

ухудшилось по сравнению с первоначальными цифрами (ИОЗН –  $0,3 \pm 0,8$  баллов). При этом появились новые кариозные полости, которые являлись своего рода «продолжением» уже имеющихся запломбированных кариозных дефектов, т.к. распространялись на участках гипоплазированной эмали (диагностировался поверхностный и средний кариес). Также отмечалось значительное нарушение краевого прилегания пломб на участках гипоплазированной эмали в области шейки зубов. Определяющее время для оценки стоматологического статуса и эффективности лечебных мероприятий, условно, является 12 месяцев с момента лечения. И здесь необходимо учитывать возрастной аспект наблюдаемых детей: это касается увеличения количества зубов во рту, и как следствие расширение рациона питания, с преобладанием более жесткой пищи. Прирост интенсивности кариеса зубов составил  $1,3 \pm 0,95$ , кариеса поверхностей –  $2,3 \pm 1,7$ . Через 12 месяцев результаты гигиенического тестирования были следующие:  $0,23 \pm 0,04$  баллов.

Таким образом, клиническое течение кариеса зубов у детей на фоне системной гипоплазии эмали имеет важную отличительную особенность, а именно распространение кариозного процесса вдоль всей изначально поврежденной эмали, скопление зубного налета именно в этих участках гипоплазированной эмали, и как следствие быстрота течения кариозного процесса, неудовлетворительное краевое прилегание пломб, возникновение вторичных кариозных полостей, что следует учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий.



УДК 616.314+616-089.843

*Е. В. Диев*

Государственное учреждение «Институт стоматологии  
Национальной академии медицинских наук Украины»  
Одесский национальный медицинский университет

### **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**

По данным ряда авторов потребность в стоматологической имплантологической помощи достаточно высока. По результатам анкетирования порядка 95 % респондентов желали бы протезироваться с помощью метода дентальной имплантации.

Однако отсутствие научно-обоснованной государственной стандартизации, как метода управления качеством стоматологических услуг, в том числе и в области стоматологической имплантологии, затрудняет её полномасштабное внедрение в лечебные учреждения различной формы собственности, как с медицинской точки зрения, так и с позиции правовой легитимности.

К сожалению, наличие технологических протоколов дентальной имплантации, в том виде в котором они сейчас существуют, не дает оснований говорить о полном объективном контроле качества их выполнения именно из-за отсутствия в них нормативов времени как на проведение того или иного этапа имплантологической помощи, так и отсутствия показателей общей продолжительности протокола, что не позволяет врачу-стоматологу предварительно объективно оценить сложность предстоящих врачебных и технологических манипуляций во временном аспекте с точки зрения возможных трудозатрат и обеспечения материальной и интеллектуальной составляющих.

И если врачи-стоматологи имеют хоть какие-то протоколы хирургического и ортопедического этапов проведения дентальной имплантации от производителя имплантатов, то еще в более сложном положении оказались зубные техники, деятельность которых по изготовлению зубных протезов на имплантатах ограничивается Приказом МЗ СССР №1156 от 28.10.87г., который не отражает и малой доли современного перечня видов зубных протезов с опорой на имплантаты.

Выводы: одним из путей решения данной проблемы является обобщение и дальнейшая разработка единых научно-обоснованных государственных стандартов оказания комплексной стоматологической имплантологической помощи населению Украины, включающих в себя не только технологиче-

ские аспекты, но и мероприятия по нормированию, учету и оценки труда специалистов соответствующего профиля.



УДК 616.311-2-002.153-085

*Т. В. Диева, к. мед. н.*

Государственное учреждение «Институт стоматологии  
Национальной академии медицинских наук Украины

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИСПОЛЬЗУЕМЫХ  
В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ УКРАИНЫ СИСТЕМ УЧЕТА  
ТРУДА ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ И ГРАФИКА НАЗНАЧЕНИЯ  
ПАЦИЕНТОВ НА КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЕМ**

В настоящее время в клинической стоматологии нашей страны, учет, оценка и контроль затраченного врачебного труда, особенно в бюджетных учреждениях, осуществляется в так называемых условных единицах трудоемкости и, как ни странно, все еще в посещениях, учитывая, что финансирование последних исходит из количества посещений, согласно требований министерства финансов. При этом рекомендованное количество посещений в течении 1 рабочего дня при 5-ти дневной рабочей неделе составляет 12 посещений, т.е. 2 посещения в течении 1 часа. Следуя этому, врачи, в большинстве своем, руководствуются данным положением и при назначении больных на клинический прием, со всеми их очевидными издержками.

В связи с чем, целью настоящего исследования собственно и явилось установление степени объективности существующих официальных систем учета и оценки врачебного труда, а также соответствия графика назначения больных на клинический прием его фактической продолжительности, а следовательно, степени эффективности использования врачебного труда.

Сравнительный анализ проведенных исследований указал на полное несоответствие на всех клинических этапах официально рекомендованного показателя его продолжительности виде 30 минут его фактической продолжительности, основанной на наиболее объективных тестах- хронометражных измерениях.

Более того, согласно нашим данным, рекомендованное число 12 посещений на клинический прием просто невыполнимо. В силу этого полностью нарушается график приема больных, не говоря уже о его последствиях.

Наряду с этим, проведенными исследованиями убедительно и аргументировано доведено, что при практически равной величине затраченного труда данных специалистов, величина финансового плана всецело зависит и полностью предопределена видом организационной формы изготовления основных видов зубных протезов и медико-технологического уровня их производства, что однозначно и утвердительно говорит о необходимости дифференцированного подхода руководителей стоматологических учреждений к его установлению для тех или иных врачей, в каждом конкретном случае, учитывая данный фактор.

