

Т.В. Брайловская,
д.м.н., ведущий научный сотрудник

А.А. Кулаков,
чл.-корр. РАН, заслуженный деятель
науки РФ, д.м.н., профессор, директор

В.Д. Вагнер,
заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор,
зам. директора

ЦНИИСиЧЛХ

Заполнение медицинской карты стоматологического больного при выполнении операции «закрытый синус-лифтинг» и дентальной имплантации

Статья продолжает публикацию материалов, касающихся оформления медицинской документации при выполнении дентальной имплантации.

Резюме. Полнота и корректность заполнения медицинской карты стоматологического больного обеспечивают юридическую защиту врача и пациента в случае возникновения конфликтной ситуации.

Ключевые слова: дентальная имплантация, медицинская карта стоматологического больного, закрытый синус-лифтинг

Summary. Medical records of a dental patient should be filled completely and with exact information which provides legal protection for the doctor and patient in case of a conflict situation.

Key words: dental implantation, dental patient medical record, SFE using transalveolar technique

Предполагается, что в медицинской карте стоматологического пациента уже имеется описание результатов обследования больного, определен комплексный план лечения при получении информированного добровольного согласия пациента на его реализацию, проведены профилактические и гигиенические мероприятия и санация рта.

Показанием к проведению операции «закрытый синус-лифтинг» — компрессионного поднятия дна верхнечелюстной пазухи с помощью остеотомов, является необходимость установки 1–2 имплантатов на верхней челюсти при недостаточности (но не более 2–3 мм) высоты альвеолярного отростка. Следует отметить, что при выполнении операции «закрытый синус-лифтинг» и дентальной имплантации предпочтительно использование винтовых имплантатов. Отсутствие первичной стабильности имплантата может привести к смещению имплантата в верхнечелюстную пазуху как в ближайшем, так в отдаленном послеоперационном периоде.

ПРИМЕР

Жалобы. Отсутствие зубов на верхней челюсти, дискомфорт при пережевывании пищи.

Анамнез. Зубы удалялись по мере их разрушения, последнее удаление было два года назад, протезы не изготавливались.

Объективно. Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, без видимой патологии. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Носовое дыхание свободное. Открывание рта не ограничено.

Осмотр рта. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимой патологии. Прикус патологический. Гигиена рта удовлетворительная. Отсутствуют зубы 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, антагонисты имеются, феномен Попова–Годона отсутствует, зуб 2.3 интактный, зуб 2.2 под пломбой, перкуссия безболезненна. Имеется вертикальная атрофия альвеолярного отростка в пределах 4 мм в области зубов 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7 у контактных с дефектом поверхностей, альвеолярный гребень средней ширины с пологим вестибулярным скатом, экзостозы отсутствуют. Рот санирован, ЭОД на зубе 2.3 — 8 мкА. Данные рентгенологического обследования: на ОПТГ (КЛКТ) от 20.01.2015 г. левая верхнечелюстная пазуха хорошо пневматизирована, в области альвеолярной бухты отмечается незначительное утолщение слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Дно альвеолярной бухты неровное, отмечается наличие неполной перегородки в области зуба 2.5. Костные структуры без патологии, ширина альвеолярного гребня в области отсутствующего зуба 2.4 — 5,7 мм, высота — 11,5 мм, зуба 2.5 — 5,2 мм, высота — 10,2 мм, зуба 2.6 — 8,3 мм, высота — 6,5 мм, зуба 2.7 — 6,2 мм, высота — 5,9 мм.

Диагноз. Потеря зубов вследствие удаления (K 08.1).

Лечение. Проведение операции закрытого синус-лифтинга с одномоментной имплантацией с установкой 4 имплантатов в области отсутствующих зубов 2.4, 2.5, 2.6, 2.7. Отсроченное изготовление 4 металлокерамических коронок.

Первое посещение

Получены оттиски с верхней и нижней челюстей с помощью для изготовления временного съемного пластиночного пластмассового протеза в области отсутствующих зубов 2.4, 2.5, 2.6, 2.7 с пилотом в области зуба 2.3. Определено положение центральной окклюзии с помощью Определен цвет зубов.

Второе посещение

Примерка, припасовывание и наложение временного съемного пластиночного пластмассового протеза в области отсутствующих зубов 2.4, 2.5, 2.6, 2.7 с пилотом в области зуба 2.3. Даны рекомендации по правилам пользования съемным протезом и гигиеническому уходу за ним.

Третье посещение

(После хирургической и терапевтической санации рта и изготовления временных ортопедических конструкций.) В условиях инфльтрационной анестезии Sol. Ultracaini DS forte (1:100000) — 3,4 мл произведен разрез слизистой оболочки по альвеолярному гребню на верхней челюсти слева в позиции зубов 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8 с рассечением надкостницы, отслоен слизисто-надкостничный лоскут без разрушения зубодесневого соединения в области зуба 2.3. С помощью предварительно изготовленного ортопедического шаблона определены места введения 4 имплантатов.

С помощью специальных боров и фрез подготовлены ложа для имплантатов в зоне отсутствующих зубов 2.4, 2.5, формирование ложа под имплантаты 2.6, 2.7 выполнено до кортикальной кости перед верхнечелюстной пазухой. С помощью цилиндрических остеотомов через сформированные ложа для дентальных имплантатов 2.6, 2.7, прилагая небольшое усилие вручную (или при помощи легких ударов молотком, в зависимости от толщины кортикальной кости), выполнена латеральная конденсация альвеолярной кости и пролом кортикальной пластинки с поднятием слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи на высоту

Установлены имплантаты (*указать марку*) с шестигранным наружным ортопедическим соединением диаметром 4,5 мм, длиной 11,0 мм в проекции зубов 2.4 и 2.5, 2.6, и диаметром 4,5 мм, длиной 9,0 мм в проекции зуба 2.7, введение имплантатов в кость осуществлено с усилием 35—40 Н·см, что обеспечивает достаточную первичную стабильность имплантата в костной ткани. Наружный край установленных имплантатов располагается на уровне гребня альвеолярного отростка. Установлены покрывные винты.

Слизисто-надкостничный лоскут уложен на место, рана ушита (название и толщина нити) комбинацией матрачных и узловых швов.

На контрольной ОПТГ (КЛКТ) определяются дентальные имплантаты, установленные в позиции зубов 2.4, 2.5, 2.6, 2.7.

Четвертое посещение

Жалоб нет, слизистая оболочка в области операции бледно-розовая, швы состоятельны, антисептическая обработка раны.

Рекомендации. Полоскание антисептическим раствором (указать), противовоспалительные ванночки из настоя ромашки (шалфея), при появлении острой боли, припухлости, повышения температуры немедленно обратиться к врачу. Назначен курс антибактериальной, десенсибилизирующей, противовоспалительной терапии. При отсутствии жалоб явка через неделю.

Пятое посещение

Жалоб нет, слизистая оболочка в области операции бледно-розовая, швы состоятельны, заживление первичным натяжением. Лечение: аппликация 10% раствором лидокаина, сняты швов, обработка раны антисептическим раствором (указать). Повторный осмотр через один месяц.

Шестое посещение

Жалоб нет, слизистая оболочка в области операции бледно-розовая. Явка через 4—6 месяцев с рентгенограммой.

Седьмое посещение

Жалоб нет. На рентгенограмме костная ткань вокруг имплантатов не изменена, отсутствует ее резорбция вокруг шеек имплантатов. Под инфльтрационной анестезией (Sol.) проведен разрез в проекции установленных имплантатов 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, удалены покрывные винты, на имплантаты установлены формирователи десны, которые полностью выступают над поверхностью десны в соответствии с ее уровнем, диаметр формирователей соответствует шейке будущего искусственного зуба.

Рекомендации те же, что и после первой операции. При отсутствии жалоб явка через две недели для ортопедического лечения.

Ортопедическое лечение проводится по опубликованной ранее схеме.

Таким образом, необходимо уделять особое внимание выработке у врача-стоматолога практических навыков по заполнению медицинской документации, в частности, медицинской карты стоматологического больного, правильность и полнота заполнения которой позволит избежать конфликтной ситуации и обеспечить юридическую защиту как врача, так и пациента.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вагнер В.Д., Дейнеко Л.Г., Калбаев А.А. Значение медицинской документации для анализа производственной деятельности стоматологической поликлиники. — *Институт стоматологии*. — 2004; 4 (25): 6—7.
2. Вагнер В.Д., Захаров А.В., Гуляева Т.А., Дробот Г.В., Сизиков А.В. Медицинская карта стоматологического больного — документ медицинский или юридический. — *Экономика и менеджмент в стоматологии*. — 2002; 1 (6): 82—3.
3. Вагнер В.Д., Гуляева Т.А., Захаров А.В., Шаропова Е.Г., Сизиков А.В. Требования к оформлению и ведению учетно-отчетной медицинской документации в стоматологических учреждениях: в сб. Лицензирование и аккредитация в стоматологии. — Кемерово, 2002. — С. 60—64.
4. Вагнер В.Д., Полуев В.И., Логинов А.А. Значение медицинской документации для обеспечения защиты врача при возникновении страхового события. — Труды VI съезда Стоматологической Ассоциации России. — М., 2000. — С. 39—40.
5. Вагнер В.Д., Тучик Е.С., Полуев В.И., Логинов А.А. О значении первичной медицинской документации при оценке качества оказания стоматологической помощи пациентам. — *Экономика и менеджмент в стоматологии*. — 2000; 2: 66—7.
6. Гветадзе Р.Ш., Нубарян А.П., Русанов Ф.С. Роль прецизионного оттиска в успешном ортопедическом лечении с опорой на имплантаты. — *Стоматология*. — 2012; 3: 70—5.
7. Захаров А.В. Клинико-организационные и экспертные принципы повышения качества стоматологической помощи населения: дис. ... к.м.н. — Омск, 2003. — 95 с.
8. Кулаков А.А., Гветадзе Р.Ш., Вагнер В.Д., Брайловская Т.В., Нубарян А.П. Оформление медицинской карты стоматологического больного при дентальной имплантации. Методические рекомендации. — М., 2015. — 18 с.
9. Кулаков А.А., Бадалян В.А., Николюк М.Г. Экономическое обоснование применения минимально инвазивных технологий при имплантации. — *Dental Forum*. — 2012; 2: 44—8.
10. Кулаков А.А., Брайловская Т.В. Клинические аспекты костно-пластических операций в сложных анатомо-топографических условиях при лечении пациентов с частичной или полной адентией. — *Стоматология*. — 2013; 3 (92): 30—3.
11. Кулаков А.А., Брайловская Т.В. Результаты частотно-резонансного анализа при дентальной имплантации после выполнения костно-пластических операций в условиях атрофии костной ткани челюстей. — *Стоматология*. — 2014; 4 (93): 33—7.
12. Кулаков А.А., Бутова В.Г., Бадалян В.А. Экономическое обоснование применения минимально инвазивных технологий при проведении дентальной имплантации. — *Экономика здравоохранения*. — 2013; 3: 21—23.
13. Приказ МЗ СССР «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» от 04.10.1980 г. № 1030.
14. Олесова В.Н., Кащенко П.В., Бронштейн Д.А., Магамедханов М.Ю., Хавкин В.А. Компьютерное планирование внутрикостной дентальной имплантации. — *Стоматология*. — 2011; 2 (90): 43—8.
15. Олесова В.Н., Бронштейн Д.А., Берсанов Р.У., Лернер А.Я. Результаты трехмерного математического моделирования функциональных напряжений в имплантате и несъемной протезной конструкции. — *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. — 2014; 2: 135—9.
16. Прохончуков А.А., Вагнер В.Д. Компьютерная версия медицинской карты стоматологического больного — объективная необходимость. — Материалы XIII Всероссийской научно-практической конференции. — М.: Мед. книга, 2004. — С. 119—121.
17. Харламов А.А., Панин А.М., Васильев А.Ю., Вишняков В.В., Серова Н.С. Оценка информативности методики цифровой объемной томографии для диагностики состояния верхнечелюстных синусов. — *Эндодонтия Today*. — 2011; 1: 19—23.
18. Харламов А.А., Вишняков В.В., Панин А.М. Роль патологии внутриносочных структур в развитии осложнений операции синус-лифтинг. — *Российская ринология*. — 2010; 4: 25.