется направленная регенерация костной ткани (GBR) с использованием различных остеотропных материалов, а это травматичные и сложные хирургические вмешательства для пациента.

В литературных источниках описаны способы профилактики атрофии альвеолярного отростка челюстей, предусматривающие введение непосредственно после удаления зуба, в его лунку различных остеогенных биологических или искусственных трансплантационных материалов и их смесей различной степени биологической активности.

Примером таких методик является Root Replica, суть которой заключается в том, чтобы предотвратить пятистеночный дефект костной лунки альвеолы от коллапса и развития атрофии альвеолярного отростка, создать лучшую ситуацию для последующей дентальной имплантации или рациональной ортопедической реабилитации несъемными конструкциями мостовидных протезов.

Сохранив анатомическую форму и размеры альвеолярного отростка, в большинстве клинических случаев можно избежать необходимости трудоемкой, дорогостоящей и иногда связанной с определенной степенью риска операции по реконструкции альвеолярных отростков.

Указанные методы лечения, профилактические мероприятия по сохранению альвеолярного отростка, принципы и подходы протезирования на имплантатах достаточно полно описаны в специализированной литературе и нашли широкое применение в практической стоматологии.

На основании вышесказанного, необходимо обратить особое внимание на то, что приведенные современные методы лечения и профилактики в первую очередь ориентированы на подготовку пациентов к предстоящему зубопротезированию.

В сложившихся кризисных условиях, в наиболее худшей ситуации оказываются учреждения государственной и коммунальной форм собственности как не имеющие достаточного финансирования. Вышеуказанные методики являются материально-затратными и их внедрение в клиническую практику сдерживается существующими методами формирования бюджетов стома-

тологических организаций. Одним из наиболее реальных путей совершенствования и реформирования является объединение подготовки к зубопротезированию и непосредственно оказание ортопедических услуг в единый технологический процесс. Причем это необходимо делать сейчас, когда еще сохранена организационная структура, кадры, основные средства, т.е. еще сохраняется определенный весьма неустойчивый баланс.

На наш взгляд, необходимо разработать новую организационно – управленческую модель работы ортопедических отделений, которая позволит оказывать комплексные услуги в пределах одного отделения. При комплексном подходе, когда в процессе лечения принимают участие врач стоматолог-терапевт, хирург, ортопед и зубной техник, результат наиболее прогнозируемый, а удельный вес осложнений будет сведен к минимуму.

Существующая, в настоящее время, система организации управления стоматологическими учреждениями и подразделениями не имеет эффективных действенных механизмов по сравнению с внебюджетными учреждениями. Помимо этого, в условиях экономического кризиса – существующая система управления и формы организации предоставления стоматологических услуг значительно ограничивают возможности получения дополнительных ассигнований стоматологическими учреждениями коммунальной формы собственности [3]. В связи с тем, что коммунальным лечебным учреждениям приходится конкурировать на целевом рынке с внебюджетными стоматучреждениями, усиление их позиций возможно на основе внедрения новой организационно-управленческой модели в условиях ортопедических отделений, так как эти отделения находятся на спецсредствах и их штаты устанавливаются в зависимости от объемов и потребности в данном виде услуг. Эти подразделения можно при минимальных затратах перевести на новую модель организации управления.

**Основой предлагаемой модели** является принципиальное изменение системы организации стоматологической помощи, управления, планирования, финансирования, оценки деятельности стоматологической службы и качества комплексных стоматологических услуг, внедрение системы экономического стимулирования работников, совершенствование структуры здравоохранения и структуры стоматологической помощи путем адаптации последней к реальным потребностям населения [4].

Предлагаемая модель организационной структуры работы ортопедических – стоматологических отделений не является окончательной, и может быть подвергнута разумным изменени-

ям. Модель, по своей сути открывает новые возможности для наиболее эффективного использования ресурсов и повышения качества стоматологической помощи. Особую значимость должны приобрести экономические методы управления кадровым, материально-техническим потенциалом стоматологических учреждений. Предлагаемая модель предусматривает, что оказание комплексных ортопедических услуг должно включать подготовку пациентов к предстоящему зубопротезированию (терапевтическая, пародонтологическая, хирургическая подготовка и т.д.). Совместная работа разных специалистов стоматологического профиля в условиях ортопедического отделения на хозрасчетной основе, позволяющей проводить комплексное лечение, включающее: подготовку полости рта к предстоящему протезированию (врач терапевт, хирург и ортопед), непосредственно зубопротезирование, и контроль за состоянием полости рта после окончания зубопротезирования на всем протяжении гарантийных сроков.

Такая модель комплексного подхода в предоставлении стоматологических услуг в пределах одного отделения позволит пациенту сократить время на посещение специалистов в другие стоматологические отделения, обеспечит высокое качество предоставляемых услуг и предоставит гарантийные обязательства на весь комплекс услуг в условиях одного отделения.

При составлении должностных инструкций необходимо четко выписать в разделе «общие обязанности врачей» полный перечень всех квалификационных требований и обязанностей каждого врача в рамках ортопедического отделения. Предложенная модель комплексного подхода предоставления стоматологических услуг в пределах одного отделения не потребует принятия новых юридических и правовых документов, а, соответственно, обеспечит оперативное внедрение, повысит конкурентоспособность ортопедических отделений на целевом рынке.

Для реализации данной модели повышения конкурентоспособности ортопедических отделений необходимо разработать положение об ортопедическом отделении с учетом конкурентоспособных предложений, четко выписать виды стоматологической помощи, которые необходимы для комплексного ортопедического обслуживания пациентов, определить количество штатных должностей по всем видам предлагаемых услуг, разработать экономически обоснованный прейскурант цен с учетом рентабельности. Внедрение предлагаемой модели обуславливает необходимость прохождения специализации по ортопедической стоматологии врачей смежных специальностей (терапевтов, хирургов, пародонтологов) с

целью введения этих специалистов в штатное расписание ортопедических отделений, а также взаимопонимания и преемственности в лечебном процессе между всеми специалистами, участвующими в предоставлении комплексных ортопедических услуг.

Современная концепция качества непосредственно в стоматологических учреждениях предусматривает применение системного, сосредоточенного на проблемах клиентов, подхода для оценки и улучшения функционирования системы, так как понятие качества по своей природе многомерно: «экономические, эффективные и ориентированные на пациента системы оказания услуг, которые генерируют качественные результаты и удовлетворенность клиента». Внедрение предложенной модели повысит качество предоставления стоматологических услуг. Клиническое качество и качество услуг должны опираться с учетом нужд пациентов и общества в стоматологической ортопедической помощи, такой подход необходимо рассматривать как базовый при создании системы стоматологического обслуживания, самыми важными характеристиками которой должны являться: ориентация на пациента, доступность, своевременность оказания помощи, действенность и безопасность медицинских вмешательств, адекватность предлагаемых услуг нуждам населения, минимизация врачебных ошибок и эффективность оказания стоматологических услуг

**Выводы** 1. Предложенная модель позволит создать условия для наиболее качественного и более комфортного обслуживания населения.

2. Комплексный подход предоставления стоматологических услуг позволит создать новые рабочие места в системе ортопедических от-

делений, которые необходимы для подготовки полости рта к предстоящему протезированию, а также профилактическому наблюдению за пациентами, закончившими зубопротезирование.

3. Предложенная модель позволит сформировать механизм ценообразования, и легализовать цены, которые сложились в теневом секторе на терапевтические и хирургические вмешательства, а также позволит материально заинтересовать врачей этих специальностей в высокой производительности труда, так как они будут иметь определенный процент от объема выполненных работ в пределах ортопедических отделений.

4. При предоставлении комплексных услуг в системе ортопедических отделений, пациенты получают гарантийные обязательства на весь перечень предоставленных услуг.

### *Список литературы*

1. Томпсон-мл. Артур А., Стрикленд Ш А. Дж. Стратегический менеджмент: концепции и ситуации для анализа. 12-е изд. / Пер. с англ. – М.: Издательский дом «Вильямс», 2005

2. Кудрин, В.С. Оптимальные направления развития оценочной деятельности в сфере медицины / В.С. Кудрин // Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения: Материалы VI науч.-практ. конф. - М., 2001. - Ч. I. - С.118-121.

3. Воевода А.П., Хомишин В.М. Надо ли реформировать стоматологию? // Стоматолог. 12 (127) – 2008 – С. 5 -7.

4. Аболмасов Н.Г. Аболмасов Н.Н. Рыбчиков В.А. Аль-Хаким А. Ортопедическая стоматология // Москва.: «МЕДпресс - информ», 2003 – С 3 -18.

Поступила 26.02.10

