

последующей оценке влияния эксплуатируемой дороги, что позволит избежать методической ошибки в оценке

воздействия автомагистрали как источника антропогенного характера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Г.А., Медрес Е.П., Птюшкин А.Н. Развитие сети автодорог Санкт-Петербурга и региональные эколого-гигиенические проблемы // Автомобильные дороги, транспорт и экология: Сб. научно-практич. трудов группы предприятий «Дорсервис» / Под ред. И.А. Пичугова, Е.П. Медреса. – СПб.: Издательство ДНК, 2006. – С.187-189.

2. Евгеньев И.Е., Каримов Б.П. Автомобильные дороги в окружающей среде. – М.: Трансдорнаука, 1997. – 285 с.

3. Онищенко Г.Г. и др. Основы оценки риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду / Под ред. Ю.А. Рахманина, Г.Г. Онищенко. – М.: НИИ ЭЧ и ГОС, 2002. – 408 с.

Адрес для переписки: 191023, Санкт-Петербург, Малая садовая д.1, тел.8(911)0233580, Федеральное государственное учреждение «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербург», Лим Татьяна Евгеньевна – кандидат медицинских наук, заведующая отделом социально-гигиенического мониторинга и оценки риска, телефон раб.: (8-812) 571-46-37, E-mail:fguz_osgm_spb@mail.ru.

© ГАЛЁСА С.А., ГАЛАНЦЕВ А.Д., БРЮХАНОВА В.А., ДЬЯЧЕНКО В.Г., КУРБЕТЬЕВ С.Г., ГАЛЁСА М.С. – 2009

ПЕРСПЕКТИВЫ ПЛАНИРОВАНИЯ ПОТОКОВ ПАЦИЕНТОВ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КРАЕВОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

С.А. Галёса, А.Д. Галанцев, В.А. Брюханова, В.Г. Дьяченко, С.Г. Курбетев, М.С. Галёса
(Краевая стоматологическая поликлиника Министерства здравоохранения Хабаровского края, гл. врач – С.А. Галёса)

Резюме. В работе представлены результаты исследований распространенности заболеваний пародонта и на этой основе разработаны новые научно обоснованные подходы к оказанию стоматологической помощи в регионе с низкой плотностью населения.

Ключевые слова: пародонтит, этиология пародонтита, диагностика пародонтита, лечение, пародонтита, эпидемиологическое обследование.

PROSPECTS OF PLANNING OF NUMBER OF PATIENTS OF PARODONTOLOGICAL BRANCH OF REGIONAL STOMATOLOGICAL POLICLINIC

S.A. Galyosa, A.D. Galancev, V.A. Brjukhanova, V.G. Diachenko, S.G. Kurbetev, M.S. Galyosa
(Regional Stomatologic Polyclinic of Ministry of Health of Khabarovsk Territory)

Summary. In work the results of researches of prevalence of parodontological diseases are presented and on this basis the new scientifically well-founded approaches to rendering the stomatologic help in region with low population density are developed.

Key words: parodontitis, etiology of parodontitis, treatment of parodontitis, diagnostics of parodontitis, epidemiology inspection.

Современные тенденции медицинской помощи в России на рубеже XX-XXI веков развиваются на фоне роста общей заболеваемости населения практически по всем классам заболеваний в среднем на 5-8 % ежегодно. Начало XXI века характеризуется опережающими темпами роста патологии тканей окружающих зубы – пародонта практически во всех возрастных группах [3,16].

В основе происхождения болезней пародонта лежит нарушение баланса между микроорганизмами зубного налета и продуктами их жизнедеятельности, с одной стороны, и защитными факторами организма – с другой [7]. Дисбаланс местных и общих факторов организма человека, в частности беременность, внедрение микроорганизмов в ток крови, аутоиммунные процессы, снижение уровня иммунитета и др., довольно часто приводит к развитию двух взаимодополняющих патогенетических механизмов. С одной стороны воспалительные процессы в пародонте формируют механизм поступления в ток крови значительного числа микроорганизмов, в том числе и патогенных, которые сами по себе могут вызвать воспалительные заболевания органов и тканей: сердца, почек, соединительной ткани. По мнению ряда специалистов, прогрессирующее течение пародонтита довольно часто является причиной преждевременного рождения или замедления развития и снижения массы плода [13]. С другой стороны у многих пациентов, страдающих достаточно серьезными заболеваниями: сахарный диабет, септический эндокардит, гломерулонефрит

или получающих различные виды лечения (полихимиотерапию, пульстерапию, лучевую терапию и т.п.), формируется механизм прогрессирующего поражения тканей пародонта [10,15].

В результате реализации таких патогенетических механизмов микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности приводят к разрушению тканей зубов и пародонта путем прямого токсического влияния, подобного тому, которое оказывают экзотоксины или тканевые ферменты. Структурные элементы зубов и десна повреждаются, токсины и ферменты микроорганизмов проникают внутрь мягких десневых структур, развивается острая воспалительная реакция. Как и любое воспаление, вызванное инфекционным агентом, кариес и воспаление тканей пародонта зависят не только от наличия микроорганизмов, но и от состояния макроорганизма в целом [11,12].

Пародонтит имеет инфекционную этиологию. Распространенность и тяжесть данного процесса зависят от особенностей взаимодействия бактерий и макроорганизма. Ответ организма-хозяина на внедрение патогенных микроорганизмов включает в себя множество клеточных и гуморальных реакций иммунной системы, которые находятся в динамическом взаимодействии [8]. Пародонтит развивается в результате сложного каскада воспалительных и иммунологических процессов в ответ на агрессию микроорганизмов зубного налета у восприимчивого индивидуума. Инфицированные тка-

ни пародонта являются резервуаром не только микроорганизмов, но и токсичных цитокинов, биологически-активных веществ, которые проникают в системный кровоток, вызывая поражения внутренних органов: сердца, почек, легких и пр. [4]. Таким образом, роль стоматолога в первичной профилактике поражения внутренних органов очевидна и весьма значительна. Важно, чтобы он грамотно оценивал анамнестические данные, клиническую ситуацию в каждом конкретном случае и принимал правильное решение в соответствии с сопутствующей системной патологией у пациента.

Так при лечении и даже обследовании пациентов, входящих в группу риска в связи с метастазирующими бактериальными инфекциями, профилактика с помощью антибиотиков является обязательным условием [1,2]. Показаниями к профилактическому назначению антибиотиков являются ранний инфекционный эндокардит, врожденные пороки сердца, ревматические пороки сердца, гипертрофическая кардиомиопатия, дефекты сердечных клапанов и протезы, внутренний сердечный катетер (справа), идиопатический гипертрофированный стеноз аорты и пр. [17].

Научные изыскания последних десятилетий значительно обогатили наши знания по проблеме распространения пародонтитов. Определены этиологические факторы заболевания, выяснены многие аспекты патогенеза, уточнены дифференциально-диагностические, клинические и лабораторные признаки [14]. Сегодня стоматологи имеют возможность не только контролировать течение патологического воспалительного-деструктивного процесса в тканях пародонта, но и прогнозировать реализацию качественно новых подходов к эффективной терапии и реабилитации.

Для уточнения состояния зубов и пародонта у жителей Хабаровского края нами была использована методика эпидемиологического обследования, рекомендованная ВОЗ [9]. Клинический осмотр для выявления заболеваний пародонта включал тщательную поэтапную оценку стоматологического статуса населения региона. Оценке подвергалось состояние регионарных лимфатических узлов, слизистой оболочки полости рта (цвет, рельеф, нарушение целостности), зубных рядов и зубов, состояния тканей пародонта с использованием принятых индексов КПУ (у детей КПУ+кп), ОНІ-S, GI а так же сопоставления с данными рентгенографии.

Результаты обследования детей шестилетнего возраста показали, что индекс КПУ+кп варьировал в пределах 4,8-7,2, индекс ОНІ колебался в пределах 1,09-1,35, индекс GI достигал значений от 0,76 до 1,05. У двенадцатилетних детей индекс КПУ+кп варьировал в пределах 3,47-8,21, индекс ОНІ колебался в пределах 1,22-2,02, индекс GI достигал значений от 0,93 до 1,63. Сравнение результатов обследования детей показывает ухудшение показателей с возрастом ($p \leq 0,01$).

Результаты обследования 35-37 летних жителей региона показали, что индекс КПУ составлял от 13,36-15,1, индекс ОНІ колебался в пределах 2,35-3,03, индекс GI достигал значений от 2,05 до 2,32. От 56,82% до 70,2 % жителей региона в возрастной категории нуждаются в протезировании.

Самая высокая распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний выявлены среди лиц пожилого возраста (65-74 года). Индекс КПУ достиг уровня 22,55-25,68, индекс ОНІ – 2,03-2,91, индекс GI достигал значений от 1,39 до 2,87. В этой возрастной группе у 14,8% пожилых зарегистрировано полное отсутствие зубов. Причем формируется отчетливая тенденция к уменьшению среднего количества оставшихся естественных зубов на одного человека в данной возрастной группе с 13,8 в 1996 г. до 13,54 в 2006 г. Интенсивность кариеса зубов в данном возрасте не изменилась по сравнению с предыдущими исследованиями 1996 года и составила согласно индексу КПУ – 22,5. В то же время произошли изменения в самой структуре индекса: компонент «К» – кариозные зубы увеличился

с 1,7 до 2,0; пломбированных зубов стало меньше – 1,9; количество удаленных зубов незначительно увеличилось до 18,5. Состояние тканей пародонта у представителей данного возраста не претерпело значительных изменений.

Выявлена высокая нуждаемость населения в терапевтическом и ортопедическом лечении зубов. В пожилом возрасте в лечении нуждаются 60,5±6,7% населения региона, из них 48,1±4,5% требуется лечение зубов по поводу кариеса (0,47±0,04 зуба на 1 обследованного); 11,3±1,8% нуждаются в эндодонтическом лечении (0,22±0,04 зуба) и 40,0±3,7% – в удалении зубов (1,2±0,1 зуба на 1 обследованного).

В настоящее время наиболее рациональным методом организации медицинской помощи при кариесе и пародонтите в условиях Дальнего Востока является ранняя диагностика, гигиена полости рта и применение эффективных технологий лечения и реабилитации, что требует разработки новых стандартов структуры, технологий и современных моделей конечных результатов деятельности ЛПУ стоматологического профиля. Теоретически, на первом уровне оказания стоматологической помощи населению региона, должен работать врач-стоматолог общей практики и гигиенист стоматологический, а в реальной ситуации работает зубной врач. В связи с этим трудно ожидать достижения высоких результатов в профилактике, ранней диагностике и лечении пародонтита. Поэтому в условиях Хабаровского края значительная часть объемов производства стоматологических услуг при поражении тканей пародонта передается на второй уровень производства, где доминируют стоматологические поликлиники и специализированная стоматологическая помощь: терапевтическая, хирургическая, ортопедическая, ортодонтическая. В связи с тем, что производству пародонтологических услуг в течение последних 20 лет посвящено значительное число исследований [6], мы полагаем, что в рамках технологии имитационного моделирования в качестве новой организационной модели было бы целесообразно рассмотреть содержание работы пародонтологического отделения в реальных условиях Хабаровского края. Причем рассмотрение модели следует проводить не только с точки зрения реализации пародонтологических стандартов, но и с точки зрения организации этого вида помощи пациентам из групп риска.

По нашему мнению стандарты пародонтологической помощи на первом этапе должны содержать основные разделы: диагностика, лечение, исходы и прогноз заболеваний.

Диагностика пародонтита включает оценку общего состояния пациента и состояние полости рта и проводится в два этапа:

Первый этап состоит из знакомства с пациентом, сбора анамнеза, касающегося общесоматических заболеваний, беременности, приема лекарственных препаратов, вредных привычек и т.п. Кроме того, уточняется характер гигиенических мероприятий полости рта, жалобы и динамику их изменений, состояние полости рта до посещения стоматолога, проводимое ранее лечение, его эффективность. Проводится осмотр полости рта, оценка гигиены полости рта, наличие/отсутствие запаха изо рта, оценка состояния слизистой губ, полости рта, языка, преддверия и дна полости рта, исследования зубного ряда, количества удаленных зубов, причин удаления, гиперчувствительности дентина, состояние апроксимальных контактов зубов, оценка подвижности зубов, наличие/отсутствие вторичной деформации зубных рядов, а так же окклюзионные контакты. Проводится рентгенологическое исследование и формируется предварительный диагноз.

Второй этап включает в себя осуществление стандартного перечня исследований (табл. 1). На этом этапе так же используются дополнительные методы исследования для постановки клинического диагноза, в частности: использование компьютерной системы Florida

Probe 32, культурального анализа поддесневой микрофлоры и микроскопического изучения поддесневой микрофлоры, проведение проб нуклеиновых кислот, выявление ферментативной активности вероятных патогенов, проведение молекулярного анализа рибосомальных РНК-антигенов бактерий, а так же анализ продуктов и веществ, высвобождаемых макроорганизмами в жидкости десневой бороздки и др.

пародонтита (традиционное удаление над- и поддесневых отложений и сглаживание поверхностей корней);
- коррекция окклюзии, устранение раздражающих факторов;
- замена реставраций, некорректных к тканям пародонта.

Лечение, которое необходимо проводить пациентам с сохраняющимися после инициальной фазы терапии пародонтальными карманами размерами 5мм и больше:

Таблица 1

Основные методы выявления и оценки степени поражения тканей пародонта

Симптомы заболеваний пародонта	Методы выявления и оценки
1. Хроническое воспаление десен, гноетечение из пародонтальных карманов (ПК)	1. Проба Шиллера-Писарева 2. Исследование параметров десневой жидкости 3. Бактериологическое исследование содержимого ПК 4. Термометрия десны и ПК 5. Исследование фракций воды в ротовой жидкости
2. Наличие пародонтальных карманов	1. Измерение глубины ПК 2. Рентгенография альвеолярных отростков и зубов с заполнением ПК контрастными веществами
3. Назубные отложения	1. Окрашивание «зубного» налета
4. Резорбция костной ткани альвеолярного отростка	1. Дентальная рентгенография, RVG 2. Панорамная рентгенография 3. Ортопантомография 4. Эхоостеометрия 5. Компьютерная томография.
5. Подвижность зубов, нарушение окклюзии	1. Определение степени подвижности зубов 2. Выявление преждевременных контактов зубов при помощи окклюдограмм 3. Выявление функциональной перегрузки зубов методом анализа одонтопародонтограмм
6. Нарушения в микроциркуляторном русле пародонта, изменение тканевого метаболизма	1. Биомикроскопия (витальная микроскопия) 2. Реопародонтография 3. Проба Кулаженко 4. Проба Роттера
7. Изменение местной иммунологической реактивности и резистентности тканей пародонта	1. Микробиологическое исследование Аутофлоры слизистой оболочки полости рта 2. Эксфолиативная цитология 3. Определение защитных факторов десневой жидкости 4. Проба Ясиновского 5. Проба Кавецкого-Базарновой
8. Гиперестезия шеек зубов	1. Пробы с механическими, температурными и химическими раздражителями
9. Изменения со стороны других органов и систем, развитие эндогенной интоксикации	1. Клинический анализ крови, мочи 2. Биохимический анализ крови на содержание глюкозы 3. Консультации и обследование у эндокринолога, ревматолога, гастроэнтеролога, аллерголога, иммунолога

В связи с тем, что в ряде случаев патология тканей пародонта может быть фактором,отягощающим течение многих заболеваний (сахарный диабет, эндокардит, врожденные пороки сердца, гломерулонефрит, системные заболевания соединительной ткани и онкопатологии в условиях интенсивного лечения, пересадка органов и др.), целесообразно проведение дополнительных клинических и биохимических анализов крови и мочи после консультации пациентов с терапевтом, эндокринологом, кардиологом, нефрологом, гастроэнтерологом и др. [5].

Лечение пародонтита включает в себя план консервативного лечения и оперативных вмешательств в зависимости от стадии патологического процесса. Проведение лечебных мероприятий требует от стоматолога специальной подготовки, хорошей оснащенности кабинета оборудованием, инструментами, медикаментами и согласованности в действиях пародонтолога и врачей других специальностей. В основе стратегии плана лечения должна лежать четкая, продуманная организация всего лечебного процесса на основе исходной оценки общего состояния пациента, и пародонтологического статуса. Как правило, стандартная технология лечения пародонтита заключается в следующем:

- на основе информации, полученной при специальных дополнительных методах обследования, разработка и составление плана лечения пациентов;
- обучение и мотивация к правильному проведению индивидуальной гигиены полости рта;
- проведение первичной инициальной фазы лечения

- гингивэктомия;
- все виды лоскутной хирургии;
- направленная тканевая регенерация;
- операции, направленные на коррекцию мукогингивальных состояний;
- удлинение коронковой части зуба;
- операции, направленные на увеличение объема костной ткани;
- ортодонтическое лечение;
- операции имплантации.

Заключительным этапом активного лечения является восстановление эстетики, жевательной эффективности путём изготовления высокотехнологичных ортопедических конструкций.

Дальнейшее лечение (поддерживающее пародонтологическое лечение и ремотивация проведения индивидуальной гигиены полости рта) зависит от тяжести заболевания и проводится по индивидуально разработанному плану соответственно диспансерной группе.

К сожалению, до настоящего времени на стоматологических факультетах региональных медицинских вузов не готовят пародонтологов, которые одинаково хорошо владели бы выше перечисленными методами диагностики и лечения заболеваний тканей пародонта. Поэтому в реальной ситуации терапевты-стоматологи обычно проводят комплекс терапевтических методов, хирурги-стоматологи – хирургических методов, а ортопеды-стоматологи занимаются лишь протезированием. Для того, чтобы добиться успеха в лечении поражения тканей пародонта, необходим союз стоматологов и врачей других специальностей.

Таким образом, при планировании видов и объемов помощи, которые будут формироваться в производственных фондах открытого в 2007 году пародонтологического отделения ГУЗ Краевая стоматологическая поликлиника, следует учитывать особенности формирования патологии тканей пародонта у населения Хабаровского края и пациентов группы риска, начиная от женщин с угрозой невынашивания беременности и заканчивая пациентами, страдающими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

При расчете показателя, характеризующего проектную, функциональную, эксплуатационную и фактическую пропускную способность пародонтологического отделения, выраженного числом посещений в смену, следует планировать потоки пациентов с поражениями тканей пародонта в первую очередь из консультативно-

диагностического отделения Краевого перинатального центра, кардиохирургического, гематологического и нефрологического отделений Краевой клинической больницы № 1, консультативно-диагностического, нефрологического и гематологического отделений Детской краевой клинической больницы. Следовательно, с 2008 года возникнет проблема финансирования производства запланированных видов и объемов пародонтологической помощи населению региона, поскольку значительная часть медицинских услуг при патологии тканей пародонта до этого времени финансировалась за счет ресурсов Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению Хабаровского края.

В условиях, когда уровень недофинансирования отрасли здравоохранения региона практически предопределяет доступность видов и объемов медицинских услуг населению, основной задачей становится четкое определение того минимума государственных гарантий в предоставлении бесплатной помощи, который может быть обеспечен при имеющемся объеме финансовых

средств. Процесс разработки критериев дифференцирования базовой программы ОМС требует взвешенного подхода. Необходимо учитывать имеющиеся показатели состояния стоматологического здоровья населения.

Рассчитанный для каждой группы заболеваний пародонта перечень услуг и их стоимость является основой для расчета тарифов на медицинскую помощь в рамках базовой программы ОМС. Такая структура базовой программы ОМС позволяет определить гарантированный минимум пародонтологической помощи надлежащего объема, финансируемый из средств ОМС.

Пародонтологическая помощь, не оплачиваемая из средств ОМС, но являющаяся частью единого технологического процесса лечения в соответствии с государственным стандартом, составляет основу программ ДМС, которые дифференцированы по объему медицинской помощи, предоставляемой различным категориям населения при разных стадиях течения заболевания. Эти программы являются дополняющими ОМС источниками финансирования необходимой пародонтологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Б.С. Инфекционный эндокардит. 1 часть. Этиология, патогенез и клиническая картина // Инфекции и антимикробная терапия. – 2000. – Т. 2. №3. – С.76-79.
2. Белов Б.С. Инфекционный эндокардит. Особенности течения, критерии диагноза, дифференциальная диагностика // Инфекции и антимикробная терапия. – 2000. – Т. 2. №4. – С.126.
3. Боровский Е.В., Иванов В.С., Банченко Г.В. и др. Терапевтическая стоматология / Под ред. Е.В. Боровского. – М.: МИА, 2003. – С.215-216.
4. Внутренние болезни: Учебник / Под ред. А.И. Мартынова и др. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – В 2 т. Т.1. – 600 с.
5. Демин А.А., Дробышева В.П. Диагностика и лечение инфекционного эндокардита. Болезни и возбудители // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2000. – Т. 2. №3. – С.19.
6. Иорданишвили А.К. Современные представления о хронической одонтогенной инфекции и сенсибилизации организма // Новые Санкт-Петербургские врачебные новости. – 2000. – №1. – С.54-57.
7. Конев В.П., Суникова Т.В., Расторгуев Б.Т., Малихина О.А. Динамика клинического состояния краевого пародонта у пациентов с хроническим пародонтитом на фоне патологии соединительной ткани при несъемном протезировании // Сб. трудов III Всерос. конф. «Образование, наука, практика в стоматологии». – М., 2006. – С.75.
8. Леус П.А. Коммунальная стоматология. – Минск: БГМУ, 2000. – 150 с.
9. Соловых Е.А., Маштакова Е.Е. Особенности стоматологической реабилитации пациентов с болезнью Шегрена // Сб. трудов III Всерос. конф. «Образование, наука, практика в стоматологии». – М., 2006. – С.192-193.
10. Adriaens P.A., Deboever J.A., Joesche W.G. Bacterial invasion in root cementum and radicular dentin of diseased teeth in humans // J. Of periodontology. – 1988. – № – P.282-230.
11. Liakoni H., Barber P., Newman H.N. Bacterial penetration of pocket soft tissues in chronic adult and juvenile periodontitis cases. An ultrastructural study // J. Clin. Periodontol. – 1987. – Vol. 14. №1. – P.22-28.
12. Lopez Nestor. Dental Tribune // The World's Dental Newspaper. – 2006. – Vol. 5. № 3. – P.1-6.
13. Stallard R.E. Periodontic-endodontic relationship // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. – 1972. – P.314-326.
14. Van Winkelhoff A.J., Rodenburg J.P., Goene R.J., et. al. Metronidazole plus amoxicillin in treatment of Actionobacillus actinomyceterncomitans associated periodontitis // J. Clin. Periodontol. – 1989. – Vol. 16. – P.128-131.
15. Weber H. Dentistry in the 21st century – A German view // Dentistry in the 21st century. A Global perspective // Proceedings of the International Symposium on dentistry in the 21st century, Berlin, September 10, 1989. – Chicago, London, Berlin, 1991. – P.191-198.
16. Zangeland K., Rodrigues H., Dowden W. Periodontal disease, bacteria and pulpa histopathology // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. – 1974. – Vol. 7. – P.257-270.

Адрес для переписки: Maxgalyosa@rambler.ru, тел. (4212) 326114

Галёса С.А. – к.м.н. главный стоматолог Хабаровского края, гл. врач ГУЗ «Стоматологическая поликлиника» МЗ ХК; Дьяченко В.Г. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ; Галандцев А.Д. – врач стоматолог-хирург, зав. пародонтологическим отделением ГУЗ «Стоматологическая поликлиника» МЗ ХК; Курбетьев С.Г. – врач стоматолог-хирург, зам. главного врача по лечебной работе ГУЗ «Стоматологическая поликлиника» МЗ ХК; Брюханова В.А. – врач стоматолог-терапевт ГУЗ «Стоматологическая поликлиника» МЗ ХК; Галёса М.С. – врач стоматолог-ортопед ГУЗ «Стоматологическая поликлиника» МЗ ХК.

© ФИЛИППОВ А.Е., ГЕЛЛЕР Л.Н. – 2009

ОПТИМИЗАЦИЯ ЗАКУПА ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ ПЕРЧАТОК) ДЛЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ АВС-АНАЛИЗА

А.Е. Филиппов, Л.Н. Геллер

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра управления и экономики фармации, зав. – д.ф.н., проф. Л.Н. Геллер)

Резюме. Проведенное исследование позволило проанализировать бюджетные затраты на приобретение