

О. А. Зорина^{1, 2}, З. М. Абаев¹, Д. И. Домашев¹, О. А. Борискина^{1, 2}

РАСЧЕТ СРЕДНЕГО ВРЕМЕНИ, ЗАТРАЧИВАЕМОГО НА ОКАЗАНИЕ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

¹Первый Московский государственный университет им. И. М. Сеченова; ²ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздравсоцразвития России, Москва

Хронометражные исследования показали, что на первичный амбулаторно-поликлинический прием больного (без учета времени, затрачиваемого на проведение профилактических и лечебных мероприятий) врачом-пародонтологом было затрачено в среднем $30,3 \pm 2,6$ мин, а на повторный – $16,4 \pm 0,9$ мин. Затраты времени на лечебно-профилактические мероприятия для каждой группы больных с заболеваниями пародонта зависели от степени тяжести воспалительно-деструктивного процесса в пародонте и этапа лечения.

Ключевые слова: пародонтит, хронометраж, нормативы рабочего времени, расчет времени

THE MEAN TIMING OF PERIODONTIC CARE RENDERING

O.A. Zorina, Z.M. Abayev, D.I. Domashev, O.A. Boriskina

The time-studies demonstrated that the periodontologist spend 30.3 ± 2.6 minutes on the primary ambulatory visit of patient and 16.4 ± 0.9 minutes on the revisit of patient (non-registering time spending on preventive and curative activities). Time spending on curative preventive activities in each group of patients with periodontal diseases depended on both the severity of inflammatory destructive processes in periodontium and therapy stage.

Key words: periodontitis, time-study, working time standard, timing

В последние годы изучение нормативов рабочего времени становится одним из важных научных направлений во всех отраслях. В стоматологии проведение подобных исследований имеет большое научно-практическое значение, поскольку на основе получаемой информации решается большинство задач, связанных с организацией труда и его нормированием: продолжительность времени врачебного приема, врачебная нагрузка, штатные нормативы [1–3].

До настоящего времени не существует научно обоснованных нормативных документов, определяющих нормы затрат рабочего времени врачей-пародонтологов.

О. А. Зорина – д-р мед. наук, доц. каф., ст. науч. сотр. отд-ния пародонтологии; *З. М. Абаев* – д-р мед. наук, проф. каф.; *Д. И. Домашев* – соискатель (Domas75@mail.ru); *О. А. Борискина* – ассистент каф., мл. науч. сотр. отд-ния пародонтологии (olyaboriskina@yandex.ru)

Учитывая изложенное выше, а также высокую потребность взрослого населения в пародонтологической помощи, которая сохранила принцип диспансерного обслуживания населения, пересмотр нормативов рабочего времени является достаточно актуальным [4–6].

Основным содержанием хронометражных исследований являлась организация замеров времени, затрачиваемого на основные и вспомогательные виды деятельности врача на пародонтологическом приеме [7, 8]. Хронометраж рабочего времени врача позволил установить виды деятельности и трудовые операции врача на амбулаторном приеме пациентов с патологией пародонта, а также определить затраты рабочего времени по каждому из них. Исследование проводили в течение 4 нед (20 рабочих дней).

Расчеты среднего времени, затрачиваемого на оказание различных видов пародонтологической помощи, проводили в соответствии с рекомендациями ВОЗ

(WHO, FDI, 1989). Принцип расчета основан на использовании данных стоматологического обследования населения по индексу CPITN, которые позволяют рассчитывать затраты времени, необходимого для оказания помощи.

При расчете времени, необходимого для оказания пародонтологической помощи, определяли время, затрачиваемое на проведение лечебно-профилактических мероприятий в соответствии с потребностями каждого пациента. Затем рассчитывали среднюю годовую потребность времени, необходимого для оказания различных видов пародонтологической помощи, которую выражали в минутах для одного пациента.

При расчете среднего времени, которое требовалось для профилактических мероприятий (TN1), учитывали время на проведение инструктажа по гигиене полости рта для тех пациентов, у кого коды в индексе CPITN были больше 0.

Среднее время, затраченное на профилактику у пациентов с различными заболеваниями пародонта, рассчитывали по формуле:

Число лиц, нуждающихся в инструктаже по гигиене полости рта · Время (в минутах), затраченное на одного пациента / Общее число пациентов с указанной патологией.

Таким же образом рассчитывали среднее время, необходимое для проведения местной противовоспалительной терапии, функционального избирательного пришлифовывания, коррекции мягких тканей преддверия полости рта, шинирования подвижных зубов, лоскутных операций.

Среднее время, необходимое для удаления зубов (в минутах), рассчитывали по формуле:

Число лиц, нуждающихся в удалении зубов · Количество зубов, требующих удаления · Время (в минутах), затраченное на удаление одного зуба / Общее число пациентов с указанной патологией.

Среднее время, которое требуется для проведения профессиональной гигиены, рассчитывали на основании показателей индекса CPITN о среднем количестве секстантов, нуждающихся в указанной процедуре, т. е. TN2.

Среднее время, необходимое для удаления зубных отложений (в минутах), рассчитывали по формуле:

Число лиц, нуждающихся в профессиональной гигиене (TN2) · Количество секстантов, требующих удаления зубных отложений (с кодами 2, 3, 4) · Время (в минутах), затраченное на 1 секстант / Общее число пациентов с указанной патологией.

Аналогичным образом рассчитывали среднее время, необходимое для кюретажа пародонтальных карманов:

Число лиц, нуждающихся в кюретаже (TN2, TN3) · Количество секстантов с кодами 3 и 4 · Время (в минутах), затраченное на 1 секстант / Общее число пациентов с указанной патологией.

Все показатели, характеризующие работу учреждения или отдельного врача, можно разделить на 3 группы:

- показатели, характеризующие объем работы и нагрузку врача на амбулаторном приеме;
- показатели, характеризующие трудовые затраты и сложность выполненных работ;
- показатели, позволяющие оценить качество диагностики, лечения и профилактики заболеваний зубов и полости рта.

Основополагающими данными при нормировании труда являются затраты времени; другие показатели имеют преимущественно расчетный характер.

Расчет рабочего времени труда врачей-пародон-

тологов проводили по посещениям; основой расчета времени на оказание различных видов пародонтологической помощи служили хронометражные исследования по нозологическим группам заболеваний, характерных для амбулаторно-поликлинического приема у указанных специалистов [9].

В рабочем дне врача-стоматолога различают основную и вспомогательную деятельность, работу с документацией, служебные разговоры, личное необходимое время врача, прочую деятельность.

Основная деятельность включает непосредственный процесс оказания диагностической, лечебно-профилактической и реабилитационной помощи (оказание услуг).

Вспомогательная деятельность включает переодевание, мытье рук, переходы, подготовку и уборку рабочего места, служебные разговоры и другие подготовительные работы, связанные с приемом больного.

Работа с документацией включает оформление медицинской документации, ознакомление с результатами анализов, функционально-диагностических и рентгенологических исследований, выписку направлений, справок.

Служебные разговоры включают конференции, «пятиминутки», беседы с медицинским персоналом, разговоры по телефону.

Прочая деятельность включает санитарно-просветительную работу, занятия с медицинским персоналом, чтение литературы.

Личное необходимое время включает кратковременный отдых, прием пищи, мероприятия личного характера.

В бюджете рабочего времени, затрачиваемого на оказание стоматологической помощи, должно быть учтено в соответствующей пропорции время на отдых – 10 мин, на личные надобности – 10 мин, на утренние конференции – 10 мин, на санитарно-просветительную работу – 11 мин (из расчета 4 ч в месяц) в соответствии с приказом Министерством здравоохранения РФ от 15.11.01 № 408 «Об утверждении инструкции по расчету условных единиц трудоемкости работы врачей-стоматологов и зубных врачей».

Опыт нормирования труда врачей амбулаторного приема в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения показывает, что в течение 6,5-часового рабочего дня врача-стоматолога примерно 30 мин занимают служебные разговоры и личное необходимое время. Коэффициент использования рабочего времени, затрачиваемого на основную деятельность, составляет 0,923 $[(6,5-0,5)/6,5]$ в расчете на рабочую смену: 5 ч 30 мин при 6-дневной рабочей неделе и 0,896 $[(6 \cdot 60 + 36 - 10 - 10 - 11)/(6 \cdot 60 + 36)]$ в расчете на рабочую смену 6 ч 36 мин при 5-дневной рабочей неделе.

В настоящее время нормирование и учет труда врачей-стоматологов осуществляются по условным единицам трудоемкости (УЕТ). На основании постановления Правительства РФ от 24.07.01 № 550 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» Министерством здравоохранения РФ, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, Министерством финансов РФ разработаны и утверждены Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи от 28.08.01. В качестве приложения 3 в них включен Классификатор основных стоматологических

Классификатор основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ)

Код	Виды работ	УЕТ (взрослый прием)
1	Общие виды работ	
1 1	Осмотр (без проведения лечебно-диагностических мероприятий)	0,50
1 2	Консультация специалиста (осмотр, сбор анамнеза, оформление документации, подключение дополнительных лечебных и диагностических процедур, консультативное заключение)	1,50
1 3	Обследование стоматологического статуса первичного больного (осмотр, сбор анамнеза, заполнение зубной формулы, определение индексов КПУ, ИГ, ПМА, состояния прикуса)	3,00
1 4	Оформление эпикриза в карте диспансерного больного (при взятии на диспансерный учет и годовой)	1,00
1 5	Оформление выписки из медицинской карты стоматологического больного	1,00
1 6	Помощь при неотложных стоматологических состояниях (включая осмотр)	1,00
1 8	Определение индекса	0,50
1 11	Обезболивание (плюсуется к видам работ)	
1 11 1	Анестезия аппликационная	0,25
1 11 2	Анестезия внутритканевая (инфильтрационная, проводниковая, внутривербальная, интралигаментарная)	0,50
1 11 3	Внеротовая анестезия (блокада)	1,50
1 12	Премедикация	1,00
1 16	Апликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта (1 сеанс)	0,50
1 17	Диатермокоагуляция одного десневого сосочка, содержимого одного канала	0,50
1 22	Обучение гигиене полости рта	0,50
1 23	Обучение, санитарное просвещение, консультация	1,00
1 24	Проведение профессиональной гигиены одного зуба (снятие над-, поддесневого зубного камня, шлифовка, полировка)	0,25
1 25	Проведение профессиональной гигиены одного зуба при заболеваниях пародонта (снятие над-, поддесневого зубного камня, шлифовка, полировка)	0,50
2	Виды работ на терапевтическом приеме	
2 5 1	Удаление назубных отложений ручным способом полностью (не менее 5 зубов) с обязательным указанием зубной формулы	0,75
2 5 2	Удаление назубных отложений с помощью ультразвуковой аппаратуры полностью (не менее 5 зубов) с обязательным указанием зубной формулы	1,00
2 5 4	Снятие и анализ окклюдограммы	0,50
2 5 5	Сошлифовка эмали со ската бугра одного зуба	0,25
2 5 6	Наложение одного звена шины из лигатурной проволоки	1,00
2 5 7	Шинирование зубов с применением композита (в области одного зуба)	1,00
2 5 9	Шинирование двух зубов штифтами с внутриканальной фиксацией	2,00
2 5 10	Кюретаж пародонтальных карманов в области двух зубов без отслаивания лоскута	1,00
2 5 11	Кюретаж пародонтальных карманов в области двух зубов с отслаиванием лоскута	4,00
2 5 12	Лечебная повязка на слизистую оболочку полости рта (1 сеанс)	0,50
2 5 13	Медикаментозное лечение пародонтальных карманов: орошение	0,50
2 5 14	Медикаментозное лечение пародонтальных карманов: аппликация	0,50
2 5 15	Медикаментозное лечение пародонтальных карманов: инстилляционная	0,50
2 5 16	Медикаментозное лечение пародонтальных карманов: повязка	0,50
2 5 17	Вскрытие пародонтального абсцесса	0,50
2 5 18	Гингивопластика в области шести зубов	4,50
2 5 19	Вестибулопластика в области шести зубов	4,00
2 5 20	Вестибулопластика с аутоотрансплантацией (до шести зубов)	6,00
2 5 21	Шинирование зубов с применением стекловолоконных материалов (риббонд и др.)	3,50
2 5 22	Забор содержимого пародонтальных карманов для микробиологического исследования	1,50
3	Виды работ на хирургическом приеме (без учета анестезии)	
3 2	Удаление постоянного зуба	1,00
3 7	Удаление одного зуба с применением трансплантата при заболеваниях пародонта	4,00
3 23	Коррекция уздечки языка, губы	2,50
3 24	Рассечение уздечки языка	0,50
3 41	Наложение повязки, компресса с участием врача	0,50

Примечание. За 1 УЕТ на терапевтическом, хирургическом приеме принят объем работы врача, необходимый для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку), завершено наложением пломбы из цемента.

лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ), в соответствии с которым должен вестись учет работы врачей-стоматологов.

Из этого классификатора методом экспертных оценок (в качестве экспертов выступали врачи отделения пародонтологии ФГБУ ДНИИС и ЧЛХ Минздравсоцразвития России) были выбраны виды работ, которые

Таблица 2

Среднее время (в минутах), затрачиваемое на первичный и повторный прием врача-пародонтолога (без учета времени на выполнение лечебно-профилактических мероприятий; $M \pm m$)

Наименование трудовой операции	Среднее время, затрачиваемое на первичный прием	Среднее время, затрачиваемое на повторный прием
Подготовительное время (посадка больного в кресло, мытье рук и т. п.)	1,5 ± 0,1	1,5 ± 0,2
Сбор анамнеза, жалоб	4,8 ± 0,1	2,1 ± 0,1
Осмотр, заполнение зубной формулы, определение пародонтальных и гигиенических индексов, состояния прикуса и пр.	15,6 ± 0,1	9,2 ± 0,1
Информирование пациента	3,4 ± 0,1	0,7 ± 0,1
Заполнение медицинской документации	4,6 ± 0,2	2,5 ± 0,2
Заключительное время	0,4 ± 0,1	0,4 ± 0,1
Итого...	30,3 ± 2,6	16,4 ± 0,9

наиболее часто выполняются врачами-пародонтологами (табл. 1).

Данный классификатор был взят за основу при определении основных диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, проводимых у пациентов с заболеваниями пародонта на амбулаторном приеме.

Хронометражные исследования начинали с детализации первичного и повторного приемов врача-пародонтолога, в которые, помимо основной деятельности (проведение диагностических и лечебно-профилактических мероприятий), входят вспомогательные виды работ и работа с документацией. Затем был проведен хронометраж первичного и повторного приемов врача-пародонтолога без учета времени на проведение лечебно-профилактических мероприятий (табл. 2).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что на первичный амбулаторно-поликлинический прием больного (без учета времени на профилактические и лечебные мероприятия) врач-пародонтолог затрачивает в среднем $30,2 \pm 2,6$ мин, а на повторный – $16,4 \pm 0,9$ мин. Разница между этими средними величинами статистически достоверна ($p < 0,001$).

Для каждого проведенного врачом-пародонтологом лечебно-профилактического мероприятия также был проведен хронометраж, результаты которого представлены в табл. 3.

Таблица 3

Хронометражные исследования длительности диагностических, профилактических и лечебных мероприятий ($M \pm m$)

Наименование лечебно-профилактических мероприятий	Время, мин
Обучение гигиене полости рта, санитарное просвещение, консультация	27,3 ± 0,5
Проведение профессиональной гигиены в области одного секстанта (снятие над-, поддесневых зубных камней, шлифовка, полировка)	35,5 ± 5,2
Кюретаж пародонтальных карманов в области одного секстанта	40,0 ± 4,0
Местная противовоспалительная терапия (орошение, инстилляционная, аппликация, наложение повязки)	20,5 ± 0,2
Функциональное избирательное пришлифовывание	12,3 ± 0,1
Коррекция мягких тканей преддверия полости рта	32,0 ± 0,5
Шинирование шести зубов с применением стекловолоконных материалов (риббонд и др.)	60,5 ± 0,87
Удаление одного зуба	10,0 ± 1,2
Лоскутная операция (в области шести-восьми зубов)	70,4 ± 0,3

Затем был проведен расчет затрат времени на проведение лечебно-профилактических мероприятий в каждой группе больных с заболеваниями пародонта.

На первом этапе у всех пациентов была проведена инициальная терапия, объем которой зависел от степени тяжести воспалительно-деструктивного процесса в пародонте. Соответственно значительно различались средние затраты времени на проведение лечебно-профилактических мероприятий в каждой группе больных (табл. 4).

На проведение лечебно-профилактических мероприятий на этапе инициальной терапии у пациентов с гингивитом в среднем затрачивали 93,7 мин, у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) легкой степени – 160,9 мин, у пациентов с ХГП средней степени – 254,4 мин, у пациентов с ХГП тяжелой степени – 306,1 мин, у пациентов с агрессивным пародонтитом (АП) – 283,6 мин.

Указанные мероприятия проводились в несколько посещений. В среднем при оказании пародонтологической помощи пациентам с гингивитом требовалось 1,8 посещения (1 первичное и 0,8 повторного), пациентам с ХГП легкой степени – 2,5 посещения (1 первичное и 1,5 повторного), пациентам с ХГП средней степени тяжести – 4,5 посещения (1 первичное и 3,5 повторного), пациентам с ХГП тяжелой степени – 5,8 посещения (1

Таблица 4

Средние затраты времени (в минутах) на проведение лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта на этапе инициальной терапии

Лечебно-профилактические мероприятия	Гингивит ($n = 33$)	ХГП легкой степени ($n = 51$)	ХГП средней степени ($n = 115$)	ХГП тяжелой степени ($n = 62$)	АП ($n = 39$)
Обучение гигиене полости рта	27,3	27,3	27,3	27,3	27,3
Профессиональная гигиена	35,5	88,8	134,9	152,7	113,6
Избирательное пришлифовывание	3,4	7,5	10,8	12,3	12,3
Шинирование подвижных зубов	–	–	–	16,6	32,6
Коррекция мягких тканей преддверия полости рта	12,6	20,0	20,9	32,0	32,0
Кюретаж пародонтальных карманов	–	–	40,0	40,0	40,0
Местная противовоспалительная терапия	14,9	17,3	20,5	20,5	20,5
Удаление подвижных зубов	–	–	–	4,7	5,3
Общие затраты	93,7	160,9	254,4	306,1	283,6

Средние затраты времени (в минутах) на проведение лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта на этапе поддерживающей терапии

Лечебно-профилактические мероприятия	Гингивит (n = 33)	ХГП легкой степени (n = 51)	ХГП средней степени (n = 115)	ХГП тяжелой степени (n = 62)	АП (n = 39)
Инициальная терапия	137,1	215,8	342,1	415,1	395,9
Консервативная терапия	–	–	30,2	45,6	49,2
Хирургическое лечение	–	–	–	34,7	49,1
Первый курс поддерживающей терапии	35,2	89,5	158,5	182,2	167,4
Второй курс поддерживающей терапии	8,2	32,4	45,0	84,2	125,5
Третий курс поддерживающей терапии	–	–	–	68,3	59,2
Четвертый курс поддерживающей терапии	–	–	–	–	45,5
Общие затраты	182,3	337,7	575,8	830,1	891,8

первичное и 4,8 повторного), пациентам с АП – 6 посещений (1 первичное и 5 повторных).

Соответственно к среднему времени, затрачиваемому на проведение лечебно-профилактических мероприятий, необходимо добавить время на вспомогательную деятельность и оформление документации:

- для пациентов с гингивитом: $30,3 + 0,8 \cdot 16,4 = 43,4$ мин;
- для пациентов с ХГП легкой степени: $30,3 + 1,5 \cdot 16,4 = 54,9$ мин;
- для пациентов с ХГП средней степени: $30,3 + 3,5 \cdot 16,4 = 87,7$ мин;
- для пациентов с ХГП тяжелой степени: $30,3 + 4,8 \cdot 16,4 = 109,0$ мин;
- для пациентов с АП: $30,3 + 5 \cdot 16,4 = 112,3$ мин.

В общей сложности на проведение инициальной терапии гингивита в расчете на одного пациента было затрачено 137,1 мин, ХГП легкой степени – 215,8 мин, ХГП средней степени – 342,1 мин, ХГП тяжелой степени – 415,1 мин, АП – 395,9 мин.

После курса предварительной терапии пациентов с гингивитом, ХГП легкой и средней степени при достижении ими стабильно хорошей гигиены полости рта и улучшении состояния тканей пародонта переводили на динамическое наблюдение с проведением поддерживающей терапии каждые 6 мес.

В остальных случаях переходили к следующему этапу – консервативному лечению. В зависимости от клинического статуса консервативное лечение включало системное применение антибиотиков (цефалоспорины), нестероидных противовоспалительных средств (фортазин, клафоран), дезагрегантов (реополиглюкин), препаратов, улучшающих микроциркуляцию (пентаксил, вазпростан, трентал), средств, регулирующих метаболические процессы (актовегин), иммунокорректоров.

Всего консервативное лечение было проведено у 67 пациентов с ХГП средней степени и всех пациентов с ХГП тяжелой степени и АП. Этот этап включал в себя 2–3 повторных посещения, во время которых оценивали состояние пародонта. Затраты времени на этот этап составили в среднем 30,2 мин на одного пациента с ХГП средней степени тяжести, 45,6 мин на одного пациента с ХГП тяжелой степени и 49,2 мин на одного пациента с АП.

При достижении пациентами стабильно хорошей гигиены полости рта, уменьшении кровоточивости десен при зондировании, прекращении гнойного отделяемого из пародонтальных карманов пациентов с ХГП средней степени переводили на динамическое наблюдение с проведением курсов поддерживающей терапии 1 раз в 6 мес, пациентов с ХГП тяжелой степени – 1 раз в 4 мес, пациентов с АП – 1 раз в 3 мес.

После этого этапа у большинства пациентов отмечалась положительная динамика гигиенических и пародонтальных индексов, однако 18 (29%) пациентам с ХГП тяжелой степени и 16 (41%) пациентам с АП из-за выраженной деструкции тканей пародонта (потеря костной ткани 50% и более) было показано хирургическое лечение.

Затраты на проведение одной лоскутной операции составляли 70,4 мин. На этом этапе пациентам требовалось также 3 посещения по 16,4 мин для оценки состояния полости рта. Таким образом, средние временные затраты на этапе хирургического лечения составили 34,7 мин на одного пациента с ХГП тяжелой степени и 49,1 мин на одного пациента с АП.

После завершения хирургического лечения пациентов переводили на диспансерное наблюдение с курсами поддерживающей терапии, кратность которых для пациентов с ХГП тяжелой степени составляла 1 раз в 4 мес, для пациентов с АП – 1 раз в 3 мес.

Курсы поддерживающей терапии, которые проводили у всех пациентов, но с разной кратностью, включали профессиональную гигиену полости рта, при необходимости сглаживание и полирование корней зубов, местную и общую антибактериальную и противовоспалительную терапию.

У пациентов с гингивитом, ХГП легкой и средней степеней тяжести требовалось 2 курса в год, у пациентов с ХГП тяжелой степени – 3 курса в год, с АП – 4 курса в год.

Необходимо отметить, что временные затраты на проведение каждого последующего курса поддерживающей терапии уменьшались (табл. 5), так как у пациентов уменьшалось количество секстантов, требующих проведения профессиональной гигиены.

Затраты времени на проведение первого этапа на одного пациента с гингивитом составили в среднем 35,2 мин, с ХГП легкой степени – 89,5 мин, с ХГП средней степени – 158,5 мин, с ХГП тяжелой степени – 182,2 мин, с АП – 167,4 мин.

Второй курс поддерживающей терапии был менее затратным по времени. Его средняя продолжительность для одного пациента с гингивитом составила 8,2 мин, с ХГП легкой степени тяжести – 32,4 мин, с ХГП средней степени тяжести – 45 мин, с ХГП тяжелой степени – 84,2 мин, с АП – 125,5 мин.

Время, затраченное на третий курс поддерживающей терапии, для одного пациента с ХГП средней степени составило 68,3 мин, с АП – 59,2 мин.

Четвертый курс поддерживающей терапии, проведенный у пациентов с АП, занял в среднем 45,5 мин.

Общие затраты времени в год на оказание пародон-

донтологической помощи на одного пациента с гингивитом составили в среднем 3 ч 2 мин, с ХГП легкой степени – 5 ч 38 мин, с ХГП средней степени – 9 ч 26 мин, с ХГП тяжелой степени – 13 ч 12 мин, с АП – 14 ч 52 мин.

Таким образом, пародонтологическая помощь является высокочрезвычайно затратной как по времени, так и по стоимости. Вместе с тем, как показали результаты исследования, выполнение в полном объеме всех этапов лечения способствовало достижению устойчивой ремиссии у большинства пациентов, после чего кратность курсов поддерживающей терапии можно было сократить до 1–2 в год.

Полученные результаты могут служить основой для дальнейшей разработки нормативов по труду врачей-пародонтологов, а также при планировании на федеральном и региональном уровнях необходимой штатной численности пародонтологов, оптимизации расстановки кадров, при контроле и расчетах финансовых платежей за медицинские услуги.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бачалова Э. И.* // Материалы межинститутской науч. конф. «Окружающая среда, здоровье, здравоохранение», посвящ. 60-летию образования в МГМСУ кафедры общей гигиены. – М., 2006. – С. 12–13.
2. *Vauthier T.* // *Schweiz. Mschr. Zahnmed.* – 2005. – Bd 115, N 5. – S. 479–482.
3. *Zimmermann F.* // Новое в стоматол. – 2005. – № 2. – С. 88–89.
4. *Бондаренко Н. Н.* // Нижегород. мед. журн. – 2006. – № 5. – С. 23–26.
5. *Мещеряков Д. Г.* Теоретическое обоснование и разработка механизмов повышения эффективности стоматологической помощи населению: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2006.
6. *Klinge B., Norlund A.* // *J. Clin. Periodontol.* – 2005. – Vol. 32, Suppl. 6. – P. 314–325.
7. *Тарасова Ю. Г., Рединова Т. Л.* // Ин-т стоматол. – 2011. – № 3. – С. 22–24.
8. *Шипова В. М., Елдашев С. А.* // *Здравоохранение.* – 2004. – № 11. – С. 39–43.
9. *Гюнтер В. Э., Галонский В. Г., Радкевич А. А.* и др. // *Пародонтология.* – 2009. – № 1. – С. 76–84.