

# Рациональность использования рабочего времени врачами стоматологами-терапевтами в стоматологической поликлинике города Минусинска

Л.Ф. КОРОТЕЕВА, Е.Г. СИЗЫХ  
МУЗ «Минусинская стоматологическая поликлиника», г. Минусинск

**В**опросы оказания стоматологической помощи населению являются ключевыми в повышении как ее качества, так и доступности (Бутова В. Г. с соавт., 2005). К числу факторов, определяющих доступность стоматологической помощи, относится рациональное использование рабочего времени врачами-стоматологами отведенного рабочего времени.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение доступности медицинской стоматологической помощи населению г. Минусинска и оптимизация труда врача-стоматолога, на основе изучения временных затрат врачами-стоматологами при выполнении различных лечебных мероприятий при лечении кариеса и его осложнений.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследованию подверглась работа девяти врачей стоматологов-терапевтов в возрасте от 28 до 55 лет. По стажу работы, наличию квалификационной категории врачи распределились следующим образом (табл. 1).

Исследование проводилось в течение двух месяцев путем динамического наблюдения и хронометража работы врачей при выполнении различных лечебных манипуляций и правильности использования рабочего времени. Всего было проанализировано 28 законченных случаев.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По диагнозу и затраченному на лечение этих патологий времени получили следующую картину.

Чтобы выяснить, имеются ли непроизводительные потери рабо-

чего времени на различных этапах оказания медицинской стоматологической помощи по вине врача или медицинской сестры, проводили хронометраж отдельных врачебных манипуляций. Задержек в проведении стоматологических манипуляций по вине медицинской сестры не наблюдалось. Непроизводительных затрат со стороны врача также не выявлено.

В результате исследования получены следующие временные затраты на отдельные лечебные манипуляции (табл. 3).

В ходе проведения работы установлено следующее. Затраты рабочего времени на препарирование кариозной полости и наложение пломбы зависят от локализации полости, групповой принадлежности зуба, остроты протекаемого кариозного процесса (при исследовании учитывались случаи с восстановлением анатомической формы зуба эвикролом – самым распространенным композиционным материалом, используемым в работе по Программе государственных гарантий оказания стоматологической помощи). Затраты времени на прохождение и обработку одного корневого канала разнятся и зависят от степени проходности, искривленности канала, от групповой принадлежности зуба.

Затраты времени на заполнение медицинской документации тем больше, чем сложнее выполненная работа. Разницы в затратах рабочего времени на выполнение отдельных процедур врачами разного возраста и квалификации не установлено.

В результате исследования установлено, что структура заболеваемости при обращении к врачам-стоматологам-терапевтам, выглядит следующим образом: 78,0% составляет кариес, 17,0% – осложненный кариес, 5,0% приходится на снятие зубного камня, лечение заболеваний пародонта, слизистой оболочки полости рта, консультации; врач может наложить за смену 12 пломб.

Кроме того, при предлагаемом реформировании стоматологической службы – образовании территориальных участков – можем рассчитать потребность во врачах-стоматологах на одном участке (предложено закрепить на одном участке 10 000 человек). Исходя из отчетных данных по нашей поликлинике, исследований по интенсивности кариеса и структуре КПУ населения г. Минусинска, получаем следующую картину. Ежедневно на участок к одному врачу будет обращаться один пациент с острой болью и один пациент на консультацию (затраты, определенные

Таблица 1. Распределение врачей по стажу работы и квалификации

| № | Число врачей | Стаж работы | Квалификационная категория |
|---|--------------|-------------|----------------------------|
| 1 | 1            | 6 лет       | Без категории              |
| 2 | 1            | 6 лет       | 2 категория                |
| 3 | 1            | 9 лет       | 1 категория                |
| 4 | 1            | 18 лет      | 1 категория                |
| 5 | 2            | 18 лет      | Высшая категория           |
| 6 | 3            | 20-30 лет   | Высшая категория           |

Таблица 2. Временные затраты на лечение различных нозологических форм

| Диагноз                                      | Количество | Время общее, мин. | Время на 1 случай, мин. |
|----------------------------------------------|------------|-------------------|-------------------------|
| Кариес дентина (средний кариес)              | 7          | 117,00            | 16,70                   |
| Кариес дентина (глубокий кариес)             | 6          | 136,00            | 22,20                   |
| Рецидивирующий кариес депульпированного зуба | 8          | 174,00            | 21,75                   |
| Пульпит                                      | 7          | 425,00            | 60,75                   |

Таблица 3. Временные затраты рабочего времени на отдельные лечебные манипуляции

| Манипуляции                                                                                                       | Время, мин. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Вызов больного, размещение пациента в кресле, мытье рук врача, сбор жалоб и анамнеза, осмотр, постановка диагноза | 5,00-7,00   |
| Препарирование кариозной полости                                                                                  | 2,00-6,00   |
| Наложение пломбы                                                                                                  | 4,00-6,00   |
| Шлифование, полирование пломбы, совет по уходу за полостью рта и по рациональному зубопротезированию              | 2,00-6,00   |
| Механическая и химическая обработка одного корневого канала                                                       | 5,00-10,00  |
| Пломбирование корневого канала                                                                                    | 2,00        |
| Рентген-контроль                                                                                                  | 10,00       |
| Заполнение документации                                                                                           | 5,00-6,00   |
| Оказание помощи при острой боли                                                                                   | 10,00       |

экспертным путем нашего исследования, составляют по 10 мин). Доля глубокого кариеса составляет 30,0%. Рабочее время врача-стоматолога – 6 ч 36 мин., из него вычитаем время на отдых, естественные надобности, планерки, санитарно-просветительную работу – всего 41 мин. Остается 355 мин. чистого рабочего времени. Учитывая, что на территориальном участке будет лечиться только кариес (средние затраты на лечение одного зуба состав-

ляют 23,36 мин. = 16,7 мин. + 22,2 мин. x 0,3), врач может вылечить в смену 14 зубов. Учитывая, что в среднем на одного жителя приходится три не леченных неосложненных кариеса, за год врач на участке может пролечить (не санировать!) только 1029 человек. Следовательно, при 50% обращении населения к участковому врачу на участок 10 000 человек необходимо не менее четырех врачей только для доступного, своевременного лечения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бутова В. Г., Ковальский В. Л., Ананьева Н. Г. Система организации стоматологической помощи населению России. – М.: Медицинская книга, 2005. – 166 с.
2. Инструкция по расчету условных единиц трудоемкости работы врачей стоматологов и зубных врачей: приказ Минздрава РФ от 15.11.2001 г., №408 «Об утверждении Инструкции по расчету условных единиц трудоемкости работы врачей стоматологов и зубных врачей».

## Опыт применения технологии гидрокинетического препарирования твердых тканей зуба на терапевтическом стоматологическом приеме

М.А. КОШЕВАРОВА, И.В. ФИЛИМОНОВА, Е.А. ТЁ  
Областная клиническая стоматологическая поликлиника, г. Кемерово  
Кемеровская государственная медицинская академия

Метод препарирования твердых тканей зуба прошел эволюцию от профилактического расширения Роберта Блэка (конец XIX века), принципа биологической целесообразности Лукомского И. Г.

(40-50 гг. XX века) до методик минимально инвазивного вмешательства, сформулированных Simonsen R. J., Mc Lean J., Fusayama T., в 90-е годы XX века (Юдина М.А., 2008).

Принцип минимально инвазивного вмешательства в стоматологию одобрен и рекомендован FDI в 2002 году для широкого практического применения. Суть метода состоит в ранней диагностике кариозных и