

Р.Р. Шакирова,
к.м.н., доцент

Е.В. Николаева,
и.о. ассистента

Т.В. Бибик,
аспирант

Л.В. Погудина,
клинический ординатор

Кафедра стоматологии детского
возраста, ортодонтии и профилактики
стоматологических заболеваний Ижевской
государственной медицинской академии

Роль гигиениста стоматологического в комплексном лечении детей с расщелинами губы и/или неба

В структуре врожденных пороков развития врожденная расщелина верхней губы и неба (РГН) является одним из наиболее распространенных и занимает одно из первых мест по тяжести анатомических и функциональных нарушений [1]. Республиканские и межрайонные центры должны включать следующих специалистов: челюстно-лицевой хирург, ортодонт, стоматолог, логопед, оториноларинголог, психоневролог, педиатр, генетик, методист по лечебной гимнастике. Деятельность всех специалистов должна быть четко согласована [3, 4]. Обеспечение эффективности реформ, проводимых в отрасли здравоохранения, направленных на повышение качества медицинской помощи, делает необходимым проведение оценки использования кадровых ресурсов и их соответствия потребностям охраны здоровья населения. Средний медицинский персонал, составляющий значительную часть медицинских кадров, оказывает непосредственное влияние на качество лечебно-профилактической помощи и гармонично дополняющие друг друга процессы, составляющие две самостоятельные профессии [2].

Дети с РГН относятся к III диспансерной группе и должны осматривать-

ся стоматологом-терапевтом 3–4 раза в год, в то время как в группе наблюдения только 23,6% детей регулярно посещают стоматолога-терапевта. Охват плановой санации составил в данной группе 17,0%, показатель санированных – 23,0% от нуждающихся. Существующая картина наглядно свидетельствует о низком уровне стоматологической помощи и, в частности, проведения профилактических мероприятий.

Анализ стоматологической документации детей до 3 лет показал, что в 31,7±3,2% случаев стоматологи-терапевты не проводят весь комплекс диагностических мероприятий и практически не проводятся профилактические мероприятия. Отсутствует алгоритм действий стоматолога-терапевта детского.

Целью настоящей работы явилась разработка системы мероприятий, направленных на повышение качества и эффективности стоматологической помощи детям с РГН на основе хронометражных исследований деятельности стоматолога детского и врача-ортодонта. В задачи исследования входило изучение структуры затрат рабочего времени стоматолога детского и ортодонта.

Кроме того, было предусмотрено изучение роли гигиениста стоматологического в профилактической деятельности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели применена комплексная методика изучения труда стоматолога детского и ортодонта, включавшая методы непосредственного замера времени – фотохронометраж. В процессе исследования была проведена экспертиза всех видов деятельности, включая затраты времени, качество и полноценность выполнения отдельных элементов труда. Фотохронометражные замеры, а также определение объема исследования проводились в соответствии с методическими рекомендациями НИИ гигиены труда по изучению затрат рабочего времени. Для определения структуры рабочего времени с учетом выполнения конкретных функций детского стоматолога было проведено наблюдение за деятельностью 6 детских стоматологов, ортодентов и медицинских сестер, работающих в детской стоматологической поликлинике, в течение 2 рабочих недель. Согласно рекомендациям НИИ гигиены труда все затраты рабо-

чего времени подразделяются на производительное и непроизводительное время. В производительное время входит: основная деятельность, вспомогательная деятельность, работа с документацией, служебные разговоры, хозяйственная деятельность, прочая деятельность. В непроизводительное время входит: лично необходимое время; незагруженное время.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении структуры рабочего времени стоматолога детского на основе хронометражных исследований выявлено, что у детского стоматолога-терапевта производительная часть рабочего времени составила 79,2%. В смену один стоматолог-терапевт обслуживает на приеме в среднем 11,2 пациента. По результатам исследования средние затраты времени врача на посещение пациента составляют 34,8 мин, при этом на первичное посещение — 39,4, на повторное — 29,2 мин (табл. 1).

У медицинских сестер, работающих со стоматологами-терапевтами, производительная часть рабочего времени составляла 82,1%, в том числе:

- основная деятельность — 17,1%;
- вспомогательная — 29,2%;
- работа с документацией — 9,7%;
- служебные разговоры — 8,0%;
- хозяйственная деятельность — 5,8%;
- прочая деятельность — 12,3%.

На долю личного и не загруженного времени у них приходилось соответственно 10,8 и 7,1%.

Одной из задач проводимого исследования являлось также изучение объемов нерационально затрачиваемого рабочего времени, которое можно рассматривать как резерв для осуществления таких функций, как повышение личной квалификации и проведение профилактической деятельности. По нашим данным, нерациональные трудозатраты в общем объеме рабочего времени составили у стоматологов детских 9,2%. К нерациональным трудозатратам, кроме незагруженного времени, на долю которого приходилось 6,5% от всех трудозатрат, были также отнесены элементы и виды деятельности, которые не являются функциональными обязанностями, но выполняются ими в силу ряда причин. То же можно сказать

и о медицинских сестрах, работающих с детскими стоматологами-терапевтами.

Дети с РГН относятся к III диспансерной группе и должны осматриваться стоматологом-терапевтом 3–4 раза в год, в то время как в группе наблюдения только 23,0% детей регулярно посещали стоматолога-терапевта (при необходимости в лечении — 73,0%). Охват плановой санации составил в данной группе 17,0%, показатель санированных — 23,0% от нуждающихся.

При первичном осмотре на терапевтическом приеме были следующие результаты. При соотношении осложненного кариеса молочных зубов к неосложненному — 1:0,7 (в группе сравнения 1:1,8) и соотношении осложненного кариеса постоянных зубов к неосложненному — 1:4,7 (в группе сравнения 1:5), при учете первичного обследования высчитано число условных единиц

трудоемкости (УЕТ) на одного ребенка в среднем. Экстраполировав эти данные на количество детей с РГН в соответствующих возрастных группах, получили итоговый показатель 6316,5 УЕТ, необходимый для санации этих детей, что на 1588,8 УЕТ больше, чем в группе сравнения (4727,7 УЕТ). Следовательно, для лечения детей с РГН потребуется 253 рабочих дня, что на 46 рабочих дней больше, чем в группе сравнения. При анализе проводимого лечения молочных зубов итоговый показатель составил 2008,5 УЕТ. Для выполнения такого объема мероприятий необходимо 396 посещений, что составляет 80,3 смены врача-стоматолога-терапевта.

По результатам исследований рабочего времени врач-ортодонт в смену обслуживает на приеме в среднем до 13,4 пациента (табл. 2). А из видов ортодонтических аппаратов чаще всего

ТАБЛИЦА 1. СТРУКТУРА ТРУДОЗАТРАТ ДЕТСКОГО СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА

Вид и элемент деятельности	Время, мин	Время, %
I. ОСНОВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, в том числе:	6092,2	51,5
1. Обследование стоматологического статуса первичного больного, включая сбор анамнеза и чтение рентгенограмм	857,9	7,3
2. Лечебные мероприятия:	4100,6	35,0
Препарирование, подготовка полости, наложение пломбы, полировка при поверхностном и среднем кариесе	1025,4	8,8
Мероприятия по поводу лечения пульпита ампутированным методом (2—3 посещения)	1401,4	12,0
Мероприятия по поводу лечения пульпита 1-корневого зуба	389,3	3,3
Мероприятия по поводу лечения пульпита 2-корневого зуба	510,0	4,4
Мероприятия по поводу лечения пульпита 3-корневого зуба	672,0	5,7
Мероприятия по поводу лечения периодонтита	211,5	1,8
3. Осуществление профилактической работы	1071,4	9,2
II. ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	1105,2	9,4
1. Работа с документацией	2647,9	22,6
2. Служебные разговоры	1017,9	8,7
Свободное время	900,0	7,7
Всего общих трудозатрат	11700,9	100,0

ТАБЛИЦА 2. СТРУКТУРА ТРУДОЗАТРАТ ВРАЧА-ОРТОДОНТА

Вид и элемент деятельности	Время, мин	Время, %
I. ОСНОВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, в том числе:	5550,4	47,4
1. Обследование ортодонтического статуса первичного больного, сбор анамнеза, слепки, модели, рентгенограммы	1131,3	9,7
2. Лечебные мероприятия	3700,9	31,6
3. Осуществление профилактической работы	723,1	6,2
II. ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ:	995,0	8,5
1. РАБОТА С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ	2724,8	23,3
2. СЛУЖЕБНЫЕ РАЗГОВОРЫ	1530,4	13,1
Свободное время	900,6	7,7
Всего общих трудозатрат	11700,6	100,0

назначались аппараты механического действия в 86,3%, в 3,1% — функционального действия. Преобладали съемные одночелюстные аппараты — 84,9%. Следовательно, ортодонтическое лечение было направлено в основном на устранение только морфологических нарушений.

При расчете трудозатрат ортодонта на этапах раннего ортодонтического лечения были получены следующие результаты. На предоперационную подготовку одного ребенка с РГН требуется 197 УЕТ, что соответствует 7,9 рабочей смены. На одного ребенка с РГН первый месяц — 48,5 УЕТ (первичный пациент с учетом сданного аппарата), каждый последующий этап — 57 УЕТ. Исходя из того, что ортодонт фактически принимает в смену 13,4 пациента, из них 0,9 — первичных, получаем, что при работе с детьми с РГН ортодонт в смену может принять в 2,9 раза меньше детей.

В структуре лечебно-профилактической деятельности врачей обеих специальностей наибольшие затраты времени связаны с проведением лечебных мероприятий. Подобное соотношение работ свидетельствует об отсутствии профилактической направленности в работе.

Для проведения полноценных профилактических мероприятий на этапах раннего ортодонтического лечения наряду со стоматологом-хирургом и ортодонтом в состав бригады врачей, занимающихся с детьми с момента рождения, был введен стоматолог-терапевт детский. При анализе работы стоматолога-терапевта и изучении

ТАБЛИЦА 3. СТРУКТУРА ТРУДОЗАТРАТ ДЕТСКОГО СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА НА ЭТАПАХ РАННЕГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РГН

Вид и элемент деятельности	Время, мин	Время, %
I. ОСНОВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, в том числе:	5334,1	45,6
1. Обследование стоматологического статуса первичного больного, включая сбор анамнеза	918,8	7,9
2. Лечебные мероприятия	1100,6	9,4
3. Осуществление профилактической работы	3314,7	28,3
II. ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, в том числе:	1100,2	9,4
1. Работа с документацией	2948,2	25,2
2. Служебные разговоры	1417,9	12,1
Свободное время	900,0	7,7
Всего общих трудозатрат	11700,4	100,0

структуры рабочего времени было выявлено преобладание в структуре основной деятельности профилактической работы (табл. 3).

При сравнительном подсчете затрат труда с учетом профилактических мероприятий согласно предложенному алгоритму ведения детей с РГН в среднем на одного ребенка необходимо выработать 85–90 УЕТ на трехгодичный курс или 30 УЕТ в год. Экстраполировав эти данные на количество пролеченных детей, получаем 780 УЕТ в год или 31,2 смены врача-стоматолога-терапевта, в 2,6 раза меньше, чем на разовое лечение.

Одной из основных задач исследования было изучение объемов нерационально затрачиваемого рабочего времени. Анализ работы стоматолога-терапевта детского на этапах раннего лечения показал, что 90,6% деятельности стоматолога-терапевта и 22,0% врача-ортодонта может выполнять специ-

ально обученный средний медицинский персонал. Для повышения эффективности функционирования стоматологической помощи детям с РГН в УР необходимо введение в систему реабилитации стоматологического гигиениста. Это позволит повысить уровень профилактической работы с такими детьми, снизить трудоемкость санации на приеме у стоматолога детского, повысить уровень стоматологической помощи детям с РГН в Удмуртской Республике.

Таким образом, проведенные фотометражные исследования позволили установить структуру профессиональной деятельности стоматолога детского и медсестры стоматологического кабинета, выявить временные ресурсы для сокращения объема нерационального рабочего времени, что позволит перераспределить его долю на осуществление профилактической деятельности и повышение личной квалификации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Давыдов Б.Н. и др. Основные принципы комплексного подхода в лечении больных с врожденными расщелинами. — *Детская стоматология*. — 2002. — № 3—4. — С. 18—20.
2. Злобина Г.М., Сычева Е.В. Анализ эффективности использования рабочего времени специалистами со средним медицинским образованием. — Проблемы городского здравоохранения. Вып. 14: Сборник научных трудов. — СПб.: ВВМ, 2009. — С. 196—198.

3. Чуйкин С.В., Давлетшин Н.А., Герасимова Л.П. Реабилитация детей с врожденной расщелиной губы и неба. — М., 2005. — С. 223—224.

4. Яковлев С.В. Обоснование модели территориального Центра диспансеризации детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области (на примере врожденных расщелин губы и/или неба по Республике Саха Якутия). Автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2000.

CoralPress

ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННЫЙ
А-СИЛИКОНОВЫЙ
СЛЕПОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ

TBI

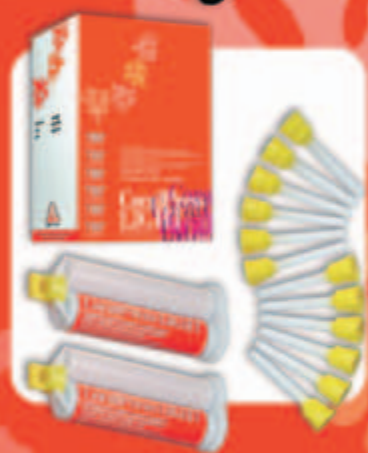
COMPANY



CoralPress PUTTY

Гидрофильный поливинилсилоксановый
слепочный материал для прецизионных слепков,
основной слой

480 г + 480 г



CoralPress LIGHT

Гидрофильный поливинилсилоксановый
слепочный материал для прецизионных слепков,
корректирующий слой

2 двойных картриджа по 50 мл + 12 канюлей

Устройство для выдавливания материала **CoralPress LIGHT**
из 50 мл картриджа



Канюли смешивающие для материала **CoralPress LIGHT**

10 шт. (желтые)



Внутриротовые насадки
для материала **CoralPress LIGHT**

10 шт. (желтые)

