

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский К. В., Леус П. А. Кариез зубов. М., Медицина, 1979.—
2. Кодола Н. А. Микроэлементы в профилактике кариеса зубов. Киев, Здоров'я, 1979.—
3. Кошовская В. А. Организация и проведение профилактики кариеса зубов у детей. Автореф. канд. дисс., Харьков, 1975.—
4. Овруцкий Г. Д., Полукеева Л. М., Греков А. Х., Гиниятуллин И. И. В кн.: Кариез зуба и иммунитет. Труды III съезда стоматологов РСФСР. Волгоград, 1976.—
5. Пахомов Г. И. Первичная профилактика в стоматологии. М., Медицина, 1982.—
6. Рыбаков А. И., Гранин А. В. Профилактика кариеса зубов. М., Медицина, 1976.—
7. Сайфулина Х. М. Кариез зуба, резистентность организма и аллергические реакции слюнных желез. Автореф. докт. дисс., Казань, 1979.—
8. Трейманс А. Б. В кн. Труды V Всесоюзного съезда стоматологов. М., 1970.—
9. Федоров Ю. А. Профилактика заболеваний зубов и полости рта. М., Медицина, 1979.

Поступила 26 мая 1983 г.

УДК 616.31 (470.41)

СТАЦИОНАРНАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ТАТАРСКОЙ АССР

Ф. С. Хамитов, Я. З. Эпштейн, В. Б. Матвеев

Кафедра хирургической стоматологии (зав.—проф. Ф. С. Хамитов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, Республиканская клиническая больница (главврач—канд. мед. наук М. В. Буйлин) МЗ ТАССР

Одонтогенные воспалительные процессы наблюдаются у 40,7 — 60,3% всех стационарных стоматологических больных [1]. За последнее десятилетие число лиц с травмой, поступающих ежегодно в стоматологический стационар, возросло в 2,7 раза и составляет в среднем 23,8% от общего числа стационарных больных [3]. Несмотря на рост частоты воспалительных процессов челюстно-лицевой области и травм челюстей, требующих стационарного лечения, уровень обеспеченности населения стоматологическими стационарами остается низким и равен в среднем по стране 0,35 койки на 10 000 населения [2].

Динамика госпитализированных больных с воспалительными процессами челюстно-лицевой области

Годы	Общее число госпитализированных больных	Больные с воспалительными процессами
1977 . . .	1001	206
1978 . . .	1031	521
1979 . . .	2131	739
1980 . . .	2719	959
1981 . . .	2857	1142

В связи с изложенным выше мы провели анализ стационарной помощи больным с воспалительными процессами и травмами челюстей по Татарской АССР. Специализированные стоматологические стационары имеются в трех городах республики, в них развернуто 110 коек. Кроме этого, некоторое количество коек находится в общехирургических отделениях центральных районных больниц. За пять лет (1977—1981 гг.) в специализированных стационарах ТАССР число лиц с воспалительными процессами челюстно-лицевой области составило 3567 человек, а с одонтогенной инфекцией — 2733, причем с каждым годом число последних возрастало (см. табл.).

Больные с травмами челюстей, по данным отделения челюстно-лицевой хирургии РКБ, специализированной помощи таким больным не оказывается, 15% из них поступают в республиканский стационар с осложнениями травматического остеомиелита.

Причинами запоздалой госпитализации больных с острыми воспалительными процессами челюстно-лицевой области и травмами челюстей на местах являются их неадекватное лечение и отсутствие достаточного количества коек в стационарах. Все это приводит к увеличению продолжительности лечения больных, а порой и к возникновению у них таких серьезных осложнений, как медиастинит и сепсис.

Существующие временные нормативы обеспеченности населения больничными койками, четко определенные для терапевтических, педиатрических и хирургических больных, не распространяются на специализированные стоматологические койки [4].

При планировании и организации стоматологических коек на местах не всегда учитывается и истинная потребность в них, что также не может не отразиться на качестве оказываемой специализированной помощи стоматологическим больным. Многие в решении этой проблемы зависит от активности главных специалистов и руководителей органов здравоохранения.

Таким образом, назрела необходимость в увеличении числа коек в существующих специализированных стоматологических стационарах и в создании новых в Татарской АССР. Целесообразно шире использовать все пути подготовки специалистов по оказанию хирургической стоматологической помощи в районах и городах ТАССР. Настала пора ввести и утвердить нормативы обеспеченности населения стоматологическими койками исходя из реальной потребности в них.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безруков В. М., Семкин В. А., Михайлова Р. И. В кн.: Труды VII Всесоюзного съезда стоматологов (Ташкент, 1981 г.) М., 1981.— 2. Лурье Т. М. Там же.— 3. Наумов П. В. и др. Там же.— 4. Удинцев Е. И., Рогачев Г. И. В кн.: Справочные материалы по специальной гигиене и организации здравоохранения для студентов и врачей стоматологического профиля. М., 1973.

Поступила 5 января 1984 г.

УДК 616—08:362.13

ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

И. В. Поляков, О. А. Гусев

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. — проф. В. А. Мияев) 1-го Ленинградского медицинского института имени И. П. Павлова

В опубликованных работах, посвященных санаторному лечению, его экономическая эффективность определяется как разница предотвращенного ущерба от болезней за определенный период времени до и после лечения в санатории [1] или в санатории-профилактории [3, 4].

Предлагаемая нами методика комплексного анализа эффективности санаторного лечения опробована на одном из крупных промышленных предприятий Ленинграда у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ), леченных в одном из санаториев Кавказа или южного берега Крыма, а также в санатории-профилактории этого предприятия.

Экономическую эффективность определяли двумя путями. При первом варианте оценки сравнивали экономический ущерб вследствие заболевания у каждого конкретного больного, работающего на данном предприятии, за год до лечения в санатории или в санатории-профилактории и за год после лечения и сопоставляли при этом экономические выгоды и затраты государства. У каждого больного в течение года до санаторного лечения и в течение года после него учитывали ряд необходимых для расчета сведений: число дней временной утраты трудоспособности в связи с данным заболеванием, а также пособие при этой временной нетрудоспособности; число дней стационарного лечения до и после пребывания в санатории; число амбулаторных посещений и посещений на дому, а также число вызовов врачей неотложной помощи. Все полученные данные заносили в специально разработанную статистическую карту.

При втором варианте оценки сравнивали экономический ущерб вследствие заболеваний в группе леченных в санатории или санатории-профилактории и в контрольной группе больных, которые в течение изучаемого периода не лечились в санатории.

Экономическую эффективность (Эф) в результате заболеваемости определяли как разницу между экономическим ущербом (Уд) за 12 мес до лечения и экономическим ущербом (Уп) за 12 мес после него ($Эф = Уд - Уп$). Экономический ущерб вследствие заболевания вычисляли сложением прямых затрат на больного в течение года, которые состоят из расходов на медицинскую помощь (М), затрат на пособия по временной нетрудоспособности (Б), и косвенных расходов, то есть народнохозяйственных потерь (П) в результате заболеваемости с временной нетрудоспособностью ($У = М + Б + П$).