

специализированный медицинский журнал

главный ВРАЧ

май 2012

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU

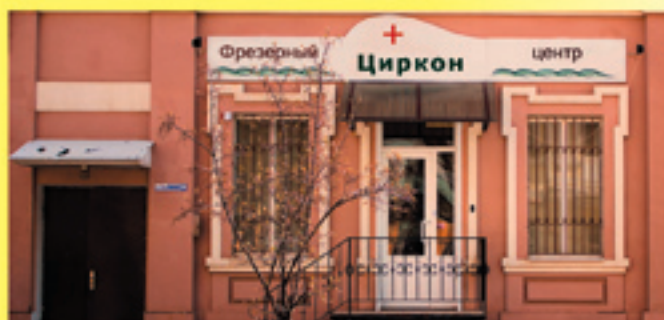


СТОМАТОЛОГИЯ

СПЕЦВЫПУСК

Фрезерный центр «Циркон+»

100% ЭСТЕТИКИ БЕЗМЕТАЛЛОВЫЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ
КОРОНКИ ИЗ ДИОКСИДА ЦИРКОНИЯ



- Изготовление любых стоматологических ортопедических конструкций на основе диоксида циркония — от единичной коронки до мостовидного протеза 14 единиц
- **НОВИНКА** Диоксид циркония Prettau — цельноциркониевые реставрации
- Оборудование и материалы фирмы Zirkonzahn
- Компьютерные технологии CAD (computer aided design) при проектировании



вся информация на сайте www.zirkon-rostov.ru



г. Ростов-на-Дону, ул. 2-я Линия, 9, тел. (863) 283-09-33, моб. 8-928-600-99-33
www.zirkon-rostov.ru, e-mail: zirkon-rostov@mail.ru

АЛМАЗНЫЕ БОРЫ МАНИ



Москва, 3-я Митишинская 16.
Тел.: 8-800-100-100-9 (бесплатные звонки из любых регионов)
www.kraftwaydental.ru; e-mail: dental@kraftway.ru

ВНИМАНИЕ!

Все боры и эндодонтические файлы
МАНИ защищены программой
ПРОВЕРКА ПОДЛИННОСТИ ТОВАРА



С 5 апреля 2012 года на каждую
единицу товара нанесен стикер с
индивидуальным кодом,



по которому можно проверить
подлинность товара на сайте
www.kraftwaydental.ru

МАНИ

**Специализированный
медицинский журнал
«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ»**

Спецвыпуск «СТОМАТОЛОГИЯ»

Крылова О. В. — учредитель и издатель

Прошенко Е. А. — главный редактор

Редакционный совет:

Быковская Т. Ю. — министр
здравоохранения Ростовской области

Крайнюков П. Е. — начальник
ФГУ «1602 ОВКГ» Минобороны России

Мажаров В. Н. — министр
здравоохранения Ставропольского края

Мамаев И. А. — министр
здравоохранения Республики Дагестан

Маньшин В. П. — зам. министра
здравоохранения Республики Калмыкия

Натхо Р. Х. — министр здравоохранения
Республики Адыгея

Цидаева Т. И. — зам. министра
здравоохранения Республики Северная
Осетия-Алания

Адрес редакции и издателя:

344064, г. Ростов-на-Дону,
ул. Вавилова, 54, оф. 404
т. (863) 223-23-26, т./ф. (863) 273-25-16,
по вопросам подписки (863) 223-23-25

www.akvarel2002.ru,
e-mail: info@akvarel2002.ru

Отпечатано в ООО «Принт-Сервис»,
г. Ростов-на-Дону, пр. Шолохова, 116

Тираж 3000 экз. Заказ №686

Подписано в печать 21.05.2012 г.

Зарегистрирован
Управлением Россохранкультуры
по Южному федеральному округу

Регистрационный номер
ПИ № ФС 10—5825 от 28 января 2005 г.

Распространяется бесплатно

В соответствии со ст. 38 закона РФ
«О рекламе» ответственность за содержание
информации в рекламе несет рекламодатель

**Пути совершенствования организации ортопедической
стоматологической помощи населению**

Ростовской области

Быковская Т. Ю., Новгородский С. В.,
Мартыненко В. В., Тишина М. В. 2

**Особенности течения хронических одонтогенных
остеомиелитов у больных с сопутствующим
вирусным гепатитом С**

Вербицкая Л. П., Нерсисянц С. А., Ковалева М. С. 4

**Эффективная автоматизация
стоматологической поликлиники**

Евдокимов А. В., Обоев И. Г. 8

**Механизм реализации квалификационной
характеристики главного врача**

Дудов А. С., Тараян С. Ф. 9

**Проведение заседаний медицинского совета
по стоматологии как метод контроля качества
организации оказания стоматологической
помощи населению**

Новгородский С. В., Обухова Н. И., Еникеев А. А. 11

**G-aenial Universal Flo и его применение
для реставраций V класса**

**G-aenial Universal Flo — текучий композит
линейки G-aenial компании GC**

Отчет о клиническом случае

Ulf Krueger-Janson (Австрия) 14

**Современное состояние проблемы сроков службы
и эксплуатации протезов, гарантийных сроков
при повторном протезировании**

Максюков С. Ю., Беликова Е. С.,
Гаджиева Д. Н., Шахбазов О. И. 17

5 лет стоматологическому отделению ДКБ 21

**Анализ претензий на качество проведенного
ортопедического лечения в стоматологических учреждениях
г. Ростова-на-Дону и Ростовской области,
рассмотренных в ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника»
за период 2009—2011 гг.**

Новгородский С. В., Мартыненко В. В. 23

**Анализ дефектов протезирования зубов и оптимизация
организационных мер по их предупреждению**

Максюков С. Ю., Беликова Е. С.,
Гаджиева Д. Н., Шахбазов О. И. 26

Пути совершенствования организации ортопедической стоматологической помощи населению Ростовской области

Быковская Т. Ю., к.м.н., министр здравоохранения Ростовской области; Новгородский С. В., д.м.н., профессор, главный врач ГБУ РО «СП»; Мартыненко В. В., заведующий ортопедическим отделением ГБУ РО «СП»; Тишина М. В., заместитель главного врача по медицинской части ГБУ РО «СП»; ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника», г. Ростов-на-Дону

Несмотря на усилия профилактической стоматологии, у 70% населения России в возрасте 20—50 лет нарушена целостность зубных рядов [3, 4]. В возрастных группах населения старше 35 лет проблемы, связанные с потерей зубов, выходят на первое место, причем потребность в ортопедическом лечении и протезировании различными видами конструкций достигает 60—100% [1, 2, 6]. Для совершенствования организации ортопедической стоматологической помощи в Ростовской области актуальным является анализ количественных и качественных показателей работы врачей стоматологов-ортопедов, исследование контингента пациентов и вида финансирования стоматологических услуг [5].

Ортопедическая помощь в Ростовской области оказывается в 12 городах и 41 районе. Основными потребителями ортопедических услуг стоматологических учреждений государственной и муниципальной форм собственности являются лица пенсионного возраста, а также лица с доходом выше прожиточного минимума, проживающие как в городской, так и в сельской местности. Эта группа по численности составляет примерно 60—70% от числа взрослого населения области. Выявлено, что на сегодняшний день около 30—40% населения вообще не обращается в муниципальные учреждения по различным причинам. Поэтому показатель обеспеченности населения врачами-ортопедами — 1:10000 — давно потерял свою актуальность и является завышенным. Обеспеченность врачами-ортопедами районных стоматологических учреждений составляет 0,53 ставки на 10000 населения, по городским учреждениям — 0,76 ставки, и эти показатели оказываются недостаточными для оказания ортопедической помощи населению, так как вместо логичной перегрузки зачастую наблюдается невыполнение как производственного, так и финансового планов. Проблема обеспеченности врачами стоматологами-ортопедами существует только в тех районах области, где вообще нет ортопедического приема, или ортопедический прием ведется врачами-совместителями.

По-прежнему остро стоит проблема привлечения молодых специалистов в государственный сектор стоматологических услуг, особенно в районные стоматологические отделения. По нашему мнению, одна из причин — отсутствие возможности прохождения интернатуры на базах стоматологических поликлиник области.

Еще один показатель вызывает тревогу — высокая доля зубных врачей на ортопедическом стоматологическом приеме в городах и районах области (в среднем — 33%).

Однако, несмотря на перечисленные недостатки, задачи оказания качественной ортопедической стоматологической помощи населению Ростовской области вполне успешно решаются, о чем говорят показатели, определяющие объем ортопедической помощи за 2011 год в сравнении с 2010 годом (табл. 1).

Из таблицы 1 видно, что количественные показатели объема ортопедической стоматологической помощи в 2011 году в целом по области значительно выросли (на 39 млн руб. — общая и на 16,1 млн руб. — платная) за счет улучшения работы специалистов городов, несмотря на уменьшение сумм реализации в районах области.

Производственный план по области выполнен в 2011 году на 138,8% против 129,3% в 2010 году. Финансовый план по области в 2011 году выполнен на 128,15%, что выше прошлогодних показателей на 14,5% (2010 год — 113,65%). Лучшие показатели по выполнению финансового плана в городах: Ростове-на-Дону (363,39%), Батайске (122,3%), Волгодонске (182,2%), Азове (153,6%); в районах: Цимлянском (145%), Аксайском (173,7%), Семикаракорском (146,3%), Шолоховском (114,29%), Белокалитвинском (160%), Миллеровском (130%), Зерноградском (170,8%). Соответственно эти районы и города занимают ведущие позиции по выполнению производственного плана и имеют наивысшие показатели и по реализации на одну ставку в месяц.

Однако есть районы и города, где подсчет финансового плана на том уровне, как он осуществляется сейчас, не может точно отображать состояние дел и работоспособность ортопедических подразделений. А отсюда и не представляется возможности получить объективную картину в целом по области.

Не дает объективной картины и анализ производственного плана, который полностью, как и финансовый, зависит от источника финансирования. Если в регионе имеется избыток денежных средств, предназначенных на льготное протезирование, то преобладают работы единицеёмкие, а следовательно — дорогие. Отсюда и берутся целые районы с нелепыми показателями по производству металлопластмассы, бюгельных протезов, цельнолитых конструкций. Из всех показателей наиболее объективным на сегодняшний день является показатель по производству металлокерамики, поскольку этот вид протезирования не входит в список льготного, и ни один пациент не будет платить деньги за неустановленную коронку или за лишний зуб. Очевидно, как только керамика перейдет в разряд льготного протезирования, то в некоторых районах произойдет полная «металлокерамизация» населения, при этом металлопластмасса сразу же потеряет свою актуальность из-за меньшей цены. Выводы напрашиваются сами.

Наиболее объективным показателем работы ортопедической стоматологической службы может являться рентабельность подразделения, рассчитанная на одну врачебную ставку. По области средняя стоимость единицы протезирования составляет 358,8 рубля, несложный подсчет позволяет определить минимальную месячную реализацию на одну ставку, которая составит примерно 72000 рублей. При такой реализации и 30% рентабельности по Ростовской области легко определить

Объем ортопедической стоматологической помощи в Ростовской области за 2011 г. в сравнении с 2010 г.

	Сумма реализации, млн руб.				Удельный вес льготного протезирования, %	
	Общая		Платная		2011 г.	2010 г.
	2011 г.	2010 г.	2011 г.	2010 г.		
Города	237,8	193,2	97,4	78,1	59,1	59,6
Районы	70,7	75,4	18,7	21,9	73,5	70,9
Общая	308,5	268,6	116,1	100,0	62,4	66,5

рентабельность одной рабочей ставки, которая составит примерно 21600 рублей в месяц. Это тот минимум, который необходим для самофинансирования. Конечно, такая рентабельность не позволит внедрять высокие технологии, но даст возможность держаться «на плаву».

Применив данный показатель к нашим «лидерам» по выполнению финансового плана, можно легко определить, что в данную схему рентабельности вписываются только ортопедические подразделения городов Ростова-на-Дону и Волгодонска, а также Семикаракорского и Цимлянского районов. Показатели работы городов Азова и Батайска, а также Зерноградского, Аксайского, Шолоховского, Белокалитвинского и Миллеровского районов недостаточны для самофинансирования. Отдельно стоит город Зверево: реализация от привлечения денежных средств населения — 1847 рублей, а рентабельность составила 553 рубля в месяц на ставку. Финансовый же план при этом выполнен, напомним, на 123%. В этом нет ничего удивительного, ортопедическое подразделение города Зверево является типичным представителем группы учреждений, которые предоставляют услуги полностью за счет льготных средств.

Однако, несмотря ни на что, есть ортопедические подразделения, кроме перечисленных, которые из года в год не только перевыполняют производственный и финансовый планы, но и активно продолжают наращивать реализацию за счет освоения средств населения. Это стоматологические поликлиники городов Гуково, Каменска-Шахтинского, Таганрога. Достаточно сказать, что реализация в городе Гуково составила 114718 рублей, из них платных — более 50%, отсюда и рентабельность — 19445 рублей. Неплохая рентабельность в Таганроге — 13800 рублей и в Каменске-Шахтинском — 10973 рубля.

Имея данные по рентабельности одной ставки, легко получить процент рентабельности всего ортопедического подразделения, который наиболее объективно отражает картину состояния дел. Наиболее рентабельным

является ортопедическое подразделение ГБУ РО «СП», которое не имеет льготного финансирования, далее идут города и районы, осваивающие как бюджетные средства, так и средства населения (табл. 2).

А если прибавить к рентабельности показатели по выполнению производственного и финансового планов, а также показатели по изготовлению керамических и бюгельных протезов с фиксацией на аттачменах, то можно определить ведущие ортопедические подразделения области. Остальные ортопедические подразделения области неактивно привлекают денежные средства населения, при этом объяснение, что местное население не в состоянии оплачивать из своих средств ортопедические услуги, выглядит неубедительно. Достаточно сказать, что привлечение денежных средств напрямую в обратной пропорции зависит от вливания льготных средств.

Из качественных показателей хочется остановиться на показателе металлокерамических протезов на 1 ставку в год. Основные производители металлокерамических протезов расположились в следующем порядке:

- ГБУ РО «СП» — 148,00 единицы,
- Ростов-на-Дону — 142,20 единицы,
- Волгодонск — 120,64 единицы,
- Шахты — 45,37 единицы,
- Таганрог — 39,36 единицы,
- Мясниковский район — 38,00 единицы,
- Гуково — 28,36 единицы.

В остальных районах металлокерамика не изготавливается или изготавливается в ничтожно малых объемах. К сожалению, нет данных по количеству изготовленных единице емких бюгельных протезов с замковыми креплениями, виниров, дентальных вкладок, так как эти показатели не входят в принятую форму отчета. Очевидно, что внедрение современных материалов и технологий при изготовлении протезов приводит к увеличению срока их эксплуатации с 2—3 до 5 лет. Введение современных,

Таблица 2

Сравнительная таблица рентабельности стоматологических учреждений Ростовской области в 2011 г.

Субъект	Производственный план, %	Финансовый план, %	Сумма реализации на 1 врача в мес., тыс. руб.	Удельный вес льготного протезирования, %	Только платные услуги на 1 врача в месяц, руб.	Средняя стоимость единицы, руб.	Необход. минимум рентаб. на 1 ставку, руб.	Рентабельность %
Зверево	150,70	123,00	100,36	92,08	4117	328,12	60702	6,80
Новочеркасск	106,00	109,50	90,16	78,00	14167	238,86	44189	32,10
Батайск	215,00	122,30	137,79	70,93	47190	362,07	65120	72,50
Волгодонск	181,00	182,20	112,22	28,27	66965	356,10	65860	101,70
Ростов-на-Дону	330,52	363,69	183,33	40,62	73427	274,74	50826	144,50

более дорогостоящих методов протезирования зубов сохраняет нормативную нагрузку врачей стоматологов-ортопедов при меньших временных затратах и позволяет более тщательно подходить к вопросам деонтологии и ведения документации.

Результаты исследования работы ортопедических подразделений области показали неуклонный рост год от года большинства показателей, однако в ходе анализа резервов рентабельности ортопедической стоматологической помощи выявлен ряд проблем, которые необходимо решать уже сейчас:

- создание единой системы подсчета финансового плана для правильной оценки состояния ортопедической стоматологической помощи населению области;
- введение понятия «рентабельность на 1 ортопедическую ставку» для проведения анализа работы стоматологической ортопедической помощи населению в РО;
- обоснование необходимости введения раздела рентабельности при формировании расценок по группам льготного протезирования;
- проведение анализа качественных показателей при льготном протезировании;
- введение понятия «срок эксплуатации протезов», который позволит установить причины и обосновать сроки повторного протезирования;
- при составлении годового отчета ввести графу «изготовление бюгельных протезов с замковыми креплениями».

Особенности течения хронических одонтогенных остеомиелитов у больных с сопутствующим вирусным гепатитом С

Вербицкая Л. П., Нерсесянц С. А., Ковалева М. С.; Отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУ РО «РОКБ», г. Ростов-на-Дону

Вирус гепатита С широко распространен и имеет много генотипов. В России доминирующий тип 1В вызывает легкую форму острого вирусного гепатита С (ВГС) со слабовыраженными клиническими проявлениями, что оказывается коварным для пациентов. По истечении 6 месяцев у 70—80% формируются хронические формы заболевания: вирусоносительство или хронический гепатит [1, 4].

При ВГС поражается не только печень, но возникают различные внепеченочные проявления заболевания: хронический гломерулонефрит, нейропатия, васкулит, артрит, тиреоидит. В вероятную причинную связь с ВГС ставят синдром Сьегрена, красный плоский лишай, дерматомиозит, язвы роговицы, невриты черепно-мозговых нервов [2, 3]. В этом длинном списке нет упоминания об остеомиелитах. В доступной литературе мы не нашли особенностей течения остеомиелитов на фоне ВГС, поэтому решили поделиться своими наблюдениями.

За 2010—2011 годы и 3 месяца 2012 года на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии находилось 27 пациентов с хроническим одонтогенным остеомиелитом челюстных костей с сопутствующим ВГС. Сведения о них представлены в таблице 1.

Литература

1. Антипенко А. Э., Антипенко Э. С. Об использовании методов теории массового обслуживания при организации лечебно-диагностического процесса в системе стоматологической помощи // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. — 1994. — №3. — С. 23—26.
2. Карцев А. А. Изучение спроса населения на ортопедическую стоматологическую помощь (социологический аспект) / Автореф. дисс. ... к.м.н. — М, 2006. — 21 с.
3. Кицул И. С., Попова И. Н. Состояние региональной системы стоматологической помощи населению и пути ее оптимизации // ГлавВрач. — 2006. — №2. — С. 87—92.
4. Назаров З. Ф. Состояние и научное обоснование реформирования стоматологической службы республики Таджикистан / Автореф. дисс. ... д.м.н. — Душанбе, 2004. — 40 с.
5. Новгородский С. В., Мартыненко В. В., Морозов В. В. Дефектура качества стоматологического ортопедического лечения в учреждениях Ростовской области в 2007—2009 гг. / Сборник материалов IX всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии — 2010». — Ростов-на-Дону, 2010. — С. 177—181.
6. Тимачева Т. Б. Научное обоснование потребности населения крупного промышленного центра в дифференцированной стоматологической ортопедической помощи / Автореф. дисс. ... к.м.н. — Волгоград, 1996. — 18 с.

При поступлении больные предъявляли жалобы на боли в челюстных костях, длительное отсутствие эпителизации лунок удаленных зубов, неприятный запах, привкус гноя во рту.

Всем пациентам за несколько месяцев до госпитализации удалялись беспокоящие их разрушенные и подвижные зубы, затем неоднократно проводился кюретаж, но безуспешно.

Все пациенты до госпитализации употребляли наркотики и лечились от наркомании различными методами. ВГС выявлен при обследовании в отделении у 22 человек и только 5 знали ранее о своем заболевании, но лечение не проводилось.

Состояние больных было удовлетворительным. Во время лечения наркотики они не употребляли. При локализации процесса на нижней челюсти имелась реакция регионарных (чаще подчелюстных) лимфоузлов в виде их увеличения, уплотнения, незначительной болезненности без ограничения подвижности. Пальпаторно выявлялось утолщение пораженного фрагмента челюсти, болезненность. Зубы в этом участке отсутствовали, определялся дефект слизистой альвеолярного отростка, край кости лу-

Распределение больных с хроническим одонтогенным остеомиелитом

Пол	Возраст			Давность заболевания в среднем	Поражение нижней челюсти	Поражение одной верхней челюсти	Обе верхние челюсти	Одна верхняя и нижняя челюсти	Всего
	25—30 лет	30—35 лет	35—40 лет						
Мужчины	7	10	5	9,3 мес.	15	6	-	1	22
Женщины	2	2	1	6,1 мес.	2	2	1	-	5
Итого	9	12	6	7,7 мес.	17	8	1	1	27

нок был серого цвета, с сохраненными межзубными перегородками, имелось жидкое гнойное отделяемое. Рентгенологически — обширные очаги деструкции костной ткани с секвестроподобными тенями (рис. 1).

При локализации остеомиелита на верхней челюсти всегда имелось широкое сообщение полости рта и верхнечелюстного синуса, то есть остеомиелит осложнялся синуситом, иногда — этмоидитом. В качестве примера приводим спиральную компьютерную томограмму (СКТ) больного Б. 34 лет с остеомиелитом верхней челюсти справа (рис. 2, 3, 4).

При СКТ верхней челюсти установлено: нижняя и медиальная стенки правой орбиты утолщены до 6,2 мм,

вдаваясь в полость орбиты примерно на 3,5 мм. Ячейки решетчатой кости справа деформированы, заполнены патологическим содержимым. Носовые ходы сужены за счет утолщения слизистой. Определяется костный дефект передней стенки правой ВЧП с переходом на верхнюю челюсть в области отсутствующих 14—16 зубов с образованием костного дефекта размером 28,1x18,5 мм. Визуализируется резкое разрежение костной ткани с мелкими секвестрами в области 17 и 18 зубов верхней челюсти справа. Отмечается резкое циркулярное утолщение слизистой с включениями повышенной плотности, а также разрастаниями костной плотности по контуру стенок правой ВЧП. Пневматизация лобных пазух сохранена.

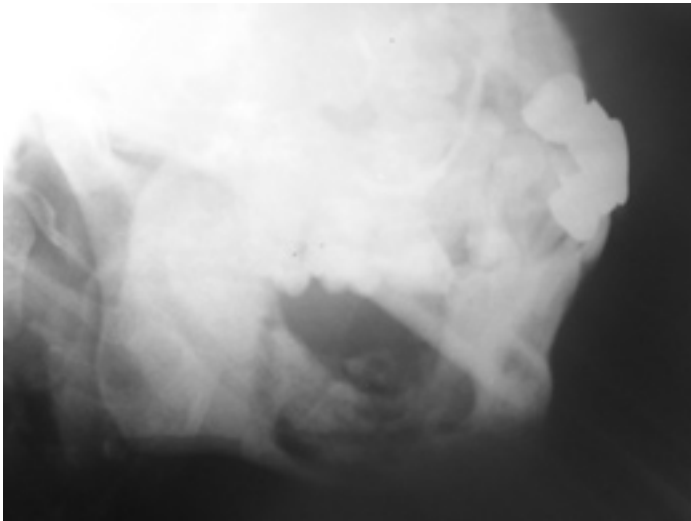


Рис. 1. Рентгенограмма нижней челюсти в боковой проекции

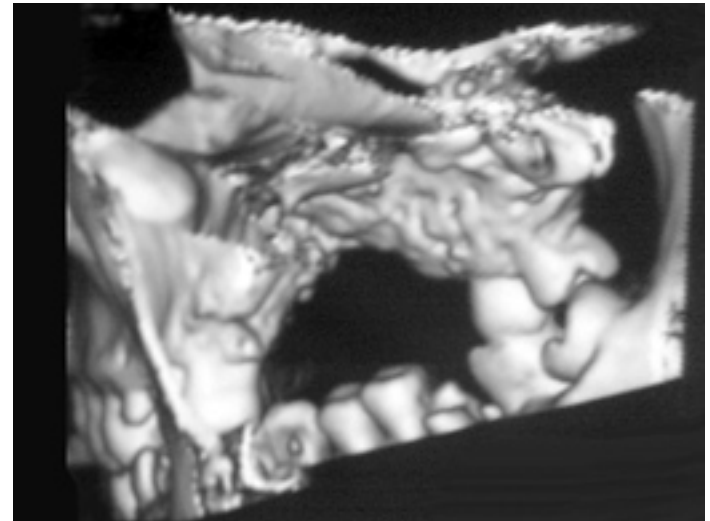


Рис. 2. СКТ: остеомиелит верхней челюсти справа

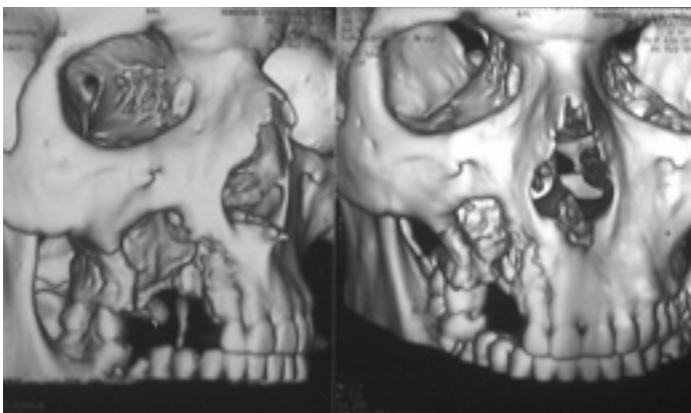


Рис. 3. СКТ: остеомиелит верхней челюсти справа

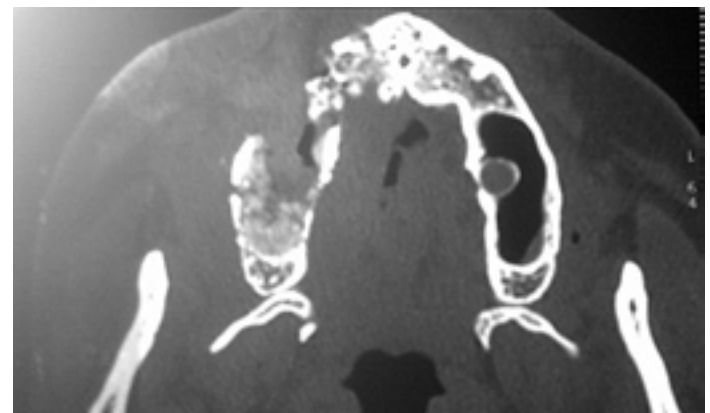


Рис. 4. СКТ: остеомиелит верхней челюсти справа



Рис. 5. Вид секвестральной полости после секвестрэктомии



Рис. 6. Удаленные секвестры

При биохимическом исследовании крови уровень билирубина в пределах нормы у большинства пациентов (20 человек), умеренно повышен — у 7 человек (до 30 мкмоль/л), но при этом выявлялось увеличение активности трансаминаз в 2–3 раза, как и щелочной фосфатазы, СДГ и ГГТ повышались незначительно. Все больные консультировались инфекционистом, назначались схемы терапии противовирусными препаратами, интерферонами, но лечение в стационаре не проводилось из-за кратковременного пребывания в ОЧЛХ по поводу остеомиелита (12–15 дней), высокой стоимости медикаментов. Специальные средства пациенты получали амбулаторно после выписки.

На основании клинико-рентгенологических данных диагноз трактовался как первично-хронический деструктивно-гиперпластический остеомиелит челюстных костей на фоне ВГС.

Всем пациентам после предоперационной подготовки под общим обезболиванием проводилась секвестрэктомия с тампонадой костных полостей йодоформной марлей и ведением раны на нижней челюсти под тампоном (рис. 5, 6).

При локализации процесса на верхней челюсти одномоментно выполнялась радикальная синусотомия с ревизией решетчатого лабиринта и пластикой дефекта слизистой лоскутом с переходной складки и щеки. В послеоперационном периоде больные получали антибактериальную терапию согласно чувствительности микрофлоры к антибиотикам, анальгетики, гемостатики, пентоксифиллин (в качестве средства, улучшающего микроциркуляцию), полиоксидоний (иммуномодулятор, в дозе 6–12 мг ежедневно в/в или в/м. Прием полиоксидония продолжался амбулаторно в таблетированном виде сублингвально), местно применялись ванночки из малавита.

Кроме медикаментозного лечения проводились перевязки с заменой йодоформных тампонов на нижней челюсти (1 раз в 3–4 дня), также пациенты получали магнитотерапию, ОКУФ на раны слизистой верхней челюсти. Результаты морфологического исследования были получены после выписки пациентов, в связи с необходимостью декальцинации секвестров. Они представлены двумя типами заключения:

1. Хронический гнойный остеомиелит, остеолизис, разрастание грануляционной ткани, лейкоцитарные инфильтраты, в слизистой оболочке — хроническое воспаление.

2. В костной ткани костные балки истончены, частично разрушены, фрагментированы, межбалочная строма с выраженным фиброзом, разрастанием грануляционной ткани и гнойно-продуктивным воспалением. В слизистой, выстланной многослойным плоским эпителием, — гнойно-продуктивное воспаление с наличием многоядерных клеток инородных тел.

Заживление первичным натяжением, приживление лоскутов на верхней челюсти наступило у 6 человек, частичное прорезывание швов с расхождением краев раны — у 3 пациентов. Причем у пациентки с двусторонним поражением верхней челюсти слева — заживление первичное, а справа — частичное расхождение швов. В случае неполной эпителизации ран пациенты выписывались на амбулаторное лечение с рекомендациями: смена тампона 1 раз в 5–7 дней до полного заживления костной раны, препараты кальция, лечение ВГС.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы.

- *Одонтогенный остеомиелит челюстных костей на фоне ВГС протекает первично хронически, без острой стадии заболевания.*
- *Остеомиелитический процесс чаще наблюдается у мужчин в возрасте 30–35 лет и локализуется преимущественно на нижней челюсти.*
- *Наблюдается деструктивно-гиперпластическая форма воспалительного процесса с секвестрацией губчатых участков костной ткани и склеротическими изменениями компактной кости.*
- *Секвестрэктомия целесообразно выполнять после курсового лечения ВГС.*

Литература

1. Еналеева Д. Ш., Фазылов В. Х., Созинов А. С. Хронические вирусные гепатиты В и С. — М: Медпресс-Информ, 2003. — 144 с.
2. Майер К. П. Гепатит и последствия гепатита. — М: ГЭОТАР, 1999. — 720 с.
3. Соринсон С. Н. Вирусные гепатиты А, В, С, D, E. — СПб: Медицина, 1997. — 260 с.
4. Ястребова О. Н. Гепатит С. — Кольцово: Вектор-Бест, 2005. — 36 с.



СТОМАТОЛОГИЯ. РАСХОДНЫЙ МАТЕРИАЛ

Компания «Белла-Дон», входящая в группу компаний TZMO SA (Торуньский завод перевязочных материалов, Польша) представляет линейку продукции для стоматологий:

Mato Dent PLUS

Одноразовые стоматологические нагрудники, изготовленные из двух слоев тонкой бумаги и полиэтиленовой пленки. Имеют размер 65x51 см, особенно рекомендуются для стоматологических процедур с большим количеством отделяемой жидкости. Нагрудники имеют вырез для шеи и ленты для завязывания (формируются посредством имеющейся перфорации). Представлены в виде рулонов с перфорацией (в одном рулоне 30 нагрудников).

Mato Dent CLASSIC

Одноразовые стоматологические салфетки, изготовленные из двух слоев тонкой бумаги (обеспечивает впитывание) и полиэтиленовой пленки (обеспечивает водонепроницаемость). Предназначены как для защиты одежды пациента во время стоматологических процедур, так и для покрытия головной части стоматологического кресла. Представлены в виде рулонов с перфорацией (80 салфеток в одном рулоне) и в виде отдельных сложенных салфеток (40 штук в упаковке). Размер салфеток 48x33 см, для закрепления на шее пациента требуется целочка.

Mato Dent NORMAL

Одноразовые стоматологические нагрудники, изготовленные из полиэтиленовой пленки. Имеют достаточно большой размер (85x58 см) и особенно подходят для защиты одежды пациента при таких процедурах, как удаление зубного камня, полировка, экстракция зуба. Нагрудники удобны для использования: имеется вырез для шеи и ленты для завязывания (формируются благодаря имеющейся перфорации). Представлены в виде рулонов с перфорацией (в одном рулоне 100 нагрудников).

Так же предлагаем дополнительные изделия для использования в стоматологической практике:

- **одноразовые смотровые перчатки AMBULEX:** латексные, виниловые, нитриловые. Представлены в опудренном и неопудренном вариантах.

- **вата и перевязочный материал из марли:** тупферы различной формы и размеров, марлевые салфетки, бинты.



ООО «Белла-Дон» 341088, г. Ростов-на-Дону, ул. Мирая Ростовляева, 152

полное наименование

Консультации по продукции: г.Ставрополь, тел.: 8-962-448-80-98 (звонки платные) • ЮФО, тел.: (863) 203-74-74 (звонки платные)

НПО «Полистом»

Лидер в производстве остеопластических материалов на основе фосфатов кальция

Новые гелевые формы остеопластических материалов

ИНДОСТ-ГЕЛЬ



ИНДОСТ-ГЕЛЬ+



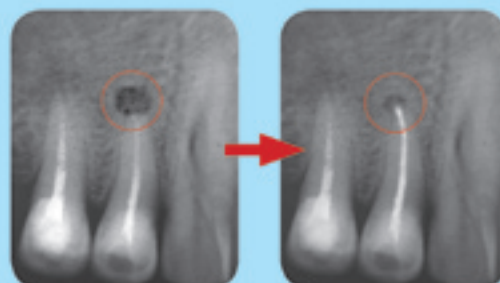
Используются при возмещении небольших костных дефектов различного генеза в челюстно-лицевой области, а также при хирургическом и терапевтическом лечении пародонтита средней и средне-тяжелой степени



ТРАПЕКС-



Внутриканальный материал для консервативного лечения верхушечных периодонтитов с деструктивными процессами (кист, гранулем и т.л.) и зубов с несформировавшимся корнями. Препарат может использоваться на этапах эндодонтического лечения осложненного кариеса в терапевтической стоматологии и стоматологии детского возраста



Реклама



Москва, 107023, Большая Семеновская, 40. Тел./факс: (495) 737-6892, тел.: (495) 967-9938
Сайт: www.polystom.ru; e-mail: office@polystom.ru

Эффективная автоматизация стоматологической поликлиники

Евдокимов А. В., к.т.н.; Обоев И. Г.; ООО «Электронная медицина», г. Ростов-на-Дону

В настоящее время ЛПУ, оказывающие стоматологическую помощь гражданам, очень разнообразны. Это и платные кабинеты, и небольшие поликлиники, оказывающие помощь в рамках добровольного медицинского страхования, а также ЛПУ, функционирующие в рамках системы ОМС. При этом современное законодательство позволяет государственным клиникам оказывать широкий набор платных услуг и наоборот, частные клиники могут предлагать медицинскую помощь в рамках программы ОМС. В результате сложилась потребность в создании программного продукта, который может автоматизировать различные по масштабам и условиям функционирования ЛПУ.

«Электронная Медицина» разработала программный комплекс, предназначенный для автоматизации стоматологических поликлиник, который предлагает широкий набор модулей, способных функционировать как в комплексе, так и автономно решать серьезные задачи. Выделим основные.

«Автоматизация регистратуры», включающая:

- предварительную запись на прием в регистратуре по телефону;
- интеграцию с интернет-порталом записи на прием и с федеральными сервисами записи на прием (по мере того, как они станут доступны);
- проверку полиса и другой информации о пациенте, интеграцию с регистром граждан, застрахованных в системе ОМС, проверку действия полиса.

Программный комплекс позволяет осуществлять работу как в системе ОМС, так и по ДМС и платным услугам.

В модуле «Платные услуги» осуществляется:

- ввод и накопление данных по поступившим пациентам;
- выпуск договора на оказание платных медицинских услуг и (или) счета на оплату, акта об оказанных стоматологических услугах;
- печать чека на подключенном к компьютеру кассовом аппарате;
- формирование и печать отчетных форм, в том числе отчета о долевом участии сотрудников в доходе от выполнения платных услуг и услуг в рамках ДМС;
- учет договоров, заключаемых с юридическими лицами на обслуживание сотрудников с безналичной оплатой услуг. При этом возможен контроль оказания услуг, предусмотренных по договору, обслуживание сотрудников по списку и контроль суммы по договору и стоимости оказанных услуг;
- применение гибкой системы скидок, например: скидка на счет, скидка

на отдельную услугу, обслуживание по специальному прејскуранту отдельных категорий граждан, обслуживание по отдельному прејскуранту в рамках договора с юридическими лицами и т. д.;

- контроль платежей за оказанные услуги. При этом допускается возможность различных видов оплаты: предварительная, по факту выполнения работ или поэтапная;
- учет услуг, оказываемых в рамках системы ДМС. При этом контролируется список услуг, оплачиваемых СМО в рамках той или иной программы ДМС.

Использование кассового аппарата, подключенного к компьютеру, позволяет автоматически печатать чек с перечнем услуг, предоставляемых пациенту, и их стоимостью, что исключает ошибки, возможные при автономном использовании кассового аппарата, повышает эффективность работы оператора.

Модуль «Расход материалов» позволяет:

- регистрировать получение материалов сотрудниками;
- проводить списание материалов на манипуляции;
- выполнять расчет остатка материалов на заданную дату, приход и расход материала за заданный период;
- формировать отчет о расходе материалов и остатке материалов по сотрудникам.

Кроме того, нами был разработан ряд автоматизированных рабочих мест врачей различного профиля: АРМ «Стоматология (терапия)»; АРМ «Стоматология (хирургия)»; АРМ «Стоматология (детская)». При этом реализованы:

- ввод информации о проводимых врачебных манипуляциях с возможностью печати бумажной копии протоколов (предусмотрен также ввод зубной формулы);
- работа с шаблонами заполнения протоколов осмотра, что значительно ускоряет ввод данных;
- формирование талона амбулаторного пациента — в случае оказания услуг в рамках ОМС;
- учет расхода материалов на проведение манипуляций;
- работа со стандартами оказания услуг;
- возможность записи на повторный прием либо на прием к другому специалисту непосредственно с рабочего места врача.

Во всех модулях предусмотрено формирование выходной статистической и экономической отчетности — как утвержденной различными нормативными документами, так и внутренней.

Механизм реализации квалификационной характеристики главного врача

Дудов А. С., д. э. н., профессор, ректор НОУ ВПО «КИЭП»; Тараян С. Ф., к. ю. н., доцент НОУ ВПО «КИЭП»; НОУ ВПО «Кисловодский институт экономики и права», г. Кисловодск

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» в разделе «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» утвержден квалификационный справочник должностей. К должности главного врача предъявлены новые требования, которые определяются объемом должностных обязанностей главного врача сегодня.

В Интернете на сайте «Справочник по трудоустройству» мы увидели должностные обязанности главного врача (<http://www.613613.ru/instruction.php?id=45>), далеко не соответствующие требованиям Единого квалификационного справочника, причем это очень посещаемый сайт (за прошлую неделю — 21237 обращений; обращений на сегодня — 2190; обращений он-лайн — 6). Это говорит о большом интересе медработников к рассматриваемому вопросу.

Главный врач сегодня по функциональным должностным обязанностям очень мало занимается чисто медицинскими вопросами, когда организует работу коллектива по оказанию и предоставлению качественных медицинских услуг населению, обеспечивает организацию лечебно-профилактической деятельности ЛПУ.

У главного врача большой объем обязанностей по вопросам правовой работы. Он представляет организацию в государственных, судебных, страховых и арбитражных органах, на международных мероприятиях, в государственных и общественных организациях по вопросам в сфере здравоохранения, предварительно согласованным с вышестоящим органом, в ведении которого находится данная организация. Осуществляет взаимодействие с органами местного самоуправления, службами гражданской обороны, медицины катастроф, территориальными органами внутренних дел и другими оперативными службами, принимает участие в конференциях, семинарах, выставках. Обеспечивает проведение профилактических мероприятий по предупреждению производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

В соответствии с этими должностными обязанностями предъявляются требования к квалификации. Высшее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология», послевузовское профессиональное образование и/или дополнительное профессиональное образование, сертификат специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» или высшее профессиональное (экономическое, юридическое) образование и специальная подготовка по менеджменту в здравоохранении, стаж работы на руководящих должностях не менее 5 лет.

Современная медицинская деятельность в значительной степени связана с правом, с правовым регулированием, что вызвало необходимость получения главными врачами юридических знаний.

Медицинские работники, особенно руководители ЛПУ, часть из которых получали образование еще в советский период, на сегодняшний день, когда в их работе правовые вопросы составляют более 30–40% их служебной деятельности, не всегда могут правильно воспринимать

предназначение правовых норм, регулирующих оказание медицинской помощи. В то же время юридическая наука и практика не имеют значительного опыта взаимодействия со сферой здравоохранения. Эти обстоятельства заставляют искать новые системные подходы к проблемам юридического обеспечения медицинской деятельности.

Первым направлением в решении данной проблемы была задача дать необходимый минимум юридических знаний студентам медицинских вузов. Первая самостоятельная кафедра медицинского права была создана в 1995 году в Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, а в 2000 году была утверждена первая официальная программа данной учебной дисциплины.

Вторым направлением была инициатива Кисловодского института экономики и права (КИЭП), который приступил к подготовке в 1998 году групп практикующих врачей по специальности «Юриспруденция». Госстандарт по специальности «Юриспруденция» отводил 1620 часов учебного времени на дисциплины специализации, которые могли устанавливаться вузом.

Существующие в юридических вузах по специальности «Юриспруденция» специализации не имели специализации «Юриспруденция в здравоохранении», поэтому после нескольких конференций и семинаров в КИЭПе было принято решение готовить врачей, имеющих высшее медицинское образование, по полной программе госстандарта по специальности «Юриспруденция» по гражданско-правовой специализации, причем дисциплины специализации были выбраны институтом по вопросам медицинского права. По окончании обучения выпускникам присваивалась квалификация «юрист» по специальности «Юриспруденция». Выпускники вуза к своему званию врача добавили приставку «юрист».

Программа «Юриспруденция в здравоохранении» КИЭПа предусматривала изучение правовых основ в здравоохранении в виде дисциплин специализации, спецкурсов и семинаров, объединяемых общим названием «Медицинское право».

Актуальность изучения медицинского права не вызывает сомнений. В последнее десятилетие в России произошло кардинальное изменение законодательства о медицине. Наряду с нормами Конституции РФ и федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан» принято более 15 законов РФ, регулирующих различные специальные вопросы охраны здоровья граждан. На различных стадиях законотворческого процесса находятся еще несколько законопроектов по медицине. К сожалению, несмотря на очевидность проблем, связанных с вопросами юридического обеспечения медицинской деятельности, в настоящее время количество исследований, посвященных комплексному изучению данных аспектов, недостаточно.

Медицинское право как новая формирующаяся отрасль российского права нуждается в методологическом обеспечении, а специалисты, работающие в здравоохранении, — в хорошем уровне юридических знаний. Думается, что именно путем интеграции знаний юристов и врачей удастся достичь оптимального развития медицинского права в России.

За 10 лет реализации программы «Юриспруденция в здравоохранении» КИЭП окончили более 500 врачей, руководителей ЛПУ. Выпускники института, многие из которых имеют достаточно высокий медицинский статус, не меняют своей основной деятельности, а используют полученные знания для совершенствования своей работы, для правовой защиты врача и пациента. Некоторые выпускники, имея медицинскую и юридическую подготовку, переходят полностью на юридическую работу и успешно ведут адвокатскую деятельность при рассмотрении дел в судах по вопросам медицинских правонарушений. Такие адвокатские бюро созданы в Ростове-на-Дону и Волгограде.

КИЭП признан ведущими медицинскими организациями. Дважды в институте были представители ВОЗ, которые после присутствия на занятиях предоставили институту возможность проводить курсы усовершенствования по правовой тематике работников здравоохранения республик Северного Кавказа и финансировали их.

Институт по плану ФФОМС проводил курсы по повышению правовых знаний (курсы повышения квалификации) по программе «Защита прав застрахованных», которую прослушали более 250 врачей и работников страховых организаций.

По программе «Юриспруденция в здравоохранении» в институте только за последние два года прошли: международный научный форум «Толерантное пространство современности: экономика, право, мораль», международная научно-практическая конференция «Проблемы в российском законодательстве» (секция «Медицинское право»), межрегиональная научно-практическая конференция врачей-организаторов здравоохранения, в которых принимали участие ученые многих медицинских вузов России.

Параллельно в течение прошлого десятилетия в институте развивались программы «Менеджмент в здравоохранении» и «Экономика в здравоохранении». По этим программам институт окончили более 600 медицинских работников.

В процессе реализации этих программ в институте выявились проблемы, которые требовали решения. Заочное обучение требует отрыва врачей от исполнения своих обязанностей на первом году обучения на 40 дней, на втором и третьем — на 50 дней, на выполнение дипломной работы и сдачу госэкзаменов — на 4 месяца. Такой отрыв от работы руководителей ЛПУ, да и просто врачей, встречался без особого энтузиазма по месту их основной работы.

Профессорско-преподавательским составом института по программам «Юриспруденция в здравоохранении»,

«Менеджмент в здравоохранении» и «Экономика в здравоохранении» с присвоением степени бакалавра была разработана самая полная методическая база в электронном варианте, создана электронная библиотека, разработана система заочного дистанционного обучения. В настоящее время институт предоставляет возможность пройти основное заочное обучение с использованием методов дистанционного обучения по Интернету, без приезда в институт на первом и втором годах обучения. Обучаемый получает по каждой учебной дисциплине подробный материал в виде модулей, может использовать электронную библиотеку, готовит контрольные и курсовые работы, присылает их на проверку, имеет возможность получения консультаций и общения с преподавателем, сдает по каждой дисциплине зачеты и экзамены в виде тестирования.

На третьем году обучения студент должен пройти практику в течение 12 недель, выполнить выпускную работу (руководство которой также осуществляется по Интернету) и приехать в институт на 15—20 дней для сдачи госэкзаменов и защиты дипломной работы. Такая система подготовки позволяет главному врачу с минимальным отрывом от работы освоить основную программу по направлениям «Юриспруденция», «Менеджмент организаций», «Экономика» и получить в течение трех лет квалификацию бакалавра юриспруденции, бакалавра менеджмента и бакалавра экономики.

Использование заочного обучения с элементами дистанционного образования значительно повышает возможности главных врачей, врачей и лиц среднего медперсонала в получении необходимых правовых и экономических знаний, расширяет географию студентов института и способствует правовой защищенности медперсонала и соблюдению прав пациентов.

Знание врачом своих прав и обязанностей, прав пациента, этических и юридических основ взаимоотношений врача и больного, врача с коллегами, юридической ответственности за профессиональные правонарушения обеспечивает соблюдение прав и законных интересов граждан в сфере здравоохранения, позволяет повысить качество медицинской помощи, обеспечивает профилактику конфликтов между медиками и их пациентами, защищает самого врача от уголовного или гражданского преследования.

Таким образом, правовая и экономическая подготовка специалистов в сфере здравоохранения принципиально значима и должна являться составной частью профессиональной подготовки главного врача для реализации квалификационных требований.

АСПИРАНТУРА – ФОРМУЛА УСПЕХА И БЛАГОПОЛУЧИЯ

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ЗДОРОВЬЯ

ОБЪЯВЛЯЕТ ПРИЕМ В АСПИРАНТУРУ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 14.02.03

«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Выпускники аспирантуры защищают диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук



г. Кисловодск, ул. Р. Люксембург, 42

Отдел аспирантуры, тел.: (87937) 6-29-84, доб. 131, 8-928-341-98-68; www.niizdoroviya.ru

Гос. лицензия, выданная Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки №003547 от 03.06.10 г.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ЗДОРОВЬЯ – ЗАЛОГ УСПЕШНОЙ КАРЬЕРЫ!

Проведение заседаний медицинского совета по стоматологии как метод контроля качества организации оказания стоматологической помощи населению

Новгородский С. В., д.м.н., профессор, главный врач ГБУ РО «СП»; Обухова Н. И., заведующая организационно-методическим кабинетом ГБУ РО «СП»; Еникеев А. А., врач-методист организационно-методического кабинета ГБУ РО «СП»; ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника», г. Ростов-на-Дону

В функцию контроля организации медицинской помощи населению входят сбор, обработка и анализ информации о фактических результатах деятельности ЛПУ, сравнение их с плановыми показателями, выявление недостатков и анализ их причин, разработка мероприятий для достижения поставленных целей.

Из классифицируемых видов контроля выделяют стратегический, связанный с долгосрочным планированием, и тактический (административный) — контроль над обеспечением выполнения текущих задач, квартальных планов и целевых программ. На разных этапах выполнения управленческих решений осуществляется предварительный, текущий и заключительный контроль.

В настоящее время рассмотрение деятельности ЛПУ включает в обязательном порядке определение качества медицинской помощи, осуществляемой субъектами ведомственного и вневедомственного контроля.

В число ведомственных контролирующих организаций входят областные медицинские учреждения, осуществляющие организационно-методическую и консультативную помощь по различным видам деятельности. К таковым относится и наша клиника, обеспечивающая как лечебную помощь населению и консультативную — специалистам стоматологической службы Ростовской области (РО), так и контроль над организацией оказания соответствующей работы в 12 городах и 43 районах региона.

Сотрудниками ГБУ РО «СП» регулярно осуществляются выезды в составе комплексных бригад стоматологов различного профиля в территории РО с организационно-методической и консультационной целями. В ходе выездной работы ими проводится проверка деятельности специалистов на местах с целью определения кадровой обеспеченности и укомплектованности, квалификации и теоретической подготовки врачей стоматологического приема и зубных техников, применения ими современных лечебных и ортопедических технологий, материально-технической оснащённости ЛПУ, а также качества проведения лечебно-профилактических мероприятий. Безусловным правилом является необходимость проверки соответствия оказываемой медицинской помощи лицензированным видам деятельности. По видам стоматологической помощи были составлены вопросники, являющиеся примерной схемой проверки.

Одной из важнейших сложившихся форм контроля над организацией стоматологической деятельности и качеством оказания соответствующей помощи населению территорий РО являются заседания Медицинского совета по стоматологии (далее — МС). Заседания проводятся как на базе областного учреждения, так и выездные. Эти мероприятия намечаются, как правило, заранее с внесением в годовой план организационно-методических мероприятий Минздрава РО. Проведение заседаний МС, их повестка, круг вызываемых на обсуждение специалистов, включая главных внештатных стоматологов территорий РО, согласовывается с руководством Минздрава РО. Соответствующее распоряжение рассылается главным врачам ЛПУ территорий РО.

Правовым основанием для функционирования МС является пункт 2.2.4. Положения о Министерстве здравоохранения РО, утвержденного Постановлением Администрации РО от 20.05.1997 №175 (с последующими изменениями и дополнениями), а также утвержденное положение о МС при МЗ РО.

На заседании МС, являющегося коллегиальным органом, основываясь на предварительном ознакомлении с организацией и качеством оказания стоматологической помощи населению конкретной территории, его члены обсуждают характеристику службы, изложенную в соответствующей справке и докладах специалистов, и принимают согласованное решение. Последнее носит рекомендательный характер.

Заключительной частью этого решения после констатации положительных и отрицательных сторон деятельности является перечисление выявленных недостатков с указанием конкретных рекомендаций, подлежащих выполнению в определенный срок главным внештатным стоматологом и главным врачом территории (ЛПУ).

Ежегодно проводятся 3—4 заседания МС. В повестку дня проведенных заседаний входили вышеупомянутые вопросы изучения состояния организации стоматологической помощи населению, включая анализ деятельности стоматологической службы РО по результатам отчетов за предыдущий год, рассмотрение выполнения ранее принятых решений МС.

Как и при любом управленческом цикле, при подготовке и проведении заседаний МС выполнялись следующие составные его элементы:

- сбор, обработка и анализ информации;
- разработка и принятие решения;
- реализация принятого решения исполнителями;
- контроль над выполнением рекомендаций.

В 2009—2011 годах проведены заседания МС, посвященные анализу организации оказания стоматологической помощи, вопросам управления стоматологическими службами трех городов и 14 районов области.

В ходе заседаний члены МС, анализируя деятельность стоматологических служб, при необходимости подвергали критике ответственных лиц по поводу выявленных недостатков. Давалась общая оценка организационной работе службы территории.

Действенность решений МС можно проследить на примере заседания, состоявшегося в июле 2010 года, посвященного рассмотрению результатов работы стоматологической службы Белокалитвинского района. В стоматологическую сеть территории входят: МУЗ «Стоматологическая поликлиника», 10 стоматологических кабинетов — в 6 участковых больницах (УБ) и 4 врачебных амбулаториях (ВА).

В ходе предварительной оценки и последующего обсуждения членами МС работы стоматологической службы выявлены серьезные недостатки в ее организации и ряд дефектов в оказании лечебной и ортопедической помощи населению (табл. 1).

Дефектура организации и качества оказания стоматологической помощи в Белокалитвинском районе (2010 г.)

Наименование	Показатель
Низкая обеспеченность врачами ортопедического профиля (на 10000 населения)	0,44
Слабая обеспеченность врачами детского приема по занятым должностям (на 10000 детского населения)	2,12
На детском дифференцированном приеме нет врачей с высшим образованием	+
Низкий удельный вес стоматологов в общем числе специалистов (%)	30,2
Невысокий удельный вес стоматологов ортопедического приема, имеющих аттестационную категорию (%)	50
Велика доля стоматологических установок, выработавших ресурс (%)	30,4 (на участках — 63,6)
Нуждаются в ремонте стоматологические кабинеты	10
Отсутствуют стационарные стоматологические кабинеты в школах	+
Зубосохраняющие операции не проводятся либо их число ограничено	+
Наблюдение за детьми ведется без учета нозологических форм по перечню диагнозов больных, подлежащих диспансеризации	+
Не соблюдаются требования приказа МЗ РФ от 30.12.03 №620 «Об утверждении Протоколов ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями»	+
Не внедрены в практику или не применяются в необходимом объеме современные ортопедические технологии	+
Не соблюдаются требования стандартов медицинской помощи больным с частичным и полным отсутствием зубов (приказы МЗСР РФ от 22.11.04 №243 и №252)	+
Высока доля льготного протезирования (%)	83,4
Медицинская документация заполняется с нарушениями	+
Не оказываются платные услуги на лечебно-хирургическом приеме периферийных кабинетов	+

Устранение указанных недостатков было отмечено на заседании МС в сентябре 2011 года.

Так, в районе приняты на работу 3 врача-стоматолога. Удельный вес стоматологов в числе всех специалистов, осуществляющих прием, повысился на 3%. Увеличились обеспеченность по занятым должностям на детском приеме и укомплектованность специалистами на лечебно-хирургическом приеме. Прошли профессиональную переподготовку два врача и плановое усовершенствование — 10. Трём стоматологам присвоена и тремя подтверждена квалификационная категория. Детский дифференцированный прием осуществляют, кроме зубных врачей, два врача-стоматолога.

Лицензированы стационарные стоматологические кабинеты в шести школах из восьми, в трех из них начата плановая санация.

Устранение выявленных дефектов лечебной работы тоже взято руководством под контроль. Выделено 0,5 ставки для приема больных с заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта. Проводятся оперативные вмешательства на пародонте. Снизилось число удаленных постоянных зубов с 21,5 до 5,7 на 1000 детского населения. Обеспечено соблюдение требования стандартов медицинской помощи больным с частичным и полным отсутствием зубов.

Объемы стоматологической помощи выполняются в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, а также выполняются производственный и финансовый планы ортопедической помощи населению района.

На детском приеме увеличились:

- доступность стоматологической помощи — с 0,52 до 0,59;
- доля санированных пациентов от числа первичных — с 37,2% до 40,7%.

В связи с улучшением материально-технического оснащения стало возможным применение современных технологий и материалов, что привело к положительной динамике в соотношении неосложненного и осложненного кариеса в детской практике:

- во временном прикусе — с 0,9:1 до 1,3:1;
- в постоянном прикусе — с 2,8:1 до 3,1:1.

Последний фактор позволил уменьшить число удаленных зубов постоянного прикуса с 15,7 до 13,2 (в расчете на 1000 детей).

Увеличился охват детского населения плановой санацией с 17,6% до 20,8%. Санировано при плановой санации 55,3% (прежний показатель — 34,5%).

Количество профилактических мероприятий на 1000 детей составило 104,0 (более ранние данные — 80,9). Отмечено, однако, что в среднем по районам Ростовской области этот показатель достигает 147,6, что не дает повода для самоуспокоенности.

Тем не менее, положительная динамика налицо, что и было отмечено членами МС.

Таким образом, подготовка, проведение заседаний Медицинского совета по стоматологии с последующим отслеживанием выполнения его решений являются действенной формой контроля над качеством организации медицинской деятельности структурных формирований стоматологической службы.



GC Kalore™ :

Композитный материал будущего. Разработан с применением уникальной технологии обработки мономеров от DuPont.

Kalore™ Композитный материал будущего. Разработан с применением уникальной технологии обработки мономеров от DuPont.

Kalore™ – будущее композитных реставраций. Реставрационный материал великолепно моделируется благодаря революционной технологии обработки мономеров, разработанной компанией DuPont.

Kalore™ обладает очень низкой полимеризационной усадкой, легко полируется, приобретая при этом естественный блеск, что гарантирует высокую эстетичность выполняемых работ. Вы готовы вступить в будущее?



GC Restorative Dentistry Guides



GC Restorative Guide для iPad, iPhone и PC – интерактивное руководство для врачей-стоматологов по правильному применению композитных материалов и бондинговых систем производства компании GC. Эти руководства также значительно помогут стоматологу в процессе общения с пациентами.

Москва
«Энигма Дент» (495) 787-3274
«Всё для стоматологии» (495) 740-7885

Санкт-Петербург
«Северная Каролина» (812) 702-8112
«Фирма Медэкспресс» (812) 326-2917
«ДТЦ «КОРАЛ» (812) 712-4369

Самара
Фирма «Инверсия» (846) 37-38-000

Ростов-на-Дону
«Ультростом» (863) 262-4750

г.Пермь
«ЧП Сидоров В.А.» (3422) 44-7271
«Медика» (3422) 16-6690

г.Барнаул
ООО «Сибирская стоматологическая компания» (3852) 200-781

г.Краснодар:
«Аплэко-Кубань» (861) 239-6547
«Актив Медикал Кубань» (861) 259-5452



Официальный импортер и дистрибьютор продукции Джи Си в России: «Крафтвэй Медикал»



Новый номер: 8-800-100-100-9
(бесплатные звонки из любого региона)
Москва, 3-я Мытищинская ул., 16,
www.kraftwaydental.ru (495)232-69-33

G-aenial Universal Flo и его применение для реставраций V класса

G-aenial Universal Flo — текучий композит линейки G-aenial компании GC

Отчет о клиническом случае

Ulf Krueger-Janson,
врач-стоматолог (Австрия)

Реставрации V класса относятся к категории самых «быстрых» эстетических реставраций, которые только могут быть выполнены стоматологом. Это возможно потому, что они визуально улучшают и маскируют любой неэстетичный переход структуры зуба в десну.

Это позволяет стоматологу одновременно восстановить структуру твердых тканей и защитить зубы от термических, химических и абразивных раздражителей (например, чрезмерно интенсивной чистки). Как всегда, при изучении истории болезни необходимо учитывать функциональные нарушения.

Пациент немедленно заметит благоприятные эстетические изменения и, таким образом, приобретет большее доверие к возможностям стоматолога.

Одного оттенка G-aenial Universal Flo (АОС с высокой опаковостью) достаточно для создания долгосрочных реставраций в пришеечной области, отличающихся высокими эстетическими свойствами и адекватной цветопередачей.

Свойства G-aenial Universal Flo, такие как устойчивость к истиранию, хорошая полируемость и явно выраженный «эффект хамелеона» — возможность эффективной маскировки дисколораций — позволяют быстро и эстетически реалистично восстановить



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

утраченные твердые ткани зуба. Его технические характеристики таковы:

- *массовая доля наполнителя — 69%,*
- *показатель рентгеноконтрастности — 181%,*
- *износоустойчивость, сопоставимая*

с наноуполненными композитами для реставраций в жевательной области,

- *предел прочности на изгиб — 167 МПа.*

Данный отчет описывает создание двух реставраций зубов 13 и 14 в пришеечной области,

хронологически задокументированных в фотографиях с позиции «на 12 часов». Возраст пациента — 56 лет. Сильной пигментации или дисколорации в пришеечной области зуба нет, зубы преимущественно монохроматические (один цвет).



Рис. 5



Рис. 6



Рис. 7

Рисунки 1–2

Как правило, при создании пришеечных реставраций используется ретракционная нить для того, чтобы кровь и жидкость из десневой борозды не вступали в контакт с областью реставрации. В области зуба 13 на десне отчетливо заметен сосудосуживающий эффект. В регионе 13 и 14 использовалась ретракционная нить «0».

В области будущей реставрации алмазным бором создавалась шероховатая поверхность, что также способствовало удалению пигментации. В области режущего края создан плоский скос, который обеспечит плавный переход от живого зуба к искусственному материалу (максимизация эффекта хамелеона).

Рисунки 3–4

Поверхность зуба предварительно подготовлена в технике тотального травления (сперва эмаль, потом дентин). Важно убедиться, что протравливающий гель минимально взаимодействует с десной, так как это может привести к мини-повреждениям ее эпителия.

Таким образом, протравливающий гель аккуратно, с использованием зонда наносится вдоль контура десны. По завершении процедуры гель аккуратно смывается, область высушивается и затем наносится бондиновый агент.

Рисунки 5–6

Небольшими порциями вносится текучий композит. Вся пришеечная область реставрируется с помощью композита цвета АО3 (высокая опалесценция), который затем сглаживается в соответствии с формой режущего края.

Поскольку этот композит более вязкий, чем другие продукты, рекомендуется использовать зонд — он позволит работать более плавно и наносить материал на нужную область аккуратными возвратно-поступательными движениями.

Рисунок 7

Выполнено послойное морфологически точное нанесение, которое имитирует естественный вестибулярный контур. Кончик зонда используется

для адаптации материала к границе препарирования. Это делается для того, чтобы избежать выхода композита на десну. Это также предотвращает чрезмерное контурирование и, следовательно, облегчает проведение последующих этапов лечения.

Рисунок 8

Профиль коронки создавался с использованием головки EVA (KaVo) и алмазного инструмента средней зернистости. Это позволяет создать ровную и гладкую вестибулярную поверхность.

Колебательные движения инструмента (в вертикальной плоскости) помогают избежать появления в материале бороздок и микровпадин, создавая идеально гладкую структуру, которой при-

дается форма, типичная для резца.

Рисунок 9

Этот инструмент подходит для работы как в пришеечной области зуба, где происходит переход к десневой ткани, так и в области корня, позволяя при необходимости обработать ее максимально атравматично с минимальным натяжением вовлеченной ткани. Поскольку этот инструмент не ротационный, клиницист может сформировать очень плоский (движениями «штрихом») и чистый переход от композитного материала к структуре зуба. Это помогает избежать «свешивания» избытка композита. Кроме того, так можно визуально проверить качество перехода, поскольку ретракционная нить все еще находится в апикальной позиции.



Рис. 8



Рис. 9



Рис. 10



Рис. 11

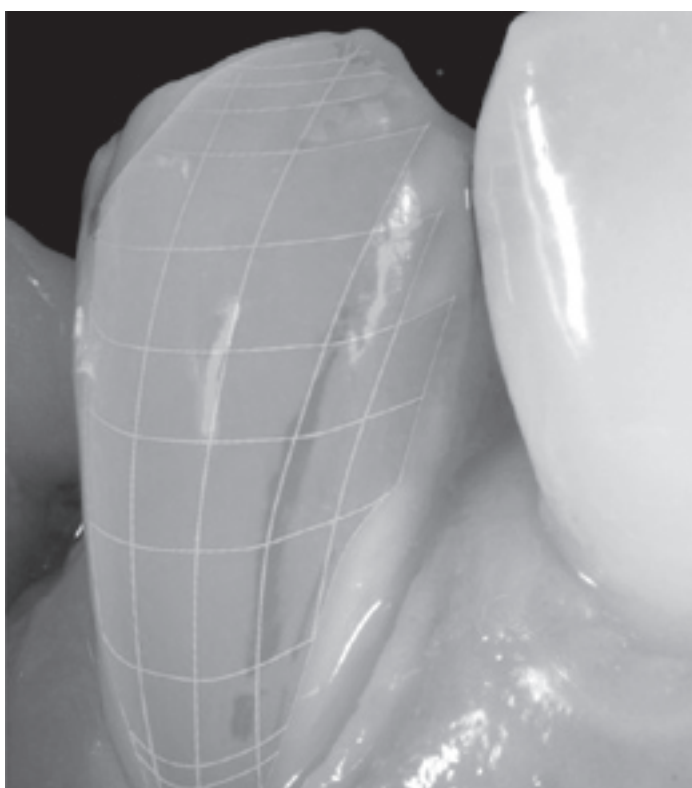


Рис. 12

Рисунок 10

После полировки результат проверяется на цветовое соответствие и морфологическую целостность. Оптимальность контурирования проверяется с помощью светоотражающей полоски. Цвет прекрасно адаптируется к окружению.

Рисунок 11

Результат вмешательства можно оценить разными способами. Атравматический метод лечения означает, что ткани десны остаются относительно интактными, а убедительное цветовое решение и анатомическое контурирование создают единую структуру зуба.

Рисунок 12

Для того, чтобы легче было оценить воссозданную форму, на рисунке на поверхность зуба наложена градуирующая сетка.

Рисунок 13

С этого ракурса хорошо видны точное цветовое решение и адекватная форма зуба.

Заключение

Композитный материал G-aenial Universal Flo позволяет клиницисту создавать долговечные и эстетически достоверные реставрации. Если и анатомические, и хроматические характеристики зуба (цветовая адаптация посредством нанесения только одного слоя — «эффект хамелеона») были воссозданы точно, то подобные реставрации идеально вписываются в имеющееся окружение. И это, несомненно, будет по достоинству и с улыбкой оценено пациентом!

Originally published
in Dental Journal Austria,
edition 01 2012.
Reprinted with permission



Рис. 13

Официальный импортер и дистрибьютор продукции компании ДЖИ СИ в России:



Новый номер:
8-800-100-100-9
(бесплатные звонки по всей России)

г. Москва, 3-я Мытищинская ул., 16,

тел.: **(495) 232-69-33**,
www.kraftwaydental.ru

Современное состояние проблемы сроков службы и эксплуатации протезов, гарантийных сроков при повторном протезировании

Максюков С. Ю., Беликова Е. С., Гаджиева Д. Н., Шахбазов О. И., ГБОУ ВПО «РостГМУ» Минздравсоцразвития России, г. Ростов-на-Дону

Необходимость разработки организационных мер по улучшению качества повторного протезирования зубов обусловлено развитием законодательства о защите прав потребителей, предъявляющего новые требования к процессу оказания услуг в целом и стоматологических услуг в частности, с одной стороны, и наличием пробелов в регламентации взаимоотношений ЛПУ, оказывающих стоматологические услуги, и пациентов — с другой стороны. ЛПУ, оказывающие стоматологические услуги, являются изготовителями (исполнителями) и одновременно продавцами стоматологических услуг, а пациенты — потребителями (покупателями) этих услуг. Существование указанных отношений становится очевидным при изготовлении зубных протезов, так как они являются овестьвленными выражением стоматологических услуг.

Лечебно-профилактические учреждения, как продавцы и изготовители (исполнители) стоматологических услуг, несут ответственность в соответствии с законом РФ «О защите прав потребителей» за их качество, в том числе — за материалы. В связи с этим возникает необходимость в установлении сроков гарантии и сроков службы при оказании стоматологических услуг. До настоящего времени эти понятия не введены в отрасль здравоохранения в целом и в стоматологию в частности. Между тем, в силу положений закона РФ «О защите прав потребителей» и Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв. Постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 №27) пациент, являющийся потребителем услуг, в случае обнаружения в выполненных услугах недостатков имеет право предъявить требования по устранению недостатков и возмещению убытков. Данные требования могут быть предъявлены пациентом в течение гарантийного срока, по существенным недостаткам — в течение срока службы.

Статья 5 закона «О защите прав потребителей» имеет название «Права и обязанности изготовителя (исполнителя, продавца) в области установления срока службы, срока годности товара (работы), а также гарантийного срока на товар (работу)». Итак, в рамках закона выделяется три срока: срок службы, срок годности и гарантийный срок. Это три совершенно разных по своей сути понятия.

Гарантийный срок — это период, в течение которого в случае обнаружения недостатка в выполненной работе пациент вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков в выполненной работе (оказанной услуге);
- соответствующего уменьшения цены выполненной работы (оказанной услуги);
- безвозмездного изготовления другой вещи из однородного материала такого же качества или повторного выполнения работы. При этом потребитель обязан возратить вещь, ранее переданную ему исполнителем;
- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков выполненной работы (оказанной услуги) своими силами или третьими лицами.

Безусловные (или обязательные) гарантии — это гарантии на соблюдение медицинских канонов, отраслевых стандартов и прав потребителей услуг. Совокупность обязательных гарантий создает предпосылку

для качественного лечения и устойчивости его результатов, оказания качественной медицинской услуги.

Прогнозируемые гарантии — это гарантии, предвидимые и устанавливаемые с учетом выявленных обстоятельств, опыта врача и используемых технологий. Такие гарантии даются либо в виде сроков (гарантийного срока и срока службы) бесплатного устранения недостатков, обнаруженных после лечения и возникших не по вине пациента, либо в виде процента успешности лечения (если сроки не могут быть определены в силу специфики данного стоматологического вмешательства).

Недостаток — это несоответствие оказанной стоматологической услуги обязательным медицинским требованиям и технологиям.

Существенный недостаток — это недостаток, который делает невозможным или недоступным использование результата работы в соответствии с его целевым назначением, либо который не может быть устранен, либо на устранение которого требуются большие затраты (например, полный перелом протеза).

Примерами устранимых недостатков, которые должны быть безвозмездно устранены стоматологом-ортопедом стоматологической клиники в течение действующего гарантийного срока, по нашему мнению, являются:

- при изготовлении вкладок и виниров — изменение анатомической формы, краевого прилегания, изменение цвета, рецидив кариеса по краю вкладки;
- дополнительная полировка разных поверхностей зуба;
- снятие чувствительности зуба;
- изменение цвета протезов;
- отламывание кламмеров;
- при изготовлении вкладок и виниров — выпадение, подвижность вкладки, отлом части коронки зуба;
- нарушение целостности коронки мостовидных протезов, в том числе скол облицовки;
- неплотное прилегание коронки к уступу или шейке зуба;
- подшлифовка ложа съёмного зубного протеза.

Обстоятельства установления гарантий — это ряд объективных факторов, заявленных пациентом и выявленных врачом в конкретной клинической ситуации, которые могут сказаться на результатах лечения определенным образом — позитивно, нейтрально или негативно:

- состояние здоровья пациента — наличие сопутствующих заболеваний, которые напрямую или косвенно влияют (или могут повлиять в будущем) на состояние зубов и окружающих тканей (учитываются данные анкеты о здоровье);
- ситуация в полости рта пациента — что, как и сколь интенсивно может повлиять на выполненную работу (учитываются жалобы, данные осмотров и снимков);
- объем выполнения пациентом рекомендованного плана лечения — какие невыполненные рекомендации, как и сколь интенсивно могут ограничивать гарантии (пациенту разъясняется значение конкретных пунктов плана);
- сложность выполненной работы — необычность случая, запущенность заболевания, многофакторная причинная обусловленность;

- особенности использованных технологий и материалов, вариантов лечения — как и сколь явно они могут повлиять на гарантии (разъясняются достоинства и недостатки технологий и материалов, вариантов лечения, использованных врачом или выбранных пациентом);
- особенности профессиональной деятельности пациента, которые могут негативно повлиять на результаты стоматологического лечения: работа в горячих цехах или на холоде, химическое производство и лаборатории, порошковая металлургия и сварка, интенсивная работа с компьютером, игра на духовых инструментах, занятия спортом (бокс, борьба, баскетбол) и др.

Гарантийный срок исчисляется с момента передачи результата работы пациенту, то есть с момента оказания услуги.

Срок службы протеза исчисляется со дня его изготовления и определяется периодом времени, в течение которого протез пригоден к использованию. На протяжении установленных сроков службы стоматологическое учреждение несет ответственность за существенные недостатки, возникшие по вине исполнителя.

Срок эксплуатации протеза — это реальный срок пользования протезом со дня его изготовления.

В случае выявления существенных недостатков в выполненной работе, допущенных по вине исполнителя, пациент вправе предъявить исполнителю требование о безвозмездном устранении недостатков по истечении установленного гарантийного срока, в пределах срока службы. Если данное требование не удовлетворено в установленный срок, пациент по своему выбору вправе потребовать:

- *соответственного уменьшения цены за выполненную работу;*
- *возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков выполненной работы своими силами или третьими лицами;*
- *расторжения договора о выполнении работы и возмещения убытков.*

Таким образом, согласно действующему законодательству, исполнитель обязан в течение установленного гарантийного срока устранить все недостатки, выявленные пациентом, а в течение установленного срока службы — устранять только существенные недостатки.

Отсутствие установленных изготовителем (исполнителем) гарантийных сроков службы не уменьшает степени ответственности изготовителя (исполнителя) за ненадлежащее качество услуг, так как в соответствии с законом РФ «О защите прав потребителей», если гарантийный срок не установлен, потребитель вправе предъявлять требования, связанные с недостатками выполненной работы (оказанной услуги), в разумный срок, в пределах двух лет со дня принятия выполненной работы (оказанной услуги) (п. 3 ст. 29 закона РФ «О защите прав потребителей»), в случае выявления существенных недостатков — в течение 10 лет (п. 6 ст. 29 закона РФ «О защите прав потребителей»). Если срок службы не установлен, а пациентом выявлен существенный недостаток, то в течение 10 лет со дня принятия выполненной работы этот недостаток должен быть устранен исполнителем максимум за 20 дней со дня предъявления требования пациентом, если более короткий срок не установлен договором [1].

Обобщение опыта стоматологических учреждений Ростовской области позволило выявить, что на большинство работ (услуг) по оказанию стоматологической помощи установлены следующие гарантийные сроки и сроки службы (табл. 1).

Конкретные гарантийные сроки и сроки службы на выполненные стоматологические работы (услуги)

при повторном протезировании для каждого пациента устанавливаются врачом в зависимости от:

- *клинической картины болезни (ситуации в полости рта);*
- *наличия сопутствующих заболеваний, которые напрямую или косвенно приводят к изменениям в зубах и окружающих тканях;*
- *полноты выполнения пациентом плана лечения, рекомендованного врачом.*

С учетом указанных обстоятельств в конкретном случае гарантийные сроки и сроки службы могут быть уменьшены или увеличены по сравнению с общепринятыми.

Гарантийные сроки и сроки службы на отдельные виды работ ввиду их специфики установить не представляется возможным. К их числу относятся операции по установке зубного имплантата. Среднестатистические показатели успешности имплантации по Ростовской области — 99%. Гарантии при имплантации распространяются только на пациентов, не имеющих относительных и абсолютных противопоказаний, при условии посещения пациентами профилактических осмотров после установки имплантатов, согласно индивидуальному графику, но не реже 1 раза в 1,5 месяца у врача-имплантолога.

Гарантии на установку имплантатов не распространяются:

- *на пациентов, имеющих относительные противопоказания к операции постановки имплантатов на момент сбора анамнеза, проведения операции, а также выявленные в процессе посещения профилактических осмотров, в момент отторжения имплантатов;*
- *на пациентов, имеющих абсолютные противопоказания, выявленные в процессе посещения профилактических осмотров, в момент отторжения имплантатов [3].*

В случае отсутствия у пациентов абсолютных и относительных противопоказаний, при посещении профилактических осмотров согласно графику и проведении профессиональной гигиены полости рта, выполнении всех рекомендаций и назначений врача-имплантолога на основании опыта клиник Ростовской области считается необходимым гарантировать в случае отторжения имплантата возврат 30% денежных средств от стоимости имплантата либо повторную постановку имплантата со скидкой 30% от стоимости имплантата и 10% — на операцию по его установке (анестезия, шовный материал и т. д.). Все скидки, возвраты денежных средств производятся только после рассмотрения врачебно-экспертной комиссией на основании личного заявления пациента, в срок до 30 дней. При этом комиссия вправе запросить пакет необходимых документов о состоянии здоровья пациента для уточнения причин, повлекших отторжение имплантата. Все отказы от предоставления пациентом выписки из истории болезни, проведения дополнительных анализов, получения консультаций и заключений у врачей смежных специальностей, необходимых для оценки состояния здоровья пациента, приводят к аннулированию гарантийных обязательств [4].

После окончания второго этапа имплантологического лечения (протезирование на имплантатах) пациент обязан [2]:

1. Посещать врача-ортопеда для проведения контроля за конструкцией в первый год — 1 раз в 3 месяца, со второго года — 1 раз в 4 месяца.
2. Проводить профессиональную гигиену полости рта минимум 1 раз в 6 месяцев, а при необходимости, по назначению врача — чаще.
3. В случае протезирования несъемными конструкциями на временном цементе проводить плановую перестроировку не реже 1 раза в 8 месяцев.
4. В случае проведения протезирования на имплантатах съемными конструкциями пациент обязан посещать

Средние гарантийные сроки и сроки службы в стоматологических клиниках Ростовской области

Виды работ	Гарантийные сроки	Сроки службы
Вкладки		
- керамические	1 год	3 года
- из композиционных материалов	1 год	2 года
- культовые штифтовые металлические (кобальто-хромовый сплав)	1 год	2 года
- культовые штифтовые металлические (золотоплатиновый сплав)	2 года	5 лет
- культовые штифтовые металлические, облицованные керамикой	1 год	2 года
Керамическая облицовка (винир)	1 год	2 года
Керамическая коронка, изготовленная методом спекания	1 год	2 года
Керамическая коронка (блок коронок, мостовидный протез), изготовленная методом фрезерования с каркасом из оксида циркония	3 года	5 лет
Коронки (блоки коронок, мостовидные протезы):		
- металлокерамические (кобальто-хромовый сплав)	1 год	3 года
- металлокерамические (золотоплатиновый сплав)	3 года	5 лет
- полимерные (временные коронки из пластмассы)	1 мес.	3 мес.
- полимерные (временные коронки из композиционного материала)	3 мес.	6 мес.
- цельнометаллические литые (кобальто-хромовый сплав)	1 год	3 года
- цельнометаллические литые (золотоплатиновый сплав)	2 года	7 лет
Бюгельные протезы:		
- с фиксацией при помощи кламмеров	1 год	3 года
- с фиксацией при помощи замковых креплений	1 год	3 года
Съемные протезы:		
- частичный съемный протез	1 год	2 года
- полный съемный протез	1 год	3 года

врача-ортопеда не реже 1 раза в 6 месяцев с целью перебазируют базиса протеза, а также замены фиксирующих элементов.

5. При изготовлении тотальных конструкций на имплантатах и по показаниям пациент обязан пользоваться разобщающей каппой. Для контроля использования каппы в целях определения срока изготовления новой каппы, осмотр производится не реже 1 раза в 4 месяца.

При невозможности повторной имплантации сумма, внесенная за оплату услуг имплантации, учитывается при протезировании. В случае отказа заказчика от установки зубного протеза на установленный исполнителем имплантат гарантийные обязательства на имплантат не сохраняются. Курение, бруксизм являются основными факторами риска для осложнений имплантации.

В стоматологических клиниках Ростовской области разработаны условия выполнения гарантийного срока пользования зубными протезами после завершения протезирования, изготовления протезов и фиксации их в ротовой полости:

- соблюдение пациентом правил личной гигиены полости рта;
- гигиенический индекс, не превышающий 2 баллов по Федорову—Володкиной. При нарушении гигиены полости рта (гигиенический индекс более 2) срок гарантии снижается на 50%;
- отсутствие у пациента бруксизма, деформаций челюстей, гингивита, генерализованного пародонтита, афтозного стоматита, кератоза слизистой оболочки полости рта, лейкоплакии, проявлений в полости рта многоформной экссудативной эритемы, красного плоского лишая, аллергии к протезным материалам, обычного вывиха или подвывиха височно-нижнечелюстного сустава, а также проявлений общих заболеваний — диабета, гастрита и новообразований;
- возникновение вторичного кариеса или пульпита под коронкой;
- рН слюны пациента не ниже 6,8;

- отсутствие влияния вредных веществ на производстве.

Нами разработаны требования к пациенту после проведенного протезирования, которые больной должен знать:

- четкое выполнение рекомендаций врача;
- регулярное и грамотное соблюдение правил личной гигиены полости рта (после обучения), утром и вечером — чистка зубов, зубных протезов, полоскание ротовой полости и зубных протезов после еды;
- отказ от курения;
- посещение врача для коррекции протезов, ни в коем случае не проводить самостоятельно коррекцию зубных протезов и их починку;
- обращение к врачу с профилактической целью не реже 1 раза в год, а при появлении осложнений или поломке протезов — немедленно;
- претензии пациентов относительно зубных протезов, предусмотренные действующим законодательством по защите прав потребителей, могут быть предъявлены в течение гарантийного срока службы при условии, что пациент выполнял рекомендации врача.

Врач стоматологической клиники должен довести до сведения пациента назначенные сроки службы и сроки гарантии изготовленных зубных протезов. В случае согласия пациент должен ознакомиться и подписать договор оказания стоматологических услуг и лист информированного согласия. Ознакомление пациента с договором и его подпись обязательны по следующим обстоятельствам. Во-первых, обязанность письменно оформлять договор вытекает из закона. Во-вторых, законодатель дает возможность конкретной стоматологической клинике изменить некоторые положения Гражданского Кодекса в договоре. Это позволяет ЛПУ трактовать действующее законодательство в свою пользу, что становится невозможным при несоблюдении письменной формы договора. В-третьих, договор — это финансовый документ. Оказание непосредственно медицинской помощи регламентируется соответствующими медицинскими стандартами и правилами, медицинской документацией, а возмещение имущественного ущерба и вреда здоровью — Федеральным законом «О защите прав потребителей» и Гражданским Кодексом РФ. Вопросы регулирования расчетов (порядок оплаты, срок оплаты, ответственность за нарушение денежного обязательства) между сторонами оказались вне рамок устоявшегося документооборота, так как платной медицина стала сравнительно недавно. Учетная форма №043-у (медицинская карта) не требует обязательного предъявления паспорта при ее заполнении, а отсутствие достоверных данных о пациенте лишает стоматологическую клинику возможности обратиться в суд в случае неисполнения пациентом своей обязанности оплатить оказанную медицинскую помощь. Причем договор на оказание медицинской помощи и правила предоставления медицинских услуг не являются взаимозаменяемыми документами. Договор — это двухсторонняя сделка, порождающая взаимные права и обязанности участвующих в сделке сторон и влекущая гражданскую ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по договору. Правила предоставления медицинской помощи — это документ, устанавливающий внутренний распорядок, режим работы ЛПУ. Хотя правила предоставляют определенные права и обязанности пациенту и клинике, однако за их нарушение нельзя привлечь к общегражданской ответственности. Кроме того, в правилах индивидуально определена лишь одна из сторон — клиника, данные о второй стороне — пациенте — правила не содержат. Поэтому правила предоставления медицинских услуг нельзя признать договором. Это два самостоятельных документа.

Лист информированного согласия — это новый документ и для пациента, и для стоматологических клиник, и для врачей. На врача, оказывающего медицинскую помощь в отношении повторного протезирования, ложится большая ответственность перед пациентом за умение грамотно подать ту информацию, которая связана с заполнением листа информированного согласия. Необходимость оформления листа информированного согласия вытекает из требования статьи 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993), в которой говорится, что необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

При повторном протезировании врач в первую очередь предоставляет пациенту сведения о результатах обследования, наличии заболевания, поставленном диагнозе и прогнозе. Далее в доступной для понимания пациентом форме врач должен рассказать о предстоящем медицинском вмешательстве, в чем оно будет заключаться, какие есть альтернативные методы лечения, каковы могут быть осложнения и вероятность их возникновения. Каковы могут быть последствия, если отложить момент начала лечения или не лечить совсем. Указанная информация должна быть подана врачом в таком виде, чтобы у пациента не возникло ощущения, что врач хочет сложить с себя всякую ответственность за предстоящее медицинское вмешательство. Информация предоставляется для осознанного выбора пациентом правильного метода лечения. Лист информированного согласия — это своего рода разрешение пациента, даваемое врачу для проведения медицинского вмешательства, без которого врач теоретически не имеет права начать лечение.

Итак, ключевым моментом повторного протезирования являются организационные вопросы, связанные с достаточным информированием больного, правильным ведением документации и диспансеризации в течение гарантийного срока. Организационно-правовые аспекты обеспечения эффективного повторного протезирования требуют обязательного применения дополнительных видов документов для полного информирования пациентов: обязательства врача и персонала по хранению врачебной тайны, информационное письмо для нового пациента (режим работы клиники), протокол разъяснительной беседы с пациентом (в том числе по ценам), информированное согласие пациента на лечение, требование (заявление) пациента провести ему определенную альтернативную терапию, согласование гарантийных сроков и сроков службы протезов.

Литература

1. Бутова В. Г., Кирилина М. Р., Лебедева А. Ф., Жеребцов А. Ю., Сахаров М. В., Сахаров Р. В. Методические подходы к изучению сроков пользования и сроков службы зубных протезов // *Стоматология для всех*. — 2010. — №2. — С. 26—28.
2. Олесова В. Н., Набоков А. Ю., Дмитренко Л. Н., Гарпафудинов Д. М., Мушеев И. У., Дахно Л. А., Золотарев А. С. Компьютеризированное планирование дентальной имплантации // *Российский вестник дентальной имплантологии*. — 2004. — №2 (6). — С. 54—57.
3. Орехова Л. Ю., Кудрявцева Т. В. Стоматологическая деятельность. — М: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003. — 192 с.
4. Олесова В. Н., Магамедханов Ю. Н., Мушеев И. Ю., Гарпафудинов Д. М., Золотарев А. С., Кащенко П. В. Сравнительная оценка эффективности дентальных имплантатов в зависимости от сроков их нагружения после двухфазной имплантации // *Российский вестник дентальной имплантологии*. — 2004. — №2 (6). — С. 36—39.

5 лет стоматологическому отделению ДКБ

24 апреля 2011 года исполнилось сто лет со дня основания Дорожной клинической больницы в Ростове-на-Дону, и это большой срок. Но назвать больницу «старейшей» трудно: современный больничный комплекс напоминает ухоженную территорию санатория. Вековая история больницы богата событиями. И те, кто вершил и вершит эту историю, без сомнения, вписывают новые славные страницы в летопись всей отечественной медицины

Хорошая многолетняя репутация, широкие диагностические возможности, эффективное лечение — это рекомендации, привлекающие в больницу десятки тысяч пациентов. Более сотни страховых компаний и крупных предприятий города и области называют специалистов больницы своими деловыми партнерами.

Новейшее оборудование и современные методики позволили добиться высоких показателей работы. Почетное 1-е место в ряду лучших медучреждений ОАО «РЖД», престижная международная премия «Профессия — Жизнь» за достижения в области клинической медицины, отзывы благодарных пациентов — лучшие награды и результат кропотливого труда работников больницы.

Дорожная клиническая больница расширяет свои возможности и достойно представляет передовые медицинские технологии XXI века. 2 апреля 2007 года на базе Дорожной клинической больницы было создано стоматологическое отделение. Заведует отделением врач высшей категории Святослав Анатольевич Королинский.

Современное оборудование и новейшие технологии позволяют решать самые разнообразные проблемы, возникающие у пациентов, обеспечивать быструю и точную диагностику в комфортабельных условиях обследования и лечения. Высококвалифицированный персонал, сочетающий в себе знания, приобретенные многолетней практикой, стремление к постоянному совершенствованию и прекрасные личные и деловые качества, обеспечивает эффективную стоматологическую помощь и теплое радушно отношение. Все врачи имеют сертификаты специалистов, активно участвуют в научно-исследовательской работе, ежегодно повышают свою квалификацию.



Мы окажем помощь по любому направлению стоматологии:

ОРТОПЕДИЯ (бюгельное протезирование, металло-керамика, безметалловая керамика, виниры, полные съемные протезы из импортных пластмасс холодной полимеризации, телескопические системы фиксации, протезирование на имплантах, вкладки).

ТЕРАПИЯ (лечение кариеса и дефектов твердых тканей зуба, современная машинная эндодонтия, профессиональная гигиена, внутреннее и наружное отбеливание зубов, виниры).

ОРТОДОНТИЯ (лечение всех видов зубочелюстных аномалий, исправление прикуса в любом возрасте, установка и фиксация брекет-систем, работа со съемной ортодонтической техникой, треймеры, изготовление ретенционных аппаратов, подготовка под ортопедическое лечение, установка декоративных скайзов).

ХИРУРГИЯ (современная консервативная и оперативная пародонтология, зубная имплантация, поднадкостничные импланты, направленная тканевая регенерация (восстановление убыли костной ткани челюсти, устранение рецессий десневого края), коррекция губ и языка, углубление преддверия полости рта, эндоскопическая челюстно-лицевая хирургия (малоинвазивные операции на придаточных пазухах носа), лечение воспалительных заболеваний и травм челюстно-лицевой области, амбулаторно и в условиях стационара, лазерная хирургия. Общее обезболивание — наркоз).



ОБРАЩАЙТЕСЬ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДОРОЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ПО АДРЕСАМ:

г. Ростов-на-Дону, ул. Варфоломеева, 92а, поликлиника, 1 этаж, тел. (863) 259-45-08

г. Ростов-на-Дону, Театральная пл., 4, поликлиника №3, тел. (863) 259-02-84

г. Батайск, ул. Куйбышева, 140, поликлиника, 1 этаж, тел. (86354) 4-52-25



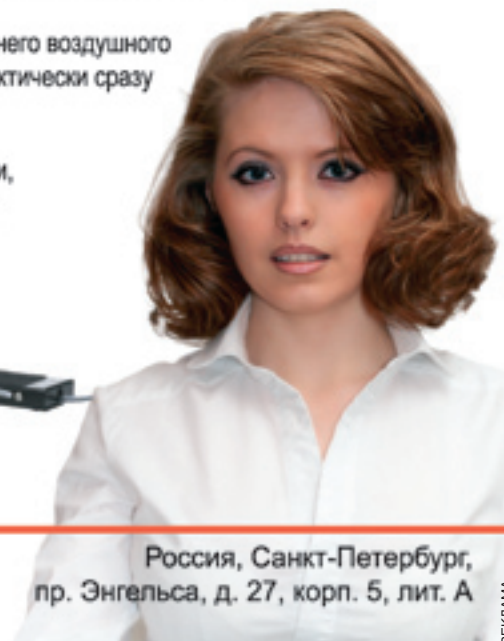
Латус

медицинские лазерные аппараты

Латус - это:

- > современные, компактные медицинские лазерные аппараты с широким спектром применения;
- > возможность выбора необходимого диапазона мощности (от 0,1 до 60 Вт), режима работы (импульсный/непрерывный) и длины волны (661, 810, 940, 1400 нм) в соответствии с проводимым лечением или профилактикой заболеваний;
- > наилучшее соотношение "цена/качество" среди медицинских аппаратов, представленных на российском рынке;
- > мобильность, возможность воздействия на глубоко расположенные ткани, высокая точность и избирательность воздействия, отсутствие водяного и внешнего воздушного охлаждения, простота обслуживания и использования, готовность к работе практически сразу после включения, обучение специалистов.

Области применения: косметология, дерматология и сосудистые патологии, флебология, онкология, гинекология, урология, ЛОР, общая и эндоскопическая хирургия, нейрохирургия, бронхопульмонология, стоматология, фотодинамическая терапия, фотомодификация крови, стоматология ФДТ, долго заживающие раны.



www.atcus.ru

Тел.: 8 (812) 294-25-32
E-mail: sales@atcsd.ru

Россия, Санкт-Петербург,
пр. Энгельса, д. 27, корп. 5, лит. А

РЕКЛАМА



НПО "Полистом"

Лидер в производстве остеопластических материалов на основе фосфатов кальция

Гидроксиапол - фирменное название гидроксиапатита (ГАП)

ТКФ-95 - гранулы трикальцийфосфата для регенерации костной ткани

ФтАП-50 д - порошок фторгидроксиапатита используется при лечении и профилактике кариеса для защиты пульпы и усиления дентиногенеза

Композиционные материалы (биополимер+ГАП)

Гемостатический Колапол КП - лучший отечественный местный гемостатик

Гапкол, Колапол КП-2 - композиционный материал, служащий для лечения пародонтита

Колапол КП-3 - композиционный материал, служащий для заполнения костных полостей различного генеза

Пародонкол - резорбируемые мембраны для направленной регенерации костной ткани

Индост - остеоиндуктивный композиционный материал, служащий для усиления регенерации костной ткани

ТрАпекс-гель - рекомендуется для заапекального выведения при лечении деструктивных форм периодонтита (при наличии кистогранулем)



Москва, 107023, Большая Семеновская, 40

тел./факс (495) 737-68-92, тел. (495) 967-99-38

сайт: www.polystom.ru e-mail: office@polystom.ru

РЕКЛАМА

Анализ претензий на качество проведенного ортопедического лечения в стоматологических учреждениях г. Ростова-на-Дону и Ростовской области, рассмотренных в ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника» за период 2009—2011 гг.

*Новгородский С. В., д.м.н., профессор, главный врач ГБУ РО «СП»;
Мартыненко В. В., заведующий ортопедическим отделением ГБУ РО «СП»;
ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника», г. Ростов-на-Дону*

На протяжении ряда лет нами проводился анализ конфликтных ситуаций, возникающих по ходу и по окончании проведенного пациентам ортопедического лечения. К сожалению, приходится констатировать тот факт, что происходит резкое увеличение числа претензий к качеству протезирования, особенно невозможного характера. Это невозможно связывать только с ухудшением качества оказания стоматологической помощи населению, потому что за последнее десятилетие в ортопедической стоматологии появился богатый арсенал новых стоматологических материалов и медицинской техники, позволяющий применять на практике новейшие технологии для оказания широкого спектра стоматологических услуг на самом высоком уровне.

Увеличение количества жалоб и претензий со стороны пациентов и тенденция к их росту могут быть обусловлены, с одной стороны, появлением большого числа стоматологических клиник различных форм собственности и внедрением рыночных отношений в практику стоматологии. В результате этого пациент является одновременно не только потребителем стоматологических медицинских услуг, но и получателем товара, производимого стоматологической индустрией в виде протезов. С другой стороны, при неудовлетворенности пациента качеством оказанного лечения предъявление претензий в различные инстанции может объясняться осознанием своих прав как субъекта правового государства, при этом совершенно без учета взятых на себя обязательств.

В соответствии с действующим законодательством, в частности с федеральным законом «О защите прав потребителей», пациенты впервые получили правовую возможность на оценку качества оказанной медицинской услуги и право предъявлять претензии вплоть до судебных исков в случаях, если они этим качеством

не удовлетворены. В области стоматологии, в особенности ортопедической, связанной с изготовлением и установкой протезов, пациенты наиболее часто считают себя способными самостоятельно проводить экспертизу качества выполненной услуги. Поэтому, к сожалению, далеко не всегда пациенты адекватно оценивают качество оказанной им медицинской помощи. Наиболее часто причиной их заниженной оценки являются необоснованные ожидания «полного исцеления» в результате лечения.

Анализ возникновения конфликтных ситуаций, проведенный нами, позволяет условно разделить все претензии на три основные категории:

I — обоснованные претензии пациентов к неудовлетворительному качеству лечения и врачебным ошибкам (около 25%);

II — претензии, обусловленные объективной сложностью лечения патологий, с которыми обратились пациенты (примерно 40%);

III — необоснованные претензии пациентов, чаще всего страдающих психозомоциональными расстройствами (около 35%).

Кроме того, все претензии, возникающие по ходу протезирования и после его окончания, можно разделить на три группы по времени возникновения:

- претензии, возникшие в ходе протезирования;
- претензии, возникшие сразу после установки протезов в полости рта;
- претензии, возникающие в процессе эксплуатации протезов.

Претензии, возникшие по ходу протезирования, обычно связаны с негативным отношением персонала, необоснованным изменением цены в сторону увеличения, с некачественным ходом лечения, с невыполнением взятых обязательств по срокам протезирования, а также

с низким качеством предоставляемых услуг.

Претензии, возникшие в фазе окончания протезирования, в момент установки протезов, в основном характеризуются неудовлетворенностью пациента качеством изготовленных протезов и их эстетическим видом. Это может быть обусловлено, с одной стороны, действительно некачественным протезированием, с другой — завышенными требованиями ожидаемого результата лечения.

Претензии, возникающие в ранние сроки после окончания протезирования, в основном основываются на неудовлетворяющей пациента эстетике, на невозможности полноценного пережевывания пищи, на нарушении функции речи, на болевых ощущениях в области, расположенной в зоне протезирования. Они бывают объективными и субъективными. Объективные претензии связаны с теми причинами, которые вызваны непосредственно результатами протезирования, например, ошибки в оформлении прикуса. Субъективные — те претензии, которые возникли после протезирования, не связаны с его качеством, носят временный характер и устраняются в период адаптации к протезам самостоятельно или с помощью вмешательства специалистов смежных специальностей, например, при нарушении дикции — логопеда.

Претензии, предъявляемые пациентами в более отдаленные сроки, в основном характеризуются нарушением целостности протезов (поломкой), расцементировкой, ухудшением фиксации протезов, изменением цвета искусственных зубов. Доля отдаленных претензий и жалоб составляет всего 2—5% от общего количества. Если возникновение претензий, относящихся к первым двум группам, практически полностью зависит от врача и качества проведенного лечения, и ситуация может контролироваться и регулироваться, то возникновение претензий,

относящихся к третьей группе, не может контролироваться ввиду прекращения контакта между пациентом и врачом. На возникновение данной конфликтной ситуации влияют различные факторы — неправильная эксплуатация зубов, невыполнение предписаний лечащего врача, травматический фактор, слабая гигиена, вредные привычки и профессиональные навыки (например, перекусывание ниток портными) (рис. 1).

По данным диаграммы, отмечается снижение обоснованных жалоб, что происходит благодаря грамотной кадровой политике администрации в стоматологических учреждениях, повышению профессионального уровня специалистов, внедрению нового оборудования и технологий, применяемых при лечении ортопедических пациентов, умеренной политике при формировании цен на услуги, а также повышению культуры обслуживания пациентов.

Одновременно с этим пропорционально растет количество претензий необоснованного характера. Это связано не только с общими факторами, влияющими на жизнь населения, провоцирующими стрессы и депрессивные состояния, но и со слабой информированностью о возможностях ортопедического лечения, правах и обязанностях самих пациентов. Основной обязанностью пациента является сохранение собственного здоровья благодаря ведению здорового образа жизни, своевременному лечебно-профилактическому обращению к специалистам, в том числе и к стоматологу, правильному питанию. Но безответственное отношение к своему здоровью, в частности к зубам, приводит к их ранней потере, а навязанные псевдорекламой и различными сомнительными публикациями впечатления дают неправильное, а порой — гипертрофированное представление о возможностях современного восстановления зубочелюстной системы и ее функций. В результате этого многие пациенты, предвкушая радужные, надуманные результаты протезирования, после проведенного им качественного лечения недовольны его результатами. При этом никому в голову не придет требовать от протеза ноги равноценного замещения утраченной части тела и жаловаться на потерю чувствительности. А при протезировании зубов такие требования выдвигаются. Поэтому наша задача — подробно информировать пациента не только о виде и ходе предполагаемого лечения, но и о конечном его результате.

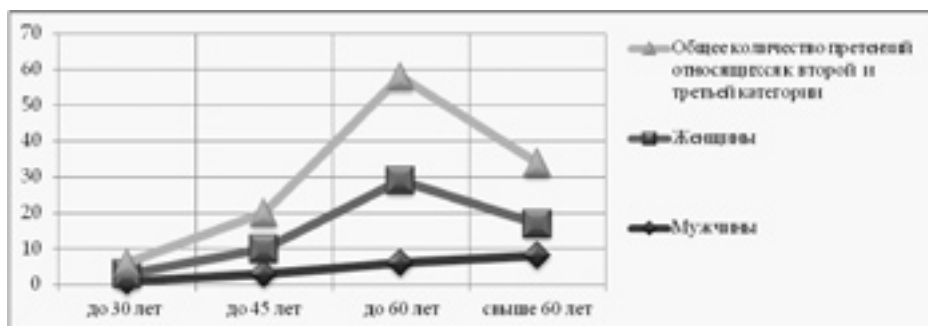


Рис. 1. Диаграмма изменения количества претензий за период 2009—2011 гг. по трем основным группам.

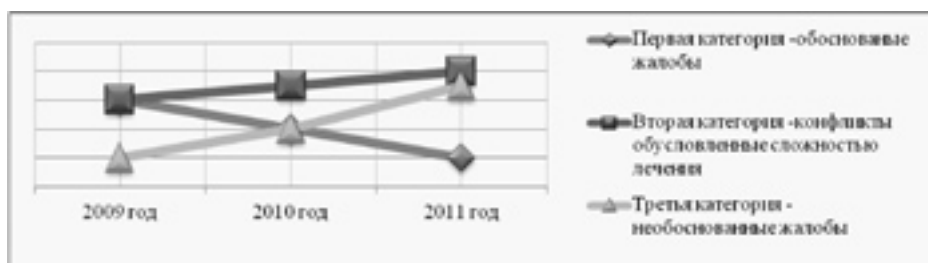


Рис. 2. Динамика изменения количества претензий в зависимости от возраста и пола пациентов.

На диаграмме (рис. 1) видно, что вторая категория претензий, обусловленная объективной сложностью лечения, имеет тенденцию к незначительному росту. Запущенное состояние полости рта, слабая, а порой и полностью отсутствующая гигиена затрудняют не только сам процесс протезирования, но и снижают позитивный конечный результат лечения. При этом чаще всего эта группа пациентов считает, что за те деньги, которые они заплатили, им не провели в полном объеме восстановление функции и эстетики зубочелюстной системы, не учитывая плачевное состояние зубов до начала протезирования.

Интересные данные мы получили, проведя анализ по суммарному количеству жалоб второй и третьей категорий за период 2009—2011 гг., разделив пациентов по полу и возрасту (рис. 2).

Наибольшее число претензий приходится на возрастную группу от 45 до 60 лет и свыше. Это легко объяснить тем, что пациенты данной возрастной группы имеют наиболее сложные диагнозы, клиническая картина выглядит порой ужасающе, а требования, несмотря на это, остаются самыми высокими как с функциональной точки зрения, так и с эстетической. Необходимо также учитывать и физиологические особенности данной возрастной группы, многочисленные сопутствующие заболевания, а также психоэмоциональное состояние, присущее людям среднего возраста. Нужно отметить, что наиболее ярко

все сопутствующие симптомы, характеризующие данную возрастную группу, проявляются у женщин. Это связано с тем, что женщины менее устойчивы к психоэмоциональным нагрузкам, стрессам, воздействию внешних факторов и подвержены влиянию постороннего мнения, а также инволютивным процессам, протекающим в данный период жизни. Если анализировать качественные показатели претензий данной возрастной группы по обоим полам, то можно отметить, что у женщин претензии на восстановление функции составляют примерно 10—15%, а на неудовлетворительную эстетику — 70—75% от общего количества. При этом жалобы у мужчин на восстановление функции составляют 60—70%, а на неудовлетворительную эстетику — значительно меньше, 20—25%. Группа жалоб по остальным категориям у обоих полов примерно равна и составляет 15—20% (рис. 3).

Представляют интерес данные, иллюстрирующие количество претензий пациентов во временном аспекте (рис. 4, 5, 6).

Проведя анализ данных, можно констатировать, что за последние три года резко снизилось количество жалоб, возникших в процессе протезирования, что легко объяснить ужесточением конкуренции на рынке стоматологических услуг, возможностью выбора пациентом врача, клиники любого уровня. При этом клиники, которые не смогли вовремя приспособиться к новым условиям и не в состоянии обеспечить

весь комплекс услуг, сначала сдают свои позиции, потом и вовсе уходят с рынка. В свою очередь, возросло число претензий на эстетику проведенного лечения, связанных, с одной стороны, с требованиями пациентов, которые стали опережать возможности стоматологической индустрии, с другой — пациенты не в состоянии объективно оценить реальную картину состояния своих зубов, а также их анатомо-функциональные особенности. Претензии, характеризующие неудовлетворительную функцию, в подавляющем большинстве относятся к протезированию при диагнозе «полная адентия» и составляют примерно 80% от общего числа. Из них 70% жалоб — при изготовлении протезов на нижнюю челюсть.

Количество претензий, возникающих в процессе эксплуатации, и группа прочих претензий остаются примерно на одном уровне, при этом данные виды претензий наиболее объективны и практически постоянны.

При глубоком анализе происхождения конфликтных ситуаций и их урегулирования выясняется, что в данной ситуации не заинтересованы ни пациент, ни врач, ни руководство лечебного учреждения. Принимая во внимание, что подавляющее число претензий возникает и зависит от поведения самих участников конфликта, не проще ли не допускать их, а при возникновении противоречий — урегулировать своими собственными силами, не прибегая к помощи вышестоящих организаций. В любом случае, при невозможности или нежелании урегулировать инцидент в кабинете врача придется в дальнейшем потратить намного больше времени и сил не только врачу и руководству клиники, но и пациенту. При этом данная ситуация послужит антирекламой клинике, а пациенту придаст статус скандалиста. Поэтому специалистам, работающим в сфере ортопедической стоматологии, необходимо помнить, что от количества пациентов, их отзывов о вас и вашей клинике зависит ваш статус врача и, наконец, ваше материальное благосостояние. А пациенты должны помнить, что от лечащего стоматолога зависит не только их здоровье, но и внешний вид. Поэтому необходимо быть взаимно вежливыми, объективно относиться к проблемам, возникающим по ходу протезирования и после него, и помнить, что неразрешимых конфликтов нет, было бы обоюдное желание их преодолеть.

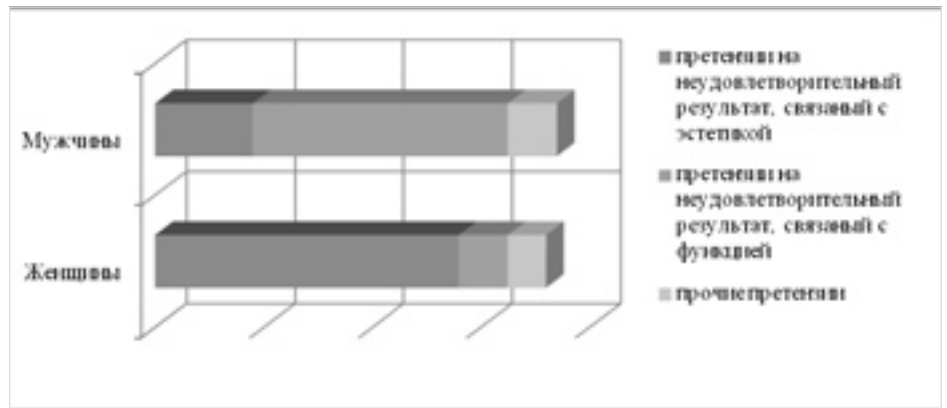


Рис. 3. Диаграмма соотношений претензий по эстетическим и функциональным требованиям.

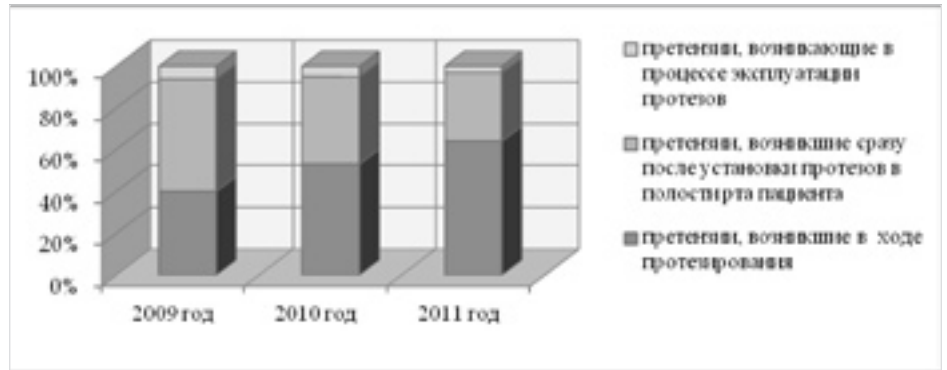


Рис. 4. Виды претензий пациентов по времени возникновения.

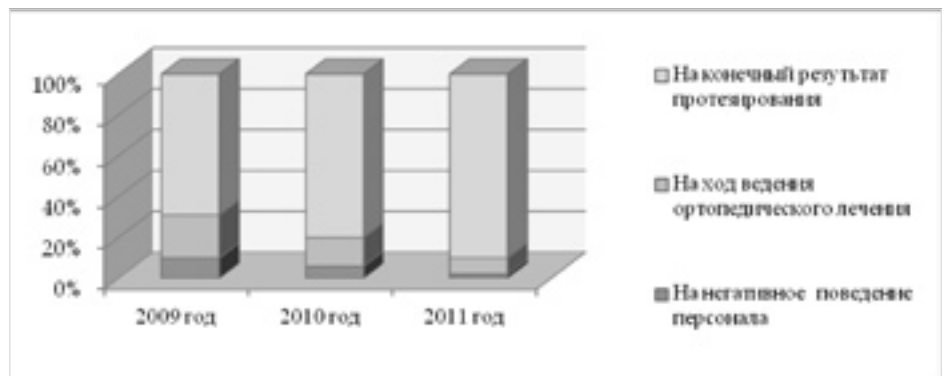


Рис. 5. Виды претензий, возникших по ходу протезирования.

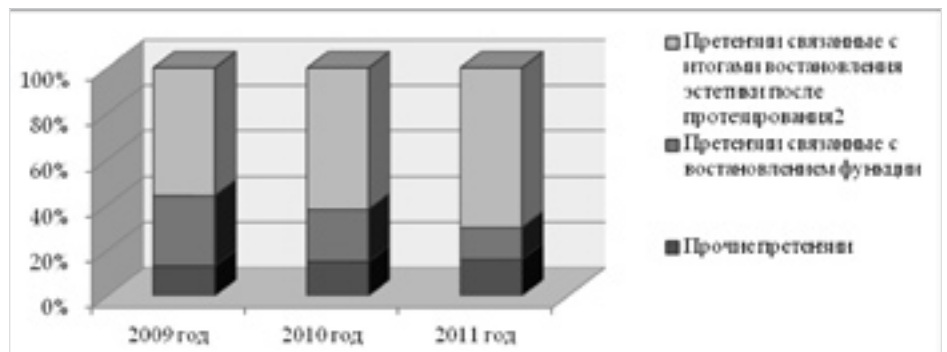


Рис. 6. Виды претензий пациентов после окончания протезирования.

Анализ дефектов протезирования зубов и оптимизация организационных мер по их предупреждению

Максюков С. Ю., Беликова Е. С., Гаджиева Д. Н., Шахбазов О. И., ГБОУ ВПО «РостГМУ» Минздравсоцразвития России, г. Ростов-на-Дону

На каждом этапе ортопедического лечения частичной адентии могут возникнуть осложнения и неблагоприятные последствия, порой связанные с быстрым развитием стоматологической науки и практики, внедрением новых технологий и материалов для изготовления ортопедических стоматологических конструкций и дефицитом аргументированных научных сведений об эффективности их применения. Вместе с тем повышается требовательность к качеству ортопедического лечения как необходимого звена в системе охраны здоровья населения, обеспечивающего долговременную реабилитацию стоматологических больных. При адентии характер заболевания необратим, высока вероятность его прогрессирования, а перспектива повторного протезирования неизбежна. Рациональный выбор ортопедических конструкций при повторном протезировании невозможен без понимания непосредственных причин замены предыдущих зубочелюстных конструкций.

Целью настоящей работы явилось проведение анализа случаев дефектного протезирования, повлекших за собой повторное протезирование зубов, и выработка мер по оптимизации тактики повторного протезирования.

Аналізу подвергались результаты первичного протезирования зубов у 621 больного. Среди 621 обследованного 267 пациентов (43,0%) получали первичное протезирование в клиниках города Ростова-на-Дону, 201 (32,4%) — в медицинских учреждениях других городов Ростовской области и 153 (24,6%) — в сельских районах Ростовской области. Возраст больных варьировался от 19 до 75 лет, в среднем составил 64,5±1,6 года. В указанную группу вошли 398 женщин (64,1%) и 223 мужчины (35,9%).

Выявленные дефекты первичного протезирования повлекли за собой повторное ортопедическое лечение больных. Были проанализированы 223 случая ошибок протезирования из клинической группы больных и дополнительно 26 наблюдений дефектного протезирования бюгельными протезами — всего 249 пациентов. Дополнительное исследование эффективности бюгельного протезирования было обусловлено тем обстоятельством, что в клинической группе случаи дефектов этого типа протезов были малочисленными.

Встречаемость несъемных протезов от общего количества случаев дефектного первичного протезирования была наибольшей и составила 73,5% (n=183); съемных протезов, исключая бюгельные, — 16,1% (n=40); бюгельных протезов — 10,4% (n=26).

Воспалительные изменения в прилегающих к зубным протезам мягких тканях были обусловлены в большинстве своем неудовлетворительной подготовкой полости рта перед протезированием (n=63, 34,4%) (табл. 1). Перед проведением первичного протезирования стоматологами не было уделено должного внимания лечению тканей пародонта, не была проведена профессиональная гигиена полости рта, включая снятие зубных отложений.

В 25,1% случаев при дефектном протезировании постановка несъемных протезов являлась нецелесообразной и была вызвана настоятельной просьбой больных, что свидетельствовало о низкой активности врачей при объяснении осложнений в каждом конкретном случае и разьяснении возможностей современного протезирования при использовании съемных конструкций. В 20,2% наблюдений применение мостовидных зубных протезов

большой протяженности было произведено без учета состояния опорных зубов и силовых взаимоотношений между зубными рядами, что привело в последующем к подвижности опорных зубов, появлению болевых ощущений. Неудовлетворительное моделирование облицовки зубных протезов, наблюдавшееся в 18% случаев, сопровождалось эстетическими нарушениями, а конструкционные ошибки с неплотным смыканием зубов (9,3%) вызвали фонетические нарушения.

Далее были проанализированы случаи дефектного протезирования зубов съемными протезами (частичные и полные пластиночные зубные протезы) (табл. 2).

Чаще других причиной жалоб больных в обследованной группе выступало воспаление тканей протезного ложа (токсические стоматиты, пролежни, маргинальный гингивит) ввиду неудовлетворительной подготовки полости рта к протезированию (27,5%). В 15% случаев были допущены ошибки в определении центрального соотношения челюстей, неправильное определение межальвеолярной высоты в 5% случаев сопровождалось мацерацией углов рта и ангулярным хейлитом. Неудовлетворительная постановка искусственных зубов с отклонением их от центра альвеолярного отростка в 15% случаев явилась причиной таких жалоб, как эстетические нарушения, нарушения дикции, акта жевания. В 15% наблюдений отмечали перегрузку опорно-удерживающего аппарата зубов. Анализ дефектов выявил следующие конструкционные ошибки: неудовлетворительная фиксация полных съемных зубных протезов (10%); укорочение границ базисов зубных протезов, дистальный край зубного протеза не перекрывал слепые отверстия (10%); неправильный выбор конструкций протезов (10%); неправильное расположение кламмеров (7,5%). В 10% случаев отмечали низкое качество отделки и полировки зубных протезов. Отсутствие мягкой подкладки в области костных экзостозов в 7,5% наблюдений было причиной выраженного болевого синдрома. В 5% случаев при первичном протезировании больных не обследовали на аллергию к акриловым пластмассам, что привело к развитию токсико-аллергического стоматита.

При анализе причин дефектов бюгельного протезирования было установлено, что травматическое действие бюгельного зубного протеза в 19,2% наблюдений было обусловлено неправильным расположением дуги и ответвлений каркаса, в 15,4% — отсутствием зазора между каркасом и мягкими тканями протезного ложа, в 7,7% — неправильным расположением каркаса в области десневого края и уздечек. В 19,2% случаев была обнаружена неудовлетворительная фиксация и стабилизация протеза, что частично было связано с неправильным расположением опорно-удерживающих кламмеров (7,7%) и неверным выбором конструкций протеза (15,4%). Недостаточная моделировка опорных и ретенционных зон бюгельной коронки была обнаружена в 23,1% наблюдений.

Важной частью стратегии повторного протезирования зубов являются организационные вопросы:

- расширение обследования пациента перед протезированием согласно предложенному алгоритму;
- создание предварительного и окончательного плана повторного ортопедического лечения;

Причины дефектов первичного протезирования несъемными протезами, повлекших повторное протезирование (n=183)

Причины дефектов	Количество	
	Абс.	%
Неудовлетворительная подготовка полости рта перед протезированием	63	34,4
Изготовление зубных протезов в ранние сроки после удаления зубов	14	7,7
Применение мостовидных зубных протезов большой протяженности без учета состояния опорных зубов и силовых взаимоотношений	37	20,2
Замещение концевых дефектов консольными зубными протезами	12	6,6
Конструкционные ошибки, обусловившие неплотное смыкание зубов	17	9,3
Неудовлетворительное моделирование облицовки зубных протезов	33	18,0
Необоснованная постановка несъемных зубных протезов ввиду настоятельной просьбы больного	46	25,1

- документирование информированности пациента о плане лечения;
- документирование проведенных исследований и их результатов, подтверждающих полноценную диагностику;
- документирование всех манипуляций, назначений, этапов стоматологического лечения, промежуточных осмотров;
- информирование пациента о сроках лечения, его стоимости и гарантиях, возможных осложнениях, обсуждение и разъяснение рекомендаций по профилактике осложнений, графике профилактических осмотров с документированием факта информирования.

Нами была разработана специальная форма договора оказания стоматологических услуг при повторном протезировании, лист информированного согласия, обобщены рациональные гарантийные сроки и сроки службы протезов для стоматологических клиник Ростовской области (соответственно 1—2 года и 2—7 лет, в зависимости

от конструкции и материала протеза), разработаны условия для выполнения гарантийного срока пользования зубными протезами после завершения протезирования, изготовления протезов и фиксации их в ротовой полости, требования к пациенту после проведенного протезирования. Обобщены показания для материальной ответственности лечебного учреждения при дефектах протезирования и показания для отказа больным при повторном протезировании в финансовой ответственности учреждения ввиду субъективности жалоб пациентов.

Несмотря на то, что пациентов по окончании протезирования знакомят с графиком профилактических осмотров в период гарантийного срока, внедрены активные вызовы больных по телефону силами медперсонала лечебного учреждения, где больному оказывали ортопедические услуги.

На основании собственного опыта и литературных данных, **обобщенные показания для материальной ответственности лечебного учреждения** при дефектах протезирования видятся следующими:

Таблица 2

Причины дефектов первичного протезирования съемными протезами, повлекших повторное протезирование (n=40)

Причины дефектов	Количество	
	Абс.	%
Ошибки в определении центрального соотношения челюстей, межальвеолярной высоты	6	15,0
Неудовлетворительная фиксация протезов	4	10,0
Неправильное расположение кламмеров	3	7,5
Отклонение искусственных зубов от центра альвеолярного отростка	6	15,0
Укорочение границ базисов зубных протезов	4	10,0
Пористость пластмассы протезов	3	7,5
Перегрузка опорно-удерживающего аппарата зубов	6	15,0
Воспаление тканей протезного ложа	11	27,5
Недостаточное полирование протезов	4	10,0
Отсутствие мягкой подкладки в области костных экзостозов	3	7,5
Токсико-аллергический стоматит ввиду отсутствия должного учета аллергии на акриловые пластмассы	2	5,0
Неправильный выбор конструкций протезов	4	10,0

- факт неудовлетворительной фиксации протеза, процесс истираемости зубов со снижением межальвеолярного расстояния, поломка протеза в течение первых 6—12 месяцев после повторного протезирования;
- повышение величины смещения опорных зубов в первые 12 месяцев по сравнению с аналогичными значениями до протезирования на 0,5 мм и более по данным рентгенморфометрии, потеря опорных зубов;
- атрофия тканей протезного ложа и снижение эффективности жевания через 12 месяцев от начала эксплуатации, повышение количества десневой жидкости более 0,24 мг;
- воспаление тканей протезного ложа: повышение индекса РМА — более 29%, пробы Шиллера — Писарева — более 22%.

Решение о повторном протезировании может быть принято и раньше, при появлении балансирования, частых поломках протеза, порак в базисе, ухудшающих гигиену полости рта, нарушении окклюзии, изменении тканей протезного ложа. При этом рекомендуется не исправлять недостатки протеза (в частности, балансирование) путем перебазируютки самотвердеющей пластмассой ввиду образования пористой поверхности, ухудшающей гигиену полости рта, и плохих эстетических результатов (изменяется в цвете). Использовать лабораторную перебазируютку с коррекцией дефектов базиса оттисковой массой, а затем заменой ее пластмассой с последующей полимеризацией. Однако и при этом способе протезом следует пользоваться временно, только в период нового протезирования.

Коррекция сколов металлокерамических протезов должна финансироваться лечебным учреждением, если причиной скола являются ошибки врача-ортопеда или зубного техника.

Ошибки врача-ортопеда представлены следующими случаями.

- Расцементировка из-за чрезмерной конусности культи зуба (более 50). При чрезмерной конусности из-за стачивания ретенционных зон фиксации культи зуба приобретает клиновидную форму, что значительно ослабляет фиксацию протеза и может приводить к частым расцементировкам.
- Выбор металлокерамики как материала несъемного протеза у пациентов, страдающих бруксизмом или судорожными припадками при эпилепсии.
- Сочетание у одного и того же пациента во фронтальном отделе металлокерамической конструкции с окклюзией в дистальном отделе на разнородных, либо мягких и сильно подверженных истираемости материалах, при патологической истираемости зубов.
- Выполнение несъемного протеза консольного типа из металлокерамики (сколы из-за жевательных нагрузок), чрезмерно длинная промежуточная часть мостовидного протеза, особенно при использовании драгоценных сплавов, имеющих меньшую по сравнению с недорогими жесткость.
- Неправильное препарирование зубов (например, недостаточная конусность), приводящее к возникновению напряжения в каркасе коронки и последующему сколу облицовки.
- Плохо припасованные артикуляционные взаимоотношения, особенно если техническая часть работы производилась не в артикуляторе, а в окклюдаторе.
- Завышение прикуса, «артикуляционные замки», глубокое резцовое перекрытие, обратный прикус, функциональная перегрузка.

- Фиксация протеза на чрезмерно густой цемент, попадание инородных тел между культей зуба и коронкой.

В качестве ошибок техника выступают:

1. Неверное моделирование металлокерамического каркаса будущего протеза:

- слишком тонкий каркас промежуточной части протеза;
- слишком тонкий каркас в пришеечной части коронки;
- недостаточная высота литой основы, что вызывает необходимость наслоения чрезмерного количества керамики;
- не отмоделированный экватор или бугры зуба;
- несоблюдение технологии механической и химической обработки металлического каркаса;
- отверстия в металлокерамическом каркасе.

2. Наличие в керамике или металлическом каркасе протеза напряжений, появившихся в результате несоблюдения технологических правил нанесения керамики на металл или ее последующей обработки:

- перегрев металла при обжиге керамики;
- несоблюдение температурных соотношений при последовательных обжигах и охлаждении керамики;
- нарушение правил работы с керамическими массами, предлагаемых фирмами-изготовителями;
- излишнее количество «корректирующих» обжигов;
- несоблюдение технологии обработки керамики.

Показания для отказа больным при повторном протезировании в финансовой ответственности учреждения ввиду субъективности жалоб пациентов видятся следующими:

1. Жалобы больного на дискомфорт, причиной которого является изменение высоты прикуса при смене съемного протеза с пониженным прикусом на новый после окончания эксплуатационного срока, если высота прикуса нового протеза соответствует размеру нижней трети лица при состоянии физиологического покоя нижней челюсти. Выходом из положения является разъяснительная беседа о высоких функциональных качествах такого протеза.

2. Жалобы на стеснение и утомляемость языка, нарушение речи при плановой замене съемного протеза на другой. Ввиду более выраженной атрофии альвеолярного отростка на верхней челюсти в вестибулярной части по сравнению с небной, новый протез будет иметь более узкий размер дуги искусственного зубного ряда, что вызывает неприятные субъективные ощущения. При настоянии больных можно отступить от правил постановки зубов посередине альвеолярного отростка и расширить зубную дугу, однако предупредить об опасности нарушения фиксации. Как правило, опасность предупреждается фактом повторного протезирования, то есть выраженной привычкой больных пользоваться съемными протезами.

3. Применение функциональных проб Гербста ведет к тому, что нижний протез имеет расширенные границы. Новый протез вызывает неприятные ощущения, больные перестают им пользоваться, выставляя претензии. По настоянию пациентов можно формировать новый базис с укороченными границами при отсутствии претензий к лечебному учреждению.

Итак, разработанные тактические и организационные меры по оптимизации повторного протезирования направлены на повышение клинической и экономической эффективности протезирования зубов. При повторном протезировании зубов должна повышаться информированность больного о сроках лечения, его стоимости и гарантиях, возможных осложнениях, мерах по профилактике осложнений, графике профилактических осмотров.

2013



НИЖНЕВОЛЖСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ



- 12 Всероссийская специализированная выставка «Дентал-Экспо.Волгоград»
- оборудование, установки
- инструмент, материалы

- Межрегиональный клинический симпозиум
- Мастер-классы, обучающие семинары

Организаторы:



ВЦ «ВолгоградЭКСПО»
Тел./факс: (8442) 55-13-17
E-mail: stom@volgogradexpo.ru
www.volgogradexpo.ru



ВК ДЕНТАЛЭКСПО
Тел./факс: (495) 921-40-69
E-mail: region@dental-expo.com
www.dental-expo.com

Официальная поддержка



Генеральный информационный спонсор



Генеральный информационный партнер



27-29
МАРТА
ВОЛГОГРАД
ЭКСПОЦЕНТР



21-23
НОЯБРЯ
2012 ГОДА

Поддержка:
Министерство здравоохранения и социального развития РФ;
Администрация Ростовской области;
Министерство здравоохранения Ростовской области;
Ассоциация стоматологов России (СТАР)



выставка
СТОМАТЭКС
СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

XI ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ – 2012 г.»

Стоматологическое оборудование и инструменты
Имплантология
Стоматологические материалы
Ортодонтическая продукция

Средства гигиены полости рта
Стоматологические услуги
Стоматологическая мебель
Медицинская одежда



РОСТОВ-НА-ДОНУ, ПР. М. НАГИВИНА, 30, ТЕЛ. (863) 268-77-68, WWW.VERTOLEXPORU

Триумфальное возвращение

на российский рынок

с т о м а т о л о г и ч е с к и х у с т а н о в о к

Хиромега

(Словакия)



Дистрибьютор в России —
ООО «Колечко»

129090, г. Москва,
Б. Сухаревская пл., д. 5
Тел.: (495) 627-05-63, 608-77-43
e-mail: kolechko@orc.ru