

Е.О. Бочковская¹,
врач-стоматолог

Л.Е. Смирнова²,
к.м.н., старший научный сотрудник

Р.А. Салеев³,
д.м.н., профессор, декан
стоматологического факультета, главный
врач стоматологической поликлиники

¹ ЛДЦ «Оника», Санкт-Петербург

² ЦНИИСиЧЛХ

³ Казанский ГМУ

Оценка качества заполнения врачами-стоматологами- ортопедами медицинской карты стоматологического больного

Резюме. Ретроспективный анализ 649 медицинских карт стоматологического больного из стоматологических медицинских организаций государственной и частной систем здравоохранения показал, что врачи-стоматологи-ортопеды крайне недобросовестно относятся к их заполнению. Не во всех медицинских картах имеется комплексный план лечения, пациентам не всегда предлагаются альтернативные методы лечения, имеются случаи отсутствия информационного добровольного согласия пациентов на медицинское вмешательство.

Ключевые слова: медицинская карта стоматологического больного, ортопедическое лечение

Summary. A retrospective analysis of 649 medical records of a dental patient from dental health organizations of public and private health systems showed that orthopedic dentists are extremely unscrupulous when filling out such documents. Not all medical cards have a multipurpose patient treatment plan, alternative methods of treatment were also not always offered, and there are cases of lack of informed consent of patients to medical intervention.

Key words: dental patient medical chart, dental orthopedic treatment

В клинических рекомендациях (протоколах лечения) при потере зубов (К08.1 по МКБ-10), утвержденных Стоматологической ассоциацией России, приводятся требования к обследованию и ортопедическому лечению таких больных. С помощью разработанного акта экспертизы (свидетельство о депонировании произведения № 017—006530 от 24 мая 2017 г.) нами проведен ретроспективный анализ 649 медицинских карт стоматологического больного (МКСБ) в стоматологических медицинских организациях государственной и частной систем здравоохранения.

В ходе исследования установлено, что в 90 (13,9%) случаев ортопедическое лечение проводилось с помощью вкладок (накладок) или виниров, в 171 (26,3%) — с помощью одиночных коронок или мостовидных протезов, в 148 (22,8%) — съемных конструкций

протезов, в 109 (16,8%) — шинирующих конструкций, и в 131 (20,2%) — с помощью штифтовых конструкций.

При лечении с помощью вкладок (накладок) или виниров комплексный план лечения имелся в 91,1% МКСБ, альтернативные методы лечения были представлены только в 27,8% карт, а информированное добровольное согласие (ИДС) было оформлено в 65,6% карт (см. таблицу).

На рис. 1 представлены данные о ведении дневниковой части МКСБ, которые свидетельствуют о том, что ни в одной карте не описаны в полном объеме этапы ортопедического лечения, а некоторые этапы описаны в единичных случаях, например контроль качества оттисков и припасовывание по 11,1%, глазурирование и полирование в 8,9%. Лучше отражены в МКСБ такие моменты, как вид фиксирующих материалов для постоянной конструкции (94,4%), данные объективного

Полнота заполнения предлечebных записей по разным видам стоматологического ортопедического лечения

Вид лечения	Всего карт	Комплексный план		Альтернативные методы		ИДС	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Вкладки (накладки) или виниры	90	82	91,1	25	27,8	59	65,6
Одиночные коронки и мостовидные протезы	171	157	91,8	47	27,5	90	52,6
Съемные конструкции протезов	148	137	92,6	44	29,7	76	51,4
Шинирование	109	102	93,6	40	36,7	66	60,6
Штифтовые конструкции	131	113	86,3	26	19,8	59	45,0

обследования и анестезия (90,0%), вид оттискового материала (86,7%), изготовление временной конструкции (83,3%). Только каждому второму пациенту (56,7%) были даны рекомендации по уходу за протезами.

Оценка качества заполнения дневника при изготовлении одиночных коронок и мостовидных протезов представлена в таблице и на рис. 2. Комплексный план лечения имелся в 91,8% МКСБ, альтернативные методы представлены только каждому четвертому пациенту (27,5%) и только от каждого второго (52,6%) получено ИДС. Чаще других описаны такие моменты, как вид фиксирующего материала (97,7%), этапы препарирования (85,4%), данные объективного обследования (79,5%), контроль качества оттисков (91,2%), но ни в одной карте нет сведений об электроодонтодиагностике (ЭОД) до начала одонтопрепарирования, о наложении и припасовывании каркаса цельнолитой коронки. Вид оттискового материала указан в 1,7% карт, ЭОД перед постоянной фиксацией конструкций — в 1,2%. Только каждому второму пациенту изготавливаются временные конструкции (53,8%), а информация о такой важной детали, как согласование с пациентом цвета конструкции, имеется лишь в 66,1% карт.

При ортопедическом лечении с использованием съемных конструкций протезов комплексный план лечения составляется в 92,6% случаев, альтернативные методы лечения предлагаются только 29,7% пациентов,

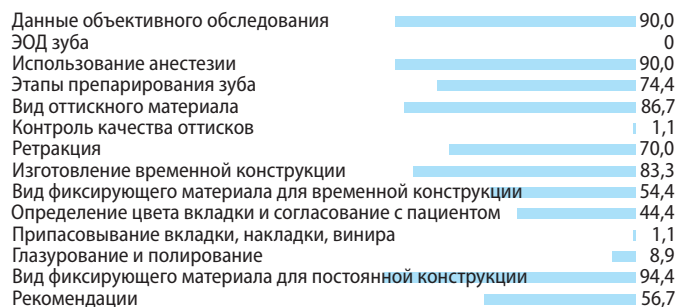


Рис. 1. Полнота записей в МКСБ (в %) при лечении вкладками (накладками) и винирами

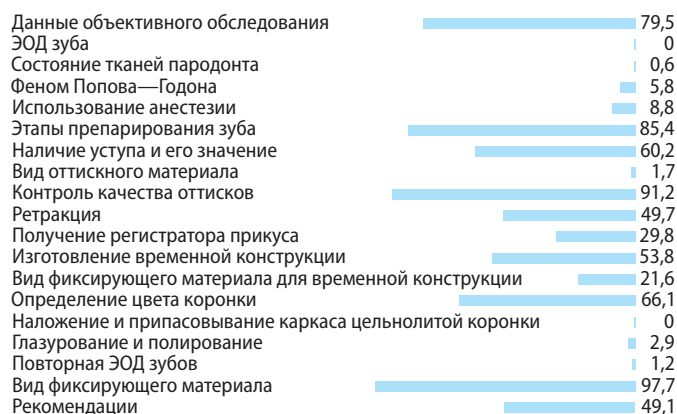


Рис. 2. Полнота записей в МКСБ (в %) при изготовлении одиночных коронок и мостовидных протезов

а ИДС получено лишь от каждого второго (51,4%) (см. таблицу).

О небрежности в ведении дневниковых записей свидетельствуют сведения, представленные на рис. 3, судя по которым при изготовлении бюгельных протезов параллелометрия и оценка адекватности расположения кламмеров вообще не проводятся, балансирование протеза не проверяется. Только в 14,9% случаев изготавливается индивидуальная ложка при полной потере зубов, оценка качества готового протеза и качества цельнолитого каркаса так же, как и проверка плотности смыкания зубов, проводится только в 1,4% случаев, контроль качества оттисков — в 2,0%.

В таблице и на рис. 4 представлена информация о заполнении врачами дневника при шинировании зубов. Комплексный план лечения имеется в 93,6% МКСБ, альтернативные методы лечения — в 36,7%, а ИДС оформлено в 60,6% случаев. При этом менее чем у каждого четвертого пациента представлены результаты объективного обследования (72,5%), только у каждого второго описано состояние десны и определена подвижность зубов (по 58,7%). О проведении анестезии указано в 82,6% карт, а используемые оттисковые массы в 89,0%.

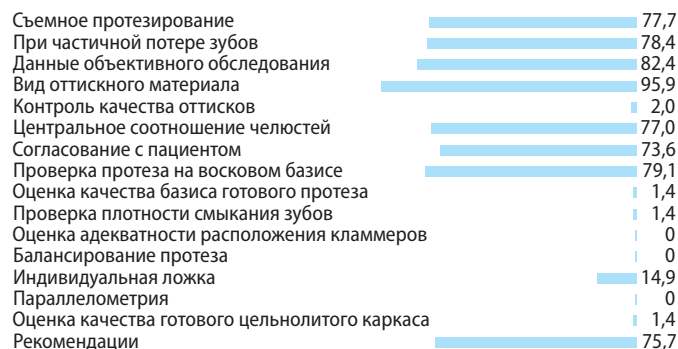


Рис. 3. Полнота записей в МКСБ (в %) при протезировании съемными конструкциями



Рис. 4. Полнота записей в МКСБ (в %) при шинировании зубов

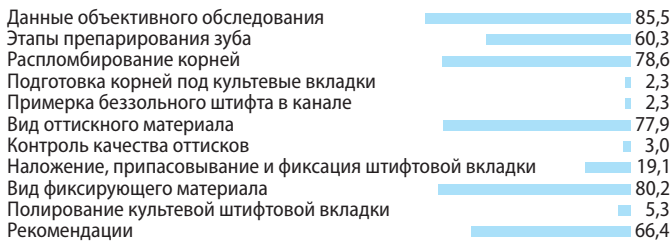


Рис. 5. Полнота записей в МКСБ (в %) при изготовлении штифтовых конструкций

Оценка качества заполнения дневника врача при изготовлении штифтовых конструкций представлена в таблице и на рис. 5. Комплексный план лечения имеет-ся в 86,3% МКСБ, альтернативные методы предложены

только каждому пятому пациенту (19,8%), а ИДС получено от 45,0% пациентов. Результаты объективно-го обследования представлены в 85,5% карт, сведения о подготовке каналов – в 78,6%, этапы препарирования зубов – в 60,3%, вид оттискового материала – в 77,9%, и только каждому третьему пациенту даны рекоменда-ции (66,4%). При этом все остальные этапы лечения описаны очень редко (от 2,3 до 19,1%).

Таким образом, результаты проведенного нами исследования еще раз свидетельствуют о недобросо-вестном отношении врачей-стоматологов-ортопедов к заполнению медицинской карты стоматологического больного. При возникновении конфликтных ситуаций по таким записям будет трудно оценить качество прове-денного ортопедического лечения.

VIII РОССИЙСКИЙ ЭНДОДОНТИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС
РЕГЕНЕРАЦИЯ 2018
 ЭНДОДОНТ - ПАРОДОНТ - ЭМАЛЬ
 24-25 ОКТЯБРЯ 2018, МОСКВА

НАУЧНАЯ ПРОГРАММА



Диагностика восстановления эмали в практике врача-стоматолога
 Юн Хонг, д.м.н., научный сотрудник Сеульского Университета Енсе (Южная Корея)



Восстановление эмали - границы возможного
 Галина Кузнецов, руководитель департамента науки лаборатории ИДС, к.м.н. Матело С.К., руководитель ГК «Диарис», Москва



Пульпа зуба: регенерация и ревитализация
 Кристин Галлер, профессор кафедры консервативной стоматологии и пародонтологии Университета Лёвенбург, Германия



Обзор докладов 11-го Всемирного эндодонтического конгресса
 Ирина Короткова, к.м.н., ассистент кафедры стоматологии общей практики Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, заведующая терапевтической отделением стоматологической клиники «Dental House», Санкт-Петербург



Современные технологии лечения комбинированных эндодонтических и пародонтальных поражений
 Бруно Лоос, профессор, ведущий кафедры пародонтологии Университета ACTA, Голландия

Аутофлуоресцентная стоматоскопия для контроля регенерации слизистой полости рта
 Наталья Булюева, руководитель научно-образовательного центра Института общей физики им. А.И. Прокорева Российской Академии Наук, Москва



Современная дезинфекция в эндодонтии: клинические протоколы и возможности
 Дэвид Зентграф, адъюнкт-профессор Марбургского университета, приват-доцент кафедры эндодонтии Университета Дюссельдорфа, Германия



Консервативная эндодонтия: сохранение тканей зуба
 Евгений Иван Николаевич, к.м.н., хирург-стоматолог клиники «АДобер» г. Москва, Член Американской Ассоциации Эндодонтистов, Ассоциацию стоматологов, работавший с операционным микроскопом, член эндодонтической секции SIAIP, Международной Федерации Эндодонтических Ассоциаций



Перспективы лечения биоактивными материалами пульпита постоянных зубов с несформированными корнями
 Наталья Дмитриевна, ассистент кафедры стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО АГМУ Московской РФ, Лариса Сареп, д.м.н., доцент, зав. кафедрой стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО АГМУ Московской РФ



Анализ причин неуспешности эндодонтического лечения и поиск оптимального решения
 Артур Тузиевич, врач-стоматолог, микростопист, сертифицированный лектор Dentary School (РФ и СНГ), лектор учебно-научного центра Dental City (Москва), лектор учебного центра Dental-Lessons (Казань), лектор CPL, FGM, лектор CPL, Komet



Стеловые клетки зуба и слизистой рта: перспективы клинического применения
 Наталья Еукашина, старший научный сотрудник лаборатории морфологии клетки Института цитологии РАН, Санкт-Петербург

РЕГИСТРАЦИЯ И ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

+ 7 916 305-1241
 +7 495 951-2407

www.endoforum.ru
 endoforum@mail.ru

