

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 пропонує 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 зубощелепних 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 склали 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 (ОHI-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

(76,2 %), але по поширеності та інтенсивності процесу цей симптом за градацією ВОЗ було оцінено як "високий" у двох вікових групах.

Розповсюдженість зубоцелепних аномалій (ЗЩА) приблизно однакова у двох вікових групах. Результати обстеження приведені в таблиці.

Таблиця

Розповсюдженість ЗЩА у дітей 7, 12 та 15 років м. Дніпропетровська

Вік (в роках)	Кількість обстежених дітей (n)	Зубоцелепні аномалії				Всього	
		аномалії прикусу		аномалії положення окремих зубів		n	%
		n	%	n	%		
12	128	56	43,8	26	20,3	80	62,5
15	131	67	51,1	27	20,6	94	71,6

Отримані нами дані можуть бути враховані при розробці об'єму програми профілактики карієсу зубів та хвороб пародонту у дітей з врахуванням факторів зовнішнього середовища та стану соматичного здоров'я.



УДК 616.31-08+616.314+613.95

Н. І. Кольцова, Р. В. Казакова, М. В. Білищук, Е. Й. Дячук, Л. М. Білищук

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**КОНТРОЛЬ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ТЕРАПІЇ І КОМПЛАЕНТНОСТІ
ЯК ЧАСТИНА ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ТА ТЕХНОЛОГІЧНОГО СТАНДАРТУ В ДИТЯЧІЙ
СТОМАТОЛОГІЇ**

Сучасні діючі стандарти надання стоматологічної допомоги дітям передбачають наступні складові частини: шифр захворювання за МКХ, діагноз, клінічну форму, критерії діагностики (клінічні, допоміжні діагностичні критерії), лікування, рекомендації, диспансеризація, критерії ефективності лікування. Зазвичай рекомендації включають методики догляду за станом ротової порожнини, вибір та застосування фармацевтичних і гігієнічних засобів тощо. До критеріїв ефективності лікування відносять ліквідацію або зменшення клінічних проявів захворювання та відновлення анатомічної форми зубів, інших анатомічних утворень чи певних функцій.

Відзначимо, що ефективність медичної допомоги забезпечується не лише правильними діями лікаря, але й належним ступенем відповідності між поведінкою пацієнта та рекомендаціями, отриманими від медичного персоналу, тобто прихильністю до терапії як характеристики поведінки пацієнтів (англ. adherence to therapy). Вони оцінюються за дотриманням лікарських вказівок та веденням здорового способу життя. Не менше значення має і комплаентність (англ. patient compliance), в першу чергу, щодо ставлення до прийому/використання фармацевтичних засобів. Проведене нами соціологічне дослідження (більше за 70 осіб) виявило вибірковість виконання лікарських настанов навіть в колі студентів 5 курсу медичного ВНЗ. Таких рекомендацій завжди дотримуються 66,2 % опитаних, в тому числі з неохотою – 37,5 %. Отже, очевидно є необхідність у введенні до стандартів лікування (в першу чергу в частинах диспансеризації та критеріїв ефективності) цих двох параметрів для оцінки партнерської співпраці між лікарем, пацієнтом та його оточенням (родичі, вихователі, вчителі тощо), збільшення відповідальності пацієнта і його соціального оточення за здоров'я.

