

Л.Е. Смирнова ¹,
к.м.н., старший научный сотрудник отдела
организации стоматологической службы,
лицензирования и аккредитации

Е.О. Бочковская ²,
врач-стоматолог-ортопед

¹ ЦНИИСиЧЛХ

² ЛДЦ «Оника», г. Пушкин Ленинградской
обл.

Экспертиза качества оказания стоматологической ортопедической помощи

Резюме. Протокол экспертизы медицинской карты стоматологического больного разработан с целью осуществления контроля при оказании стоматологической ортопедической помощи.

Summary. Protocol of dental patient medical card examination designed to exercise control in the provision of dental orthopedic care.

Ключевые слова: качество оказания медицинской помощи, стоматологическая ортопедическая помощь, протокол экспертизы

Keywords: quality of medical care, dental orthopedic aid, examination protocol

Актуальной проблемой российского здравоохранения является оказание качественной и своевременной стоматологической помощи населению. Одним из критериев при оценке качества и эффективности работы врача-стоматолога-ортопеда является четкое и корректное ведение медицинской документации, от своевременности и полноты заполнения которой зависит соблюдение принципов преемственности ведения больных и качество оказания им стоматологической помощи. С каждым годом фиксируется возрастание случаев обращения пациентов в судебные органы с гражданскими исками о возмещении ущерба, причиненного ненадлежащим оказанием медицинской помощи, и компенсации морального вреда. Медицинская

карта стоматологического больного является наиболее важным аргументом при защите самого врача от неправомерных жалоб пациента. Несмотря на правильно проведенное лечение, врач может быть привлечен к юридической ответственности из-за неполноты оформления медицинской документации, хотя это входит в его профессиональные обязанности.

В связи с этим нами разработан протокол экспертизы медицинской карты стоматологического больного на амбулаторном стоматологическом ортопедическом приеме на основе Клинических рекомендаций, утвержденных постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России» 30 сентября 2017 г.

Акт экспертизы МКСБ на амбулаторном стоматологическом ортопедическом приеме

Форма организации (государственная, частная)

Стаж работы врача _____ лет, ученая степень да нет

МКСБ № _____ Диагноз _____

1. Информационная часть

1.1. Общая информация о пациенте

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1.1.1. ФИО | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 1.1.2. Дата рождения | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 1.1.3. Место жительства | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 1.1.4. Профессия, место работы | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 1.1.5. Дата заполнения | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 1.1.6. Информированное добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |

2. Диагностическая часть

| | | | |
|---|---|--|------------------------------|
| 2.1. Опрос пациента | 2.1.1. Перенесенные и сопутствующие заболевания | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.1.2. Аллергоанамнез | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.1.3. Жалобы | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.1.4. История развития заболевания | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.1.5. Общее состояние пациента | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 2.2. Внешний осмотр | 2.2.2. Уменьшение высоты нижней трети лица | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.2.3. Выраженность носогубных складок | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.2.4. Кожные покровы ЧЛО | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.2.5. Пальпация лимфатических узлов | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.2.6. Пальпация ВНЧС | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.2.7. Пальпация жевательных мышц | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.2.8. Открывание рта | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.2.9. Аускультация сустава | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.2.10. Пальпация слюнных желез | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.3. Осмотр преддверия рта, слизистой оболочки губ, переходной складки | 2.3.1. Цвет слизистой оболочки и влажность | <input type="checkbox"/> да |
| 2.3.2. Патологические поражения слизистой оболочки соответственно заболеванию | | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 2.3.3. Наличие экзостозов | | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 2.3.4. Наличие опухолеподобных образований | | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 2.3.5. Наличие воспалительных процессов | | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 2.4. Осмотр зубных рядов | 2.4.1. Описание зубной формулы | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.4.2. Патологическая подвижность зубов | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.4.3. Наличие зубных отложений | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.4.4. Состояние гигиены рта, гигиенический индекс | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.4.5. Прикус | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.4.6. Оценка тканей пародонта | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.4.7. ИРОПЗ (при наличии кариозных полостей) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.4.8. Перкуссия зубов | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 2.5. Описание местного статуса | 2.5.1. Описание элементов поражения слизистой оболочки рта (при наличии) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.5.2. Наличие патологических изменений тканей и органов рта | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 2.6. Проведение дополнительных методов обследования при необходимости | 2.6.1. Рентгенологические | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.6.2. Функциональные | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.6.3. Лабораторные | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.6.4. Микробиологические | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.6.5. Биохимические | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.6.6. Морфологические | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 2.7. Информация о диагнозе | 2.7.1. Диагноз | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.7.2. Соответствие МКБ-10 | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.7.3. Заполнение листка уточненного диагноза | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 2.7.4. Лист учета дозовых нагрузок | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |

3. Дневник врача

| | | | |
|---------------------------------|---|-----------------------------|------------------------------|
| 3.1. Предлечebные записи | 3.1.1. Комплексный план лечения | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 3.1.2. Альтернативные методы лечения | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| | 3.1.3. Наличие информированного добровольного согласия пациента на ортопедическое лечение | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |

В зависимости от вида протезирования перечень медицинских услуг в пункте 3.2. может меняться.

3.2. Лечебные записи

Несъемное протезирование:

- шинирование вантового и с помощью стекловолоконной ленты

| | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 3.2.1. Данные объективного обследования | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.2. Длительность заболевания | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.3. Подвижность зубов и их положение | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.4. Ранее проведенное лечение | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.5. Состояние десны | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.6. Зубные отложения | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.7. Состояние уздечек и наличие тяжей | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.8. Наличие трем и диастем | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.9. Состояние пародонтальных карманов (их глубина, наличие и характер отделяемого) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.10. Наличие провоцирующих факторов (нависающих краев коронок, пломб, суперконтактов) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.11. Использование анестезии (вид анестезии, название анестетика, концентрация и количество) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.12. Использование коффердама | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.13. Вид шинирующего агента | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.14. Применяемая методика (экстракоронковая или интракоронковая) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.15. Гигиенические индексы | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.16. Подбор цвета композиционного материала | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.17. Финишная обработка | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.18. Проверка и коррекция окклюзии | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.19. Рекомендации | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |

3.2. Лечебные записи

Несъемное протезирование

- вкладки (накладки);
- винир

| | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 3.2.1. Данные объективного обследования | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.2. ЭОД зуба | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.3. Использование анестезии (вид анестезии, название анестетика, концентрация, количество) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.4. Этапы препарирования зуба | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.5. Вид оттискового материала | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.6. Контроль качества оттисков | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.7. Ретракция | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.8. Изготовление временной конструкции | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.9. Вид фиксирующего материала для временной конструкции | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.10. Определение цвета вкладки и согласование с пациентом | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.11. Припасовывание вкладки, накладки, винира (оценка краевого прилегания, отсутствие зазоров, аппроксимальные и окклюзионные контакты) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.12. Глазурование (металлокерамической или композитной) и полирование цельнолитой или керамической (композитной) вкладки | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.13. Вид фиксирующего материала для постоянной конструкции | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.14. Рекомендации | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |

3.2. Лечебные записи**Несъемное протезирование**

- одиночная коронка;
- мостовидный штампованно-паяный протез;
- мостовидный металлокерамический (цельнолитой, металлокомпозитный) протез

| | |
|--|--|
| 3.2.1. Данные объективного обследования | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.2. ЭОД зуба | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.4. Состояние тканей пародонта | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.5. Феном Попова—Годона | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.6. Использование анестезии (вид анестезии, название анестетика, концентрация, количество) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.7. Этапы препарирования зуба | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.8. Наличие уступа и его значение | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.9. Вид оттискового материала | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.10. Контроль качества оттисков | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.11. Ретракция | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.12. Получение регистратора прикуса | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.13. Изготовление временной конструкции | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.14. Вид фиксирующего материала для временной конструкции | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.15. Определение цвета коронки (при изготовлении керамических или композитных коронок) и согласование с пациентом | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.16. Наложение и припасовывание каркаса цельнолитой (металлокерамической или цельнолитой) коронки (оценка краевого прилегания, отсутствие зазоров, степень погружения края коронки в десневую щель, апроксимальные и окклюзионные контакты) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.17. Глазурование и полирование готовой металлокерамической и цельнолитой конструкции | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.18. Повторная ЭОД зубов перед наложением и припасовыванием готовой конструкции | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.19. Вид фиксирующего материала для постоянной конструкции | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.20. Рекомендации | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |

3.2. Лечебные записи**Съемное протезирование**

| | |
|---|---|
| 3.2.1. Протезирование при потере зубов | <input type="checkbox"/> частичной <input type="checkbox"/> полной |
| 3.2.2. При частичной потере зубов | <input type="checkbox"/> пластиночным протезом <input type="checkbox"/> бюгельное протезирование |
| 3.2.3. Данные объективного обследования | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.4. Вид оттискового материала | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.5. Контроль качества оттисков | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.6. Центральное соотношение челюстей | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.7. Согласование с пациентом (цвета, формы, размера зубов) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.8. Проверка протеза на восковом базисе (примерка) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.9. Оценка качества базиса готового протеза (плотность смыкания зубных рядов, отсутствие баланса, окклюзионные контакты, фиксация протезов) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.10. Проверка плотности смыкания зубов | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.11. Оценка адекватности расположения кламмеров | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.12. Балансирование протеза | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.13. Индивидуальная ложка | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.14. Параллелометрия | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.15. Оценка качества готового цельнолитого каркаса (отсутствие давления дуги на слизистую оболочку, точность прилегания, охват опорно-удерживающими элементами опорных зубов, отсутствие балансирования протеза) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.16. Рекомендации | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |

3.2. Лечебные записи

Несъемное протезирование:

- шинирование
зубов цельнолитой
(металлокерамической)
или паяно-штампованной
конструкцией

| | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 3.2.1. Данные объективного обследования | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.2. Длительность заболевания | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.3. Ранее проведенное лечение | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.4. Наличие зубных отложений | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.5. Состояние десны (цвет, отечность, рецессии) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.6. Подвижность зубов и их положение | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.7. Состояние уздечек и наличие тяжей | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.8. Наличие трем и диастем | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.9. Состояние пародонтальных карманов (их глубина, наличие и характер отделяемого) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.10. Наличие провоцирующих факторов (нависающих краев коронок, пломб, суперконтактов) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.11. Гигиенические индексы | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.12. ЭОД опорных зубов | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.13. Использование анестезии (вид анестезии, название анестетика, концентрация и количество) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.14. Ретракция | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.15. Этапы препарирования зуба | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.16. Наличие уступа и его значение | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.17. Вид оттискового материала | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.18. Контроль качества оттисков | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.19. Получение регистратора прикуса | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.20. Изготовление временной конструкции (при изготовлении металлокерамической или цельнолитой конструкции) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.21. Название материала для фиксации временной конструкции | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.22. Повторная ЭОД зубов перед наложением и припасовыванием готовой конструкции | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.23. Наложение и припасовывание каркаса мостовидного протеза (оценка краевого прилегания, отсутствие зазоров, степень погружения края коронки в десневую щель, апроксимальные и окклюзионные контакты) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.24. Определение цвета облицовки (при изготовлении металлокерамического протеза) и согласование с пациентом | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.25. Глазурование и полирование готовой металлокерамической и цельнолитой конструкции | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.26. Вид фиксирующего материала для постоянной конструкции | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.27. Рекомендации | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |

3.2. Лечебные записи

Несъемное протезирование:

- штифтовая конструкция

| | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 3.2.1. Данные объективного обследования | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.2. Этапы препарирования зуба | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.3. Распломбировывание корней под культевую вкладку на какую длину корня | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.4. Подготовка корней под культевые вкладки с помощью разверток | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.5. Примерка беззольного штифта в канале | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.6. Вид оттискового материала | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.7. Контроль качества оттисков | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.8. Наложение, припасовывание и фиксация штифтовой вкладки | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.9. Вид фиксирующего материала | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.10. Полирование культевой штифтовой вкладки | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2.11. Рекомендации | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |

На наш взгляд, данный протокол содержит полный перечень медицинских услуг для полноценной диагностики и качественного стоматологического ортопедического лечения больных, а также пакет документов, необ-

ходимых для их проведения. Протокол удобен не только для проверяющих структур, но и полезен врачам-стоматологам-ортопедам для самоконтроля при заполнении медицинских карт стоматологического больного.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вагнер В.Д., Лапина А.К., Смирнова Л.Е., Старикова Н.Г. Организация контроля качества заполнения медицинской документации. — *Стоматология*. — 2015; 6: 56—7.

2. Вагнер В.Д., Ряховский А.Н., Смирнова Л.Е., Гуськов А.В. Оформление медицинской карты стоматологического больного врачами-стоматологами-ортопедами. — *Клиническая стоматология*. — 2015; 1 (73): 52—6.

3. Вагнер В.Д., Рабинович И.М., Смирнова Л.Е., Поповкина О.А. Оформление медицинской карты стоматологического больного при болезнях периапикальных тканей с учетом требований клинических рекомендаций (протоколов лечения). — *Клиническая стоматология*. — 2013; 4: 64—71.

4. Баученкова Л.А., Смирнова Л.Е., Вагнер В.Д. Экспертная оценка заполнения медицинской карты стоматологического больного при болезнях периапикальных тканей. — *Экономика и менеджмент в стоматологии*. — 2014; 2 (43): 40—3.

5. Баученкова Л.А., Смирнова Л.Е., Вагнер В.Д. Некоторые подходы к экспертной оценке полноты заполнения врачами-стоматологами медицинской карты стоматологического больного. — *Институт стоматологии*. — 2014; 1: 24—6.