



УДК 616.314-089.23/4771:614.32/25.008.5

В. А. Лабунець, Т. В. Дієва

ВИТРАТИ РОБОЧОГО ЧАСУ СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА НА ВІДНОВЛЕННЯ КУКСИ ЗУБА ПІД НЕЗНІМНІ ЗУБНІ ПРОТЕЗИ АНКЕРНИМИ ШТИФТАМИ

Інститут стоматології АМН України, Одеса

Наказом МОЗ України № 507 від 28.12.2002 р. затверджено нові умовні одиниці трудомісткості з ортопедичної стоматології на основні види медичної допомоги [1].

Однак стрімко перебігаючий медико-технологічний процес у галузі ортопедичної стоматології майже щороку приводить до появи у практичній охороні здоров'я нашої країни нових, сучасних видів зубних протезів. Зокрема, йдеться про використання анкерних штифтів з подальшим формуванням кукси зруйнованих твердих частин коронкової частини зуба за допомогою композитних матеріалів або склоіномерних цементів для подальшого їх використання як опори під різноманітні види ортопедичних апаратів [2–7].

Тому стає зрозумілою відсутність у зазначеному вище наказі умовних одиниць трудомісткості на даний вид ортопедичних втручань, через що неможливо врахувати фактичні витрати лікарської праці на їх надання, провести відповідну калькуляцію, нарахувати заробітну платню, що призводить до порушень фінансової дисципліни тощо. На жаль,

саме з цих причин використання цього виду ортопедичної допомоги в клініці незначне.

Метою нашого дослідження стало визначення нормативу часу лікаря на відновлення зруйнованої частини зуба анкерними штифтами та формування кукси зуба склоімерними цементами або композитними матеріалами під незнімні зубні протези.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети було проведено 1473 хронометражних виміри клінічного процесу відновлення 11 лікарями 121 зруйнованого зуба у 42 хворих. Об'єктом дослідження служила зруйнована коронкова частина зубів, яка підлягала відновленню штифтовими конструкціями.

Предметом дослідження було визначення тривалості клінічного процесу відновлення дефектів твердих частин коронкової частини зуба стандартними анкерними штифтами з подальшим моделюванням кукси зуба композитними матеріалами для підготовки під незнімні зубні протези.

Усі клінічні елементи основної операції фіксувалися у спе-

ціальній «Хронокарті робочого дня стоматолога-ортопеда» та індексувалися згідно з характером ортопедичних втручань. Вони поділялися на постійні витрати робочого часу лікаря (T_p), які не зв'язані з об'ємом і структурою даної медичної допомоги, та змінно-повторювані ($T_{зп}$), що цілком залежать від зазначених чинників. Норматив часу для надання даної ортопедичної послуги визначався за формулою:

$$НВ = T_p + K \cdot T_{зп},$$

де НВ — норматив часу на відновлення зубів анкерними штифтами з формуванням кукси зуба композитними матеріалами;

T_p — постійні витрати часу для надання даної медичної допомоги;

K — кількість зруйнованих зубів, які підлягають відновленню даним видом штифтових конструкцій;

$T_{зп}$ — змінно-повторювані витрати часу лікаря на надання даної медичної допомоги.

Усі показники піддавали статистичній обробці, внаслідок чого отримано середню арифметичну величину та її середню помилку.



**Зведена таблиця показників витрат робочого часу лікаря
при відновленні кукси зуба одним анкерним штифтом і композитним матеріалом**

Клінічні елементи основної операції	Індекс часу (Тп Тпп)	Тривалість одного елемента операції, хв, М±m	Кратність повтору елементів операції	Фактичні витрати часу елементів операції, хв
Виклик хворого	П	0,51±0,04	2	1,02
Миття рук	П	0,91±0,09	8	7,28
Підготовка інструментарію	П	0,58±0,03	2	1,16
Попереднє обстеження хворого. Направлення на додаткові дослідження. Оформлення історії хвороби	П	9,21±0,18	1	9,21
Безпосереднє обстеження одного опорного зуба	ПП	1,71±0,09	1	1,71
Остаточне обстеження хворого, аналіз лабораторних і клінічних досліджень, обґрунтування діагнозу та вибору конструкції протеза	П	7,03±0,51	1	7,03
Остаточне безпосереднє обстеження одного опорного зуба	ПП	2,37±0,16	1	2,37
Підготовка каналу зуба під анкер	ПП	7,01±0,49	1	7,01
Підготовка анкерів, допоміжного матеріалу, інструментарію тощо	П	0,68±0,03	1	0,68
Підготовка і припасування одного анкера в корінь зуба	ПП	1,49±0,07	1	1,49
Медична обробка анкера	ПП	0,51±0,03	1	0,51
Підготовка цементу, іншого інструментарію	П	1,09±0,05	1	1,09
Медична обробка кореня зуба	ПП	0,710±0,002	1	0,71
Фіксація анкера на цемент	ПП	1,54±0,05	1	1,54
Час затвердіння цементу	П	10,12±0,54	1	10,12
Підготовка твердих тканин кореня зуба, анкера до нанесення композитного матеріалу	ПП	2,24±0,17	1	2,24
Моделювання кукси зуба композитним матеріалом і його полімеризація	ПП	4,43±0,21	1	4,43
Попередня обробка відновленої кукси зуба	ПП	1,47±0,05	1	1,47
Медична обробка ясенного краю кукси зуба	П	1,17±0,05	1	1,17
Порада хворому	П	1,44±0,11	1	1,44
Робота з медичною документацією	П	2,41±0,15	1	2,41
Усього				
Постійні витрати часу лікаря	ПП	—	—	42,61
Змінно-повторювані витрати часу лікаря	ПП	—	—	23,48

Результати дослідження та їх обговорення

Згідно з даними фотохронометражних спостережень і хронометражних вимірів клінічного процесу відновлення кукси зуба за допомогою стандартних анкерних штифтів та композитних матеріалів, це ортопедичне втручання, як правило, виконується в два клінічних етапи.

На першому етапі проводиться попереднє обстеження хворих, зруйнованих зубів, ви-

значається загальний стоматологічний статус, оформляється історія хвороби, інша медична і статистична документація. Для уточнення діагнозу й оптимального вибору конструкції протезів проводяться додаткові лабораторні дослідження (рентгенологічні тощо).

На умовно прийнятому нами другому етапі з урахуванням результатів допоміжних лабораторних досліджень завершується обстеження хворих,

визначаються остаточний діагноз і конструкція протеза, після чого складається план виконання основної операції та проводиться вибір необхідних для цього інструментів і матеріалів.

Здійснюється також ще ціла низка ортопедичних втручань, характер і тривалість яких наведені в таблиці.

Згідно з отриманими даними, витрати часу лікаря на відновлення кукси зуба одним анкерним штифтом і композитним



матеріалом, становлять: постійні витрати — 42,61 хв, змінно-повторювані — 23,48 хв, а загалом часові витрати лікарської праці на дане ортопедичне втручання сягають — 66,09 хв.

Враховуючи наведені показники і користуючись оперативною методикою визначення нормативу часу на основні види зубних протезів, нами проведено також розрахунок нормативу часу лікаря на аналогічне відновлення кукси зруйнованих зубів за допомогою двох і трьох штифтів (багатокореневі зуби).

Підставивши у формулу відомі нам величини, дістанемо:

$$НЧ_{2A} = 42,61 + 2 \cdot 23,48 = 86,67 \text{ хв}$$

$$НЧ_{3A} = 42,61 + 3 \cdot 23,48 = 113,05 \text{ хв.}$$

Таким чином, витрати часу стоматолога-ортопеда на відновлення кукси зуба під незнімні зубні протези одним анкерним штифтом і композитним матеріалом становлять 66,09 хв, двома — 86,57 хв і трьома — 113,05 хв.

Згідно з наказом МОЗ України № 507 від 28.12.02 р. одна одиниця трудомісткості відповідає одній робочій годині лікаря для надання ортопедичної допомоги, тому оптимальна величина зазначених одиниць на досліджуване нами ортопедичне втручання складатиме: для

відновлення кукси зуба під незнімні зубні протези одним анкерним штифтом і композитним матеріалом у середньому 1,1 УОТ, двома — 1,5 УОТ, трьома — 1,9 УОТ.

Висновки

Розраховані умовні одиниці трудомісткості дозволять лікарям-стоматологам-ортопедам, керівникам структурних підрозділів стоматологічних установ достатньо обґрунтовано проводити облік, оцінку і контроль виконання зазначеного ортопедичного втручання.

Визначені норми часу лікаря на відновлення кукси зуба анкерними штифтами та композитними матеріалами під незнімні зубні протези можуть бути використані стоматологами-ортопедами для диференційного планування робочого дня та обґрунтованого призначення часу клінічного прийому хворого в повній відповідності з індивідуальним об'ємом і структурою втручання.

Отримані результати дослідження можуть бути в певній мірі використані також при розрахунку фінансового плану, трудового навантаження лікаря, нарахування заробітної платні, визначенні вартості даних медичних послуг тощо.

Запропонований нами методичний прийом визначення

норм часу лікаря на виготовлення зубних протезів може стати у пригоді організаторам охорони здоров'я, науковцям, керівникам стоматологічних закладів при проведенні аналогічних розрахунків на інші види ортопедичних апаратів і низки стоматологічних послуг в інших галузях стоматології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги. — Наказ МОЗ України № 507 від 28.12.02 р.

2. Прилуцька Я. Ф. Порівняльна оцінка відновлення бічних зубів методом inlay-onlay та прямої реставрації: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22. — Полтава, 2000. — 18 с.

3. Банаму Л. М., Альт П. С. Р. Корневые штифты: аргументированный выбор // Клиническая стоматология. — 1998. — № 3. — С. 14-20.

4. Годованій В. О., Судова О. Я., Піх А. З. Штифтові конструкції в ортопедичній стоматології. Частина 1. Активні (гвинтові) штифтові конструкції. Експериментальне дослідження // Новини стоматології. — 2001. — № 3. — С. 49-54.

5. Годованій В. О. Порівняльна клініко-технологічна оцінка штифтових конструкцій для відновлення коронкової частини зуба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Львів, 2002. — 19 с.

6. Zmener O. Adaptation of threaded dowels to dentin // J. Prost. Dent. — 1980. — Vol. 43, N 5. — P. 530-534.

7. DCR pin-anchored anterior fracture restoration / S. Neumeiger, W. Germet, H. F. Kappert et al. // Gen. Dent. — 1992. — Vol. 40, N 3. — P. 200-202.

УДК 616.233-002-036.12-02:613.84

О. Б. Пікас, В. І. Петренко

ХРОНІЧНИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ ЯК НАСЛІДОК КУРІННЯ

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ

Куріння є основним фактором ризику розвитку хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ), які у 85 % випадків пов'язані з ним. За даними Авербаха і співавторів та іншими даними літератури, у

94 % курців, які палили більше 20 цигарок на добу протягом 20 років, виявляють при розтині емфізему [8; 12].

Призупинення куріння приносить користь навіть пацієнтам із тяжким захворюванням;

хоча функція легень у них суттєво не покращується, але швидкість зниження об'єму форсованого видиху за 1 с (ОФВ₁) сповільнюється.

Куріння — фактор, який зумовлює у 35–45 % випадків

