

УДК 616.62-003.7:616.314.17-008.1

Л. В. Гончарук, к. мед. н.

Одеський національний медичний університет

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ КЛІНІЧНИХ ІНДЕКСІВ
І ПРОБ У ПАЦІЄНТІВ ЗАПАЛЬНИМИ І ЗАПАЛЬНО-ДИСТРОФІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
ПАРОДОНТУ ТА СЕЧО’КАМ’ЯНОЮ ХВОРОБОЮ З ПЕРЕВАЖАННЯМ У СЕЧІ РІЗНИХ ВИДІВ
СОЛЕЙ**

Під наглядом знаходились 255 пацієнтів у віці 20 - 45 років, із запальними і запально-дистрофічними захворюваннями пародонту, з них 202 хворих на сечокам’яну хворобу (СКХ) - 112 з хронічним катаральним гінгівітом (ХКГ) та 90 з хронічним генералізованим пародонтитом (ХГП) початкового – I ступеня, та 53 осіб без СКХ (34 хворих на ХКГ і 19 на ХГП). Порівняльний аналіз клінічних індексів і функціональних проб у хворих на ХКГ показав, що у пацієнтів з наявністю СКХ і відсутністю СКХ відмічаються достовірні відмінності між даними групами по величині індексу Грін-Вермільона, РМА (Parma), проб Шилера-Пісарєва і Кулаженко ($p < 0,05$). У хворих на ХГП з наявністю і відсутністю СКХ також є достовірні відмінності між даними групами пацієнтів по величині сумарного індексу Грін-Вермільона, індексам РМА (Parma) і кровоточивості ($p < 0,05$). При порівняльному аналізі між групами хворих на ЗП і СКХ з переважанням у сечі різних солей встановлено, що найбільш негативно впливає на стан тканин пародонту наявність переважної оксалурії. У хворих з переважанням оксалурії індекси Грін-Вермільона (сумарний), РМА (Parma), ПІ (Расела), кровоточивості були достовірно більше, ніж в групі пацієнтів з уратурією ($p < 0,01$) і фосфатурією ($p < 0,01$). Результати багатofакторного кореляційного аналізу підтверджують негативний вплив СКХ на перебіг ХКГ та ХГП. Встановлено помірний прямий кореляційний взаємозв’язок ($0,3 < r < 0,7$) між наявністю СКХ та більшістю пародонтальних індексів: Грін-Вермільона (сумарний індекс ($r = 0,436$, $p < 0,001$), зубний наліт ($r = 0,398$, $p < 0,001$), зубний камінь ($r = 0,491$, $p < 0,001$), ПІ (Расела) ($r = 0,324$, $p < 0,001$), індекс кровоточивості ($r = 0,347$, $p < 0,001$), а також проби Кулаженко ($r = 0,313$, $p < 0,001$). Найбільше впливає на стан тканин пародонту наявність переважної оксалурії: сильний кореляційний взаємозв’язок встановлено з індексом Грін-Вермільона - сумарний індекс ($r = 0,752$, $p < 0,001$), зубний наліт ($r = 0,719$, $p < 0,001$), зубний камінь ($r = 0,723$, $p < 0,001$), а помірний зв’язок з індексом кровоточивості ($r = 0,558$, $p < 0,001$), пробую Кулаженко ($r = 0,505$, $p < 0,001$) і індексом РМА (Parma) ($r = 0,362$, $p < 0,001$). Тоді як, при переважній фосфатурії коефіцієнт кореляції з усіма індексами і пробами був нижче 0,3, а при переважній уратурії встановлено помірний взаємозв’язок тільки з показниками сумарного індексу Грін-Вермільона ($r = 0,326$, $p < 0,001$) і РМА (Parma) ($r = 0,325$, $p < 0,001$).



УДК 617.3+616.31(048)

Т. В. Дієва, к. мед. н.

ДУ «Інститут стоматології АМН України»

**МЕТОДИКА ІНДИВІДУАЛЬНОГО РОЗРАХУНКУ ВЕЛИЧИНИ
УМОВНИХ ОДИНИЦЬ З ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ**

На сьогодні, в практичній охороні здоров'я нашої країни, згідно Наказу МОЗ України №507 від 28.12.02 з метою обліку, оцінки та контролю праці лікарів-стоматологів на ортопедичному прийомі використовуються умовні одиниці трудомісткості на 51 вид спеціалізованих медичних послуг.

Окрім цього, даним міністерством затверджені також методичні рекомендації з цього питання ще на 20 раних ненормованих видів стоматологічної ортопедичної допомоги, тобто вже на 71 вид.

Однак, зважаючи на достатньо значний медико-технологічний процес в галузі ортопедичної стоматології, появу все сучасних і сучасних видів зубних протезів, перед керівниками стоматологічних установ виникає питання правового їх впровадження, калькуляції цін, проведення обґрунтованого обліку праці лікарів-стоматологів ортопедів, а на сам перед визначення нормативу часу на їх виготовлення та умовних одиниць трудомісткості.

Приймаючи до уваги останнє, згідно Постанови Кабінету Міністрів від №197 від 20.03 1995 року, керівники установ охорони здоров'я мають право самі встановлювати норми навантаження лікарів-стоматологів у залежності від конкретних умов праці - моделі кінцевих результатів роботи. Проте методичних підходів їх визначення на жаль не було наведено. У зв'язку з чим, наводимо методику розрахунку шуканої величини на виготов-

лення тих чи інших видів зубних протезів

$$НЧ = Тп + Тзп, \text{ де}$$

НЧ – норматив часу лікаря на виготовлення зубного протезу

Тп – постійні витрати часу лікаря на виготовлення зубного протезу

Тзп – змінні-повторюванні витрати часу лікаря на виготовлення зубного протезу.

При цьому, постійні витрати часу, це витрати робочого часу лікаря стоматолога на виготовлення зубних протезів незалежно від їх об'єму та структури, а змінно-повторюванні цілком залежать від даних чинників. Сама ж тривалість їх клінічного процесу виготовлення, визначається методом хронометража з дотриманням всіх вимог до їх достовірності.

На другому етапі, маючи наявності шуканий норматив часу і приймаючи до уваги рекомендації МОЗ України згідно яких за одну умовну одиницю прийнято трудовитрати лікаря ортопеда протягом 60 хв., досить легко перевести його у дані умовні одиниці шляхом ділення нормативу часу у хвиликах на 60 хв.

$$А = НЧ / В, \text{ де}$$

А – шукана величина умовних одиниць на виготовлення зубного протезу

НЧ – визначена величина тривалості виготовлення зубного протезу

В – трудові витрати лікаря на виготовлення зубного протезу протягом 60 хвилин (1 УОП).

Виходячи з наведеного вище методичного прийому, у випадку необхідності, можливо завжди керівникам стоматологічних установ визначати шукану величину нормативу часу і умовних одиниць трудомісткості на всі ті види ортопедичних послуг які мають бути використані у даній установі, але які з різних причин ще не впроваджені в існуючих юридично-правових нормативах пропонованих МОЗ України.



УДК 616.31-053.6 (477.87)

Р. В. Казакова, В. С. Мельник, Е. Й. Дячук

Ужгородський Національний Університет

ПОШИРЕНІСТЬ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД 12-15-РІЧНИХ ДІТЕЙ м. УЖГОРОДА

Незважаючи на те, що питанням профілактики стоматологічних захворювань приділяється величезна увага, карієс зубів та хвороби пародонту є одними з найпоширеніших захворювань дитячого віку.

Мета нашого дослідження. Вивчення поширеності основних стоматологічних захворювань серед дітей м.Ужгорода.

Нами було обстежено 259 дітей 12 та 15 років (відповідно 128 та 131 дітей) м.Ужгорода. У дітей вивчали поширеність та інтенсивність карієсу зубів, рівень гігієнічного стану порожнини рота, поширеність захворювань тканин пародонту та зубоцеліпних аномалій.

У дітей 12 років поширеність каріозного процесу склала 83,3%, що вважається високою за показниками ВОЗ при інтенсивності КПВ₃ та КПВ_n - 2,12 та 2,57 відповідно. В 15 років поширеність карієсу зубів за оцінкою ВОЗ відповідала масовій (88,4 %) при інтенсивності КПВ₃ та КПВ_n - 3,28 та 3,92 відповідно.

При аналізі структури індексу КПВ найбільший відсоток склав елемент «К», у 12-річному віці 58,4 %, і в 15-річних 70,3 %, в той же час, у підлітків віком 15 років вже є видалені постійні зуби, і їх відсоток склав 2,8 %. Рівень стоматологічної допомоги (РСД) дорівнює 37,5 % в 12-річних і 41,5 % в 15-річних дітей що є недостатнім, діти з інтактними зубами складали всього 5 %.

Детальний аналіз отриманих даних по важкості перебігу патологічного процесу показав, що діти з компенсованою формою карієсу (I ступінь активності) складає 35 %, декомпенсована форма (3 ступінь активності) 13,1 % в 12 років, а у старших школярів 15-річних з I ступінню активності 40 %, 3 ступінню активності 22 %, ці показники вказують на збільшення частки важкої форми маніфестації карієсу у підлітків.

Гігієнічний стан порожнини рота оцінювали за допомогою індекса Грін-Верміліона (ОПІ-S). Так, у 12-річних дітей переважно відмічалась "незадовільна" гігієна порожнини рота – 67,1 %. Діти з "задовільною" гігієною склали всього 11,6 %, а "погана" гігієна була зафіксована в 14,4 % випадках. "Задовільна" гігієна спостерігалась у групі 15-річних підлітків у 12,7 %, "незадовільна" – 69,2 %, а "погана" - у 12 % дітей.

Кількість дітей із здоровим пародонтом була приблизно однаковою у двох вікових групах і коливалась від 18 % до 20 % серед всіх обстежених. Поширеність захворювань тканин пародонту в 81 % випадках відмічалась у 12-річних та 84,2 % в 15-річних дітей. Поширеність кровоточивості ясен була найменшою у 12-річних підлітків - 32,4 %. Симптом кровоточивості ясен і наявність зубного каменя мав перевагу в групі 15-річних