

На правах рукописи

Лавренюк Евгений Андреевич

Соблюдение клинических рекомендаций (протоколов лечения) при оказании стоматологической помощи пациентам с болезнями пульпы и периапикальных тканей

14.01.14 – стоматология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Тверь – 2019

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России) на кафедре терапевтической и детской стоматологии

Научный руководитель:

Заслуженный врач РФ,

доктор медицинских наук, профессор

Вагнер Владимир Давыдович

Официальные оппоненты:

Гажва Светлана Иосифовна доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии ФДПО Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Приволжский исследовательский медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Гринин Василий Михайлович доктор медицинских наук профессор, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ведущее учреждение: Академия постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства».

Защита состоится " ____ " _____ 2019 года в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.099.01 при ФГБОУ ВО "Тверской государственной медицинской академии" Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 170100, г. Тверь, ул. Советская д. 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России по адресу: 170100, г. Тверь, ул. Советская, 4 и на сайте www.tvgmu.ru.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2019 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета**

доктор медицинских наук, доцент

Мурга В.В.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Сохранение и поддержание хорошего уровня здоровья населения в значительной степени зависит от качества оказания стоматологической помощи, являющейся одним из самых массовых видов медицинской помощи.

В структуре заболеваемости населения России, болезни органов и тканей рта составляют от 20 до 25% и занимают третье место. Остаются высокими и показатели обращаемости населения к врачам-стоматологам – второе место после обращаемости к врачам-терапевтам и врачам общей практики, что свидетельствует о высоком уровне потребности населения в стоматологической помощи. Несмотря на развитие профилактического направления в стоматологии, болезни пульпы и периапикальных тканей составляют 25-30% в структуре стоматологической заболеваемости. При этом их лечение является одной из наиболее сложных проблем современной терапевтической стоматологии. Качество лечения болезней пульпы и периапикальных тканей во многом зависит не только от квалификации врача-стоматолога-терапевта, соблюдения алгоритма и методик лечения, но и от индивидуальной реакции организма пациента на проведенное лечение, наличия сопутствующей патологии и выполнения рекомендаций. Поэтому, даже при лечении, проведенном в соответствии с самыми современными требованиями, врач-стоматолог-терапевт не может гарантировать успех во всех клинических ситуациях, но должен обеспечить правильность и безопасность лечебно-диагностического процесса. Несмотря на появление новых материалов для obturации корневых каналов, методик и инструментов, внедрение современных методов диагностики, количество ошибок и осложнений, юридических разбирательств и жалоб пациентов возрастает, а также формируются различные подходы к диагностике и лечению болезней пульпы и периапикальных тканей .

Советом Стоматологической Ассоциации России в 2014 году утверждены Клинические рекомендации (протоколы лечения) при болезнях пульпы и болезнях периапикальных тканей, в которых представлены требования к их амбулаторно-поликлиническому стоматологическому терапевтическому лечению, алгоритмы и особенности ведения пациентов при этих болезнях в соответствии с современными научными данными и клинической практикой. При этом, врачи-стоматологи-терапевты недостаточно полно отражают ход лечебно-диагностического процесса и регистрацию состояния больного в медицинской карте стоматологического больного, несмотря на то, что она играет существенную роль в случае возникновения конфликтных ситуаций. Качественное ее ведение при оказании медицинской стоматологической помощи пациентам с болезнями пульпы и периапикальных тканей является частью трудовой деятельности врачей-стоматологов-терапевтов. Грамотное и полное ее заполнение способно оказать существенную роль при проведении экспертизы качества медицинской помощи, а также в случае возникновения судебного или иного разбирательства и обеспечить правовую защиту врача.

Актуальность данной проблемы подтверждается появлением в последние годы законодательных и нормативных правовых актов, проведением научных исследований, посвященных вопросам качества оказания медицинской стоматологической помощи при болезнях пульпы и периапикальных тканей, ее экспертизе и контролю. Таким образом, проблема качества медицинской стоматологической помощи при болезнях пульпы и периапикальных тканей является важной задачей практической стоматологии, что определило актуальность настоящего исследования.

Степень разработанности темы исследования

В настоящее время в современных литературных источниках появились единичные публикации, посвященные вопросам организации и

проведения экспертизы качества медицинской помощи после вступления в силу приказа Минздрава России от 21.12.2012 N 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Вопросы законодательного и нормативного правового обеспечения контроля качества и безопасности медицинской деятельности и экспертизы качества стоматологической помощи изучала Л.Е. Смирнова и др. В.Д. Вагнер в своих работах отмечает, что ведение медицинской документации в медицинских стоматологических организациях вне зависимости от их организационно-правового статуса должно происходить в строгом соответствии с нормативными актами Минздрава России. О.О. Янушевич и В.М. Гринин указывают, что неотъемлемой частью экспертизы качества медицинской помощи является качество ведения первичной медицинской документации. По мнению С.И. Гажвы и Е.Е. Абрамовой, степень правовой защищенности врача напрямую зависит от качества заполнения им медицинской карты стоматологического больного и ведения документации. Ю.И. Пиголкин и А.Ю. Чистый отмечали, что при наличии дефектов заполнения медицинской документации проведение экспертизы качества медицинской помощи становится затруднительным. А.А. Исмаилов и др. указывали на важность выполнения лечебно-диагностических мероприятий на основе клинических рекомендаций и внесения данных о процессе лечения в медицинскую карту стоматологического больного. Анализ качества ведения медицинских карт стоматологического больного проводился С.С. Серегиним, Н.Н. Бондаренко, З.Э. Ревазовой, О.В. Карповой и другими авторами. Все эти исследования проводились по поводу терапевтического, хирургического и ортопедического лечения, но в доступной нам литературе мы не обнаружили результатов изучения медицинских карт при болезнях пульпы и периапикальных тканей, что и стало предметом настоящей работы.

Цель исследования

Повышение эффективности экспертизы качества стоматологического терапевтического лечения пациентов при болезнях пульпы и периапикальных тканей в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

Задачи исследования

1. Изучить законодательную и нормативную правовую базу по контролю качества и безопасности медицинской деятельности и экспертизе качества медицинской помощи.

2. Разработать форму Протокола экспертизы медицинской карты стоматологического больного при болезнях пульпы и периапикальных тканей.

3. Провести анализ заполнения медицинских карт стоматологического больного пациентов, получивших стоматологическое терапевтическое лечение в стоматологических медицинских организациях различных систем здравоохранения.

4. Оценить соответствие алгоритма проведенного эндодонтического лечения клиническим рекомендациям (протоколам лечения), утвержденным Стоматологической Ассоциацией России.

5. Разработать методические рекомендации по заполнению медицинской карты стоматологического больного при эндодонтическом лечении.

Научная новизна исследования

Впервые проведен целенаправленный анализ законодательной и нормативной правовой базы организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности и экспертизе качества медицинской помощи в Рязанской области.

Впервые разработана форма Протокола экспертизы медицинской карты стоматологического больного при болезнях пульпы и периапикальных тканей и методика оценки качества работы врача - стоматолога на основе данного протокола.

Впервые получены сведения о качестве ведения медицинских карт стоматологического больного в медицинских стоматологических организациях различной организационно-правовой формы и формы собственности, об объеме диагностических и лечебных вмешательств при оказании стоматологической помощи пациентам с болезнями пульпы и периапикальных тканей.

Впервые дана сравнительная оценка соответствия проведенного стоматологического эндодонтического лечения при болезнях пульпы и периапикальных тканей клиническими рекомендациями (протоколам лечения), разработанным и утвержденным Стоматологической Ассоциацией России.

Впервые разработан и апробирован наиболее полный алгоритм проведения экспертизы качества медицинской стоматологической помощи при болезнях пульпы и периапикальных тканей на основе клинических рекомендаций и протокола экспертизы медицинской карты стоматологического больного.

Научные положения, выносимые на защиту

1. Качество стоматологической помощи при болезнях пульпы и периапикальных тканей может быть обеспечено только при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий не ниже объема, рекомендованного клиническими рекомендациями (протоколами лечения), разработанными и утвержденными Стоматологической Ассоциацией России.

2. Качество заполнения медицинской карты стоматологического больного связано с организационно-правовой формой медицинской организации и стажем работы врачей-стоматологов-терапевтов.

Методология и методы исследования

Работа выполнялась в соответствии с научным планом ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Исследование проведено по научной специальности 14.01.14 – стоматология, область исследования: «Изучение этиологии, патогенеза, эпидемиологии, методов профилактики, диагностики и лечения поражений твердых тканей зубов (кариес и др.), их осложнений» (пункт 1 паспорта специальности), «Разработка и совершенствование методов организации и оказания стоматологической помощи населению и развития специальности в новых условиях хозяйствования» (пункт 6 паспорта специальности). Тема работы одобрена локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России и утверждена на Ученом Совете ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, протокол № 3 от 23.10.2018.

Теоретико-методологической основой диссертационного исследования являются законодательные и нормативные правовые акты Российской Федерации, материалы научно-практических конференций, результаты исследовательских работ отечественных авторов по контролю качества и безопасности медицинской деятельности и экспертизе качества медицинской помощи. Предметом изучения являются клинические и организационные процессы, сформировавшиеся при оказании стоматологической помощи пациентам с болезнями пульпы и периапикальных тканей.

В ходе исследования использованы организационный, документальный, аналитический и статистический методы, метод выкопировки. Сбор первичной документации осуществлялся методом выкопировки данных из медицинских карт стоматологического больного в разработанный нами «Протокол экспертизы медицинской карты

стоматологического больного при болезнях пульпы и периапикальных тканей».

Теоретическая и практическая значимость результатов исследования

Теоретическая значимость заключается в том, что полученные нами результаты изучения медицинских карт стоматологического больного информативны с практической точки зрения и позволяют врачам-стоматологам-терапевтам проводить самоконтроль и давать критическую оценку своей деятельности.

Разработанный нами «Протокол экспертизы медицинской карты стоматологического больного при болезнях пульпы и периапикальных тканей» может служить основой для проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и экспертизы качества стоматологической помощи.

Разработанные нами методические рекомендации будут способствовать более полному и качественному заполнению врачами-стоматологами-терапевтами медицинских карт стоматологического больного. Этим определяется практическая значимость проведенного исследования.

Степень достоверности полученных результатов

Полученные результаты достоверны, что определяется объемом исследования, рассчитанного по формуле Меркова–Полякова. Их анализ проводился с применением современных методов обработки информационных данных.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования внедрены в практику работы ГБУ РО «Городская поликлиника № 2», ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника №

4», ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника № 1», Стоматологической поликлиники ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.

Материалы диссертации используются в учебном процессе:

- ФГБУ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России в отделе организации стоматологической помощи, лицензирования и аккредитации при чтении лекций клиническим ординаторам и аспирантам;

- ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России при чтении лекций и проведении практических занятий со студентами, клиническими ординаторами и слушателями дополнительного образования на кафедре терапевтической и детской стоматологии;

- ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России при чтении лекций и проведении практических занятий со студентами 4 курса стоматологического факультета, а также при подготовке информационно-методической литературы на кафедре детской стоматологии с ортодонтией.

Апробация диссертации

Материалы научных исследований доложены на: ежегодной научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П.Павлова (Рязань, 15 декабря 2017); межрегиональной научно-практической конференции «Онкопатология и роль врача-стоматолога в ее профилактике и ранней диагностике» (Рязань, 15-16 мая 2018); межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти профессора Э.С.Тихонова и профессора Н.В. Курякиной «Современные подходы к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» (Рязань, 13-14 декабря 2018); XV Всероссийском стоматологическом форуме выставки-ярмарки «Дентал-Ревю» (Москва, 12-14 февраля 2018).

Апробация диссертации проведена на совместном заседании кафедр терапевтической и детской стоматологии, хирургической стоматологии, ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний, инфекционных болезней, внутренних болезней, пропедевтики внутренних болезней, микробиологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (и отдела организации стоматологической службы, лицензирования и аккредитации ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России (протокол № 1 от 07 февраля 2019 года).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 9 научных работ в изданиях, рекомендованных ВАК РФ, изданы методические рекомендации, получено Свидетельство о депонировании произведения (Зарегистрировано в базе данных (реестре) Российского авторского общества КОПИРУС №017-006509 от 12 июля 2017г.)

Личный вклад автора

Автором проведен анализ литературных источников, законодательной и нормативной правовой базы контроля качества и безопасности медицинской деятельности и экспертизы качества медицинской помощи, продумана методика исследования, разработан Протокол экспертизы медицинской карты стоматологического больного при болезнях пульпы и периапикальных тканей, проведен сбор и анализ материалов исследования.

Им лично проверено 759 медицинских карт стоматологического больного в стоматологических медицинских организациях различной формы собственности, проведена статистическая обработка полученного материала, сформулированы выводы и составлены практические рекомендации.

Диссертация изложена на 153 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием материала и методов исследования, 2 глав с изложением полученных результатов

исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и списка литературы, который включает 184 источника, в том числе, 159 источников отечественных авторов. Текст диссертации содержит 2 таблицы, иллюстрирован 46 рисунками, включает 12 приложений.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Для реализации цели и решения задач исследования использовались следующие методы: организационный, документальный, аналитический, статистический, а также метод выкопировки. Для решения первой задачи, в процессе изучения законодательной и нормативной правовой базы организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности и экспертизы качества медицинской помощи, были проанализированы 6 законов Российской Федерации, 1 постановление Пленума Верховного суда Российской Федерации, 5 постановлений Правительства Российской Федерации, 15 приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации, 5 приказов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, 2 приказа и 1 письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования, 2 Клинических рекомендаций (протоколов лечения), 4 приказа Министерства здравоохранения Рязанской области.

Для проведения экспертизы качества заполнения врачами-стоматологами-терапевтами медицинских карт стоматологического больного (МКСБ) при лечении пациентов с болезнями пульпы и периапикальных тканей после тщательного изучения клинических рекомендаций (протоколов лечения), разработанных и утвержденных Стоматологической Ассоциацией России, нами разработан Протокол экспертизы медицинской карты стоматологического больного при болезнях пульпы и периапикальных тканей, на который получено Свидетельство о депонировании произведения № 017-006509 от 12 июля 2017 г. С помощью этого протокола проведен ретроспективный анализ 759 МКСБ в 7 стоматологических медицинских организациях (СМО) государственной системы здравоохранения (ГСЗ) и 15

СМО частной системы здравоохранения (ЧСЗ) г. Рязани, заполненных в период после утверждения Клинических рекомендаций с сентября 2014 года по декабрь 2017 года. Карты были заполнены врачами-стоматологами-терапевтами на амбулаторном приеме при обследовании и лечении пациентов. Средний стаж врачей-стоматологов в СМО ГСЗ составляет $14,7 \pm 8$ лет, минимальный стаж - 1 год, максимальный стаж - 36 лет (три врача-стоматолога). В СМО ЧСЗ средний стаж - $11,5 \pm 8,2$ лет, минимальный стаж - 1 год, максимальный стаж - 48 лет (один врач-стоматолог). Средний стаж врачей-стоматологов без учета формы собственности составляет $13,1 \pm 8,3$. Без учета формы собственности со стажем «до 5 лет» - 150 (19,8%) врачей - стоматологов, «от 5 до 15 лет» - 223 (29,4%) врача-стоматолога и со стажем «более 15 лет» - 386 (50,8%) врачей-стоматологов. В СМО ГСЗ со стажем «до 5 лет» - 34 (9,5%) врача-стоматолога, «от 5 до 15 лет» - 115 (31,9%) врачей-стоматологов и со стажем «более 15 лет» - 211 (58,6%) врачей-стоматологов. В СМО ЧСЗ со стажем «до 5 лет» - 116 (29,1%) врачей-стоматологов, «от 5 до 15 лет» - 108 (27,1%) врачей-стоматологов и со стажем «более 15 лет» - 175 (43,8%) врачей-стоматологов.

Всего заполнено 759 протоколов, из них 360 (47,4%) - в СМО ГСЗ и 399 (52,6%) - в СМО ЧСЗ. Число протоколов с болезнями пульпы - 416 (54,8%), с болезнями периапикальных тканей - 343 (45,2%). В СМО ГСЗ число протоколов с болезнями пульпы - 191 (53%), с болезнями периапикальных тканей - 169 (47,0%). В СМО ЧСЗ число протоколов с болезнями пульпы - 225 (56,4%), а с болезнями периапикальных тканей - 174 (43,6%).

Для математико-статистического анализа полученного материала использованы: пакет прикладных программ Statistica® 8.0 (StatSoft® Corp., Tulsa, OK, USA) и электронная таблица Microsoft® Office® Excel® 2016 (Microsoft Corp., Redmond, WA, USA).

Имеющаяся на сегодняшний день законодательная и нормативная правовая база обеспечивает организацию и осуществление контроля качества и безопасности медицинской деятельности и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП). Однако, на наш взгляд она требует доработки в части рассмотрения возможностей для более широкого привлечения специалистов, экспертов и общественных медицинских организаций к решению данного вопроса. Необходимо разработать и утвердить унифицированную форму медицинской карты стоматологического больного, так как именно она является основным источником информации при проведении ЭКМП. Для того, чтобы исключить возможность различных подходов к интерпретации клинических рекомендаций (протоколов лечения), и, как следствие, появление большего числа необоснованных жалоб на врачей-стоматологов, необходимо дальнейшее совершенствование и приближение содержащейся в клинических рекомендациях (протоколах лечения) информации к практическому здравоохранению с учетом современных научных разработок и сложившейся клинической практики.

Результаты исследования свидетельствуют о недостаточно внимательном отношении врачей-стоматологов-терапевтов к заполнению МКСБ. В 10,3% МКСБ СМО ГСЗ полностью отсутствовали записи в графе «жалобы», в СМО ЧСЗ этот показатель составил 4,8% ($p=0,0037$). Графа «история развития настоящего заболевания» подробно описана в 30,8 % МКСБ СМО ЧСЗ, а в СМО ГСЗ - лишь в 19,2% ($p=0,0002$). В 8,3% МКСБ СМО ЧСЗ и 11,4% СМО ГСЗ отсутствуют сведения о перенесенных и сопутствующих заболеваниях. Врачи-стоматологи-терапевты вообще не заполняют графу «пальпация ВНЧС, жевательных мышц и слюнных желез» во всех исследуемых СМО, а конфигурация лица описана лишь в четверти МКСБ. При этом, более внимательно к проведению внешнего осмотра (описание красной каймы губ, выраженности складок, оценки кожных покровов околоротовой области и пальпации лимфатических узлов)

относятся врачи-стоматологи-терапевты СМО ЧСЗ. Осмотр преддверия рта, слизистой оболочки губ и переходной складки, а также осмотр рта не проводится врачами-стоматологами-терапевтами вне зависимости от формы собственности, что свидетельствует о низком уровне онконастороженности (Рисунок 1).

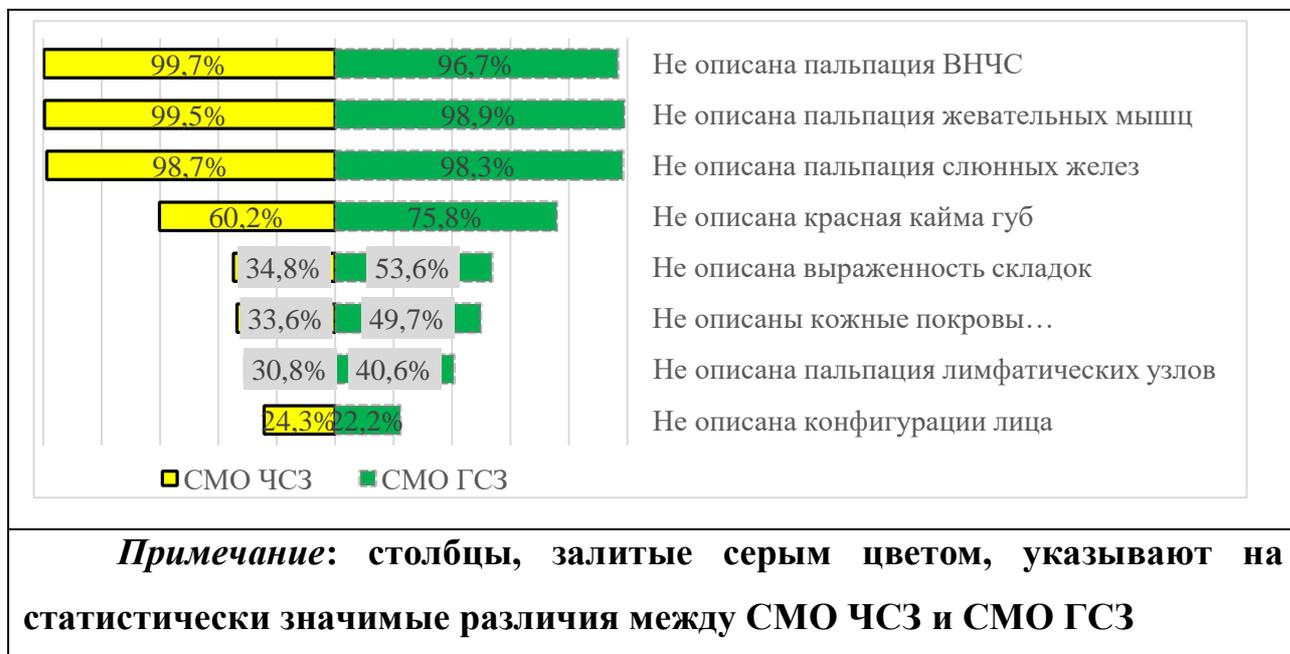


Рисунок 1 – Сравнительная оценка заполнения сведений о внешнем осмотре пациентов СМО ЧСЗ и СМО ГСЗ

Более низкий уровень проведения диагностических мероприятий характерен для СМО ЧСЗ. Так, термодиагностика зуба встречается реже в 2,6 раза в сравнении с СМО ГСЗ ($p < 0,00001$), на 30% реже проводится определение подвижности зубов ($p < 0,00001$) и на 20% реже проводится электроодонтодиагностика ($p < 0,00001$). Оценка, силы связи свидетельствует, что между качеством заполнения данных граф и формой собственности СМО имеется средней силы связь (Рисунок 2).

При проведении осмотра зубных рядов врачи-стоматологи-терапевты в 98,5% МКСБ СМО ЧСЗ и в 86,1% СМО ГСЗ не определяют ИРОПЗ ($p < 0,00001$), что затрудняет выбор метода восстановления зуба после эндодонтического лечения. Более полно врачи-стоматологи-терапевты проводят осмотр зубных рядов, однако, в СМО ЧСЗ не указаны

отсутствующие зубы в 20,8%, в СМО ГСЗ - в 12,5% МКСБ ($p=0,0023$). При этом, в целом осмотру зубных рядов врачи-стоматологи-терапевты СМО ЧСЗ уделяют меньше внимания.



Рисунок 2 – Сравнительная оценка заполнения граф «диагностические мероприятия» СМО ЧСЗ и СМО ГСЗ

Чаще других дополнительных методов, врачи-стоматологи-терапевты использовали при диагностике рентгенологический метод, при этом, в СМО ЧСЗ лишь в 8,8% не проводилась внутриротовая контактная рентгенография, а в СМО ГСЗ - в 13,6% ($p=0,034$), хотя клиническими рекомендациями предусмотрено проведение внутриротовой контактной рентгенографии при диагнозе «пульпит» и «периодонтит» более двух раз в ходе лечения.

Проведенный анализ продемонстрировал, что в 80,5% МКСБ СМО ЧСЗ диагноз не соответствует МКБ-10, а в СМО ГСЗ - в 33,1% ($p<0,00001$).

Врачи-стоматологи-терапевты СМО ГСЗ более ориентированы на выявление онкологических заболеваний у пациентов, так как в 85,5% МКСБ СМО ЧСЗ нет отметки об онкологическом осмотре, а в СМО ГСЗ - в 60,8% МКСБ ($p<0,00001$).

Также врачи-стоматологи-терапевты недостаточно уделяют внимания гигиеническим мероприятиям, так как в 98,8% и 98,5% МКСБ СМО ЧСЗ нет

сведений об определении гигиенического и пародонтального индексов, а в СМО ГСЗ определяются в 75,6% и 85,8% ($p < 0,00001$), что свидетельствует о более внимательном отношении врачей-стоматологов-терапевтов СМО ГСЗ к данному вопросу, так как индексы гигиены рта необходимо определять до лечения и после обучения гигиене рта с целью контроля (Рисунок 3).

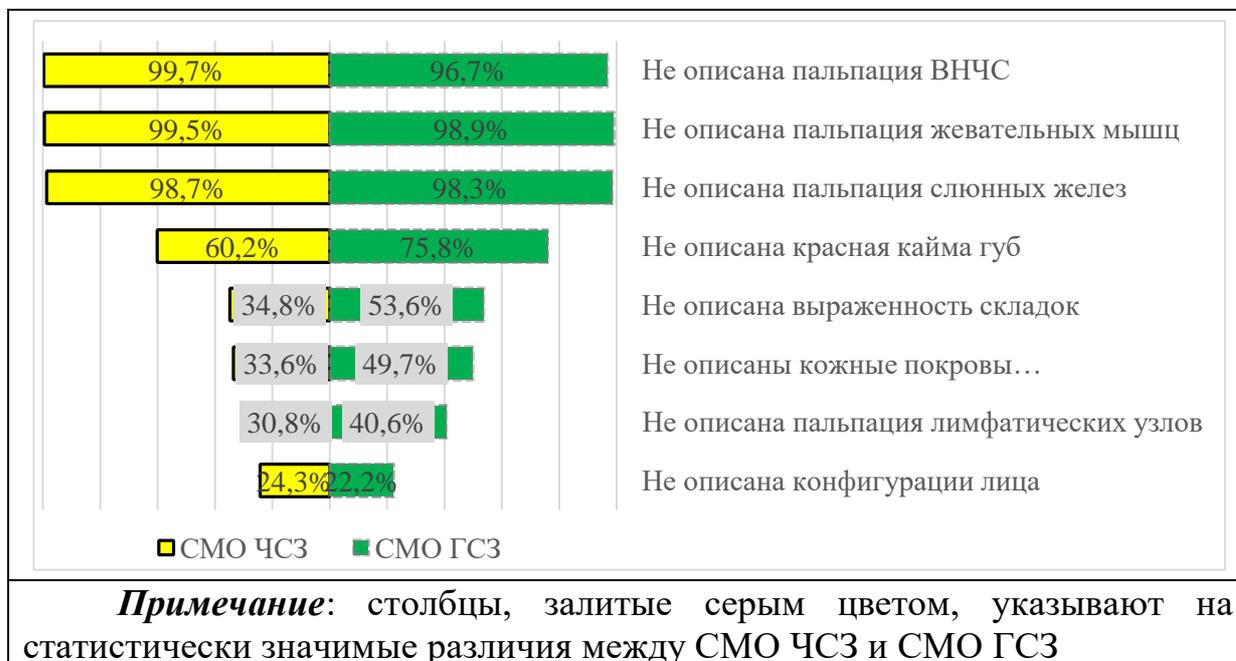


Рисунок 3 – Сравнительная оценка заполнения граф раздела «дневник врача» СМО ЧСЗ и СМО ГСЗ

При проведении анализа влияния стажа работы выявлено, что врачи-стоматологи-терапевты со стажем работы «более 15 лет» качественнее проводят диагностические мероприятия, а между врачами-стоматологами-терапевтами со стажем работы «до 5 лет» и «от 5 до 15 лет» в целом отличий в качестве проведения диагностических мероприятий не выявлено.

Таким образом, врачи-стоматологи-терапевты недостаточно внимательны к проведению диагностического обследования, что, в свою очередь, приводит к несоответствию диагноза, затрудняет выбор тактики ведения пациента.

При проведении анализа мероприятий лечебного характера, установлено, что врачи-стоматологи-терапевты не указывают вид анестезии в 3,8% и 6,4% МКСБ, заполняемых в СМО ЧСЗ И СМО ГСЗ, соответственно

($p=0,097$). Не проводится определение рабочей длины корневого канала в 25% СМО ЧСЗ, а в СМО ГСЗ - в 41,4% МКСБ ($p<0,00001$) несмотря на то, что в соответствии с протоколом, определение рабочей длины корневого канала является обязательным и обеспечивает выполнение всех мероприятий лечебного характера строго до физиологической верхушки. В СМО ЧСЗ обработку корневых каналов в 71,4% случаев проводят ручным способом, а в СМО ГСЗ в подавляющем большинстве случаев - в 94,4%. Таким образом, машинную обработку в СМО ЧСЗ применяют чаще ($p<0,00001$), что, на наш взгляд, может свидетельствовать о недостаточном материально-техническом оснащении в СМО ГСЗ.

В СМО ЧСЗ в 81,9% случаев применяют obturаторы на основе эпоксидных смол, а в 16,5% случаев - obturаторы на основе цинкоксидаэвгенола, в СМО ГСЗ obturаторы на основе эпоксидных смол применяют на 32% реже ($p<0,00001$), а obturаторы на основе цинкоксидаэвгенола - на 31,5% чаще ($p<0,00001$). В СМО ГСЗ в подавляющем большинстве в качестве метода obturации корневых каналов применяют латеральную конденсацию – 96,6%, в СМО ЧСЗ - на 11,4% реже ($p<0,00001$).

Отличительной особенностью СМО ЧСЗ является применение вертикальной конденсации горячей гуттаперчи – 13,8% случаев пломбирования ($p<0,00001$).

Более актуальный протокол ирригации применяется врачами-стоматологами-терапевтами СМО ЧСЗ, так как гипохлорит натрия используют на 20,9% чаще, чем в СМО ГСЗ ($p<0,00001$), а хлоргексидин, наоборот, на 21,5% чаще применяют в СМО ГСЗ ($p<0,00001$) (Рисунок 4).

Отрицательным моментом является то, что лишь в трети МКСБ СМО ЧСЗ есть сведения о применяемых дезинфектантах и в 41,7% МКСБ СМО ГСЗ 41,7%, причем, в СМО ГСЗ в 4,7% МКСБ применялись дезинфектанты на основе фенолов и альдегидов ($p<0,00001$), что в настоящее время не является приемлемым.

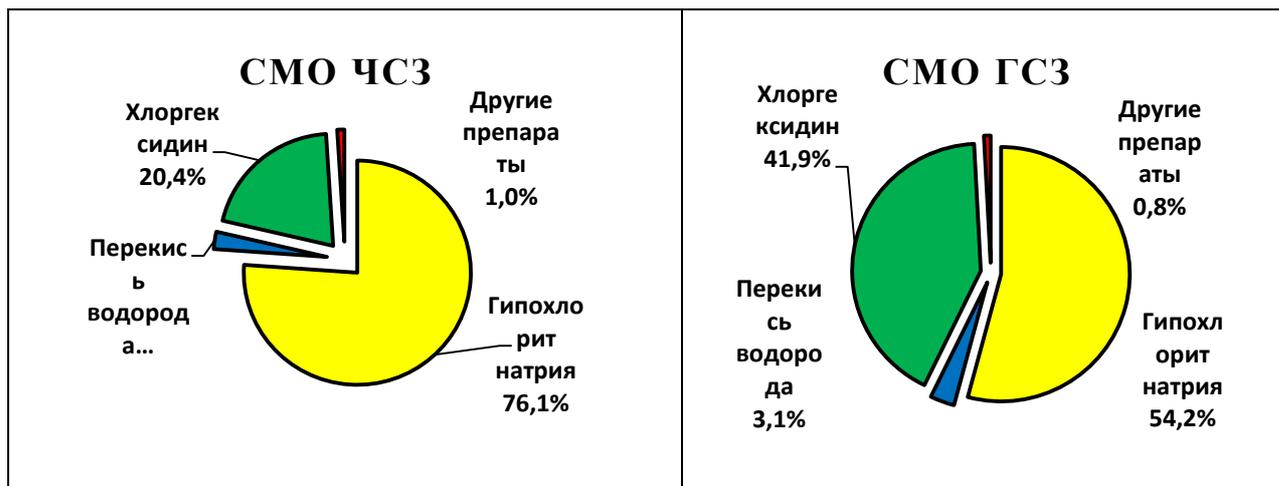


Рисунок 4 – Доля средств, используемых для медикаментозной обработки корневых каналов, в СМО ЧСЗ и СМО ГСЗ

В 86,2% случаев врачами-стоматологами-терапевтами СМО ЧСЗ проводится рентгенологический контроль на этапах лечения, а в СМО ГСЗ - лишь в 35,3% ($p < 0,00001$). То есть, в СМО ГСЗ на 50% выше риск получить неточное представление о клинической ситуации и провести контроль и самоконтроль результатов на этапах лечения.

В подавляющем большинстве случаев для реставрации зубов в СМО ЧСЗ используют фотополимер, что на 25% чаще, чем в СМО ГСЗ ($p < 0,00001$). Скорее всего, это связано с тем, что композитные материалы не входят в базовую программу ОМС. В остальных случаях в СМО ГСЗ восстановление проводилось химическим композитом - 11,6% и цементом - 15,9%, а в СМО ЧСЗ данные материалы применялись в единичных случаях.

Такие методы, как восстановление зуба вкладкой, виниром, полукоронкой встречаются в единичных случаях в СМО ЧСЗ и СМО ГСЗ.

Однако, в СМО ГСЗ в 4 раза чаще применяют внутриканальные штифты ($p < 0,00001$).

Ортопедические методы применялись в 16,1% в СМО ЧСЗ и в 20,8% - в СМО ГСЗ ($p = 0,05$). Чаще других проводилось восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки - 57,8% случаев,

в СМО ГСЗ - в 2,5 раза реже ($p=0,023$), но СМО ГСЗ в 2,5 чаще применяли восстановление зуба коронкой ($p<0,00001$). Однако, оценить необходимость и правильность выбора метода восстановления зуба не представляется возможным, так как в большинстве случаев отсутствовало описание степени разрушенности окклюзионной поверхности зуба.

Примечательно, что наиболее часто используемым методом лечения пульпита является витальная экстирпация, метод девитальной экстирпации применяется редко, а девитальная ампутация – крайне редко, однако, негативным моментом явилось применение метода девитальной ампутации в 4,9% случаев в СМО ГСЗ, что не рекомендовано протоколами лечения (Рисунок 5).

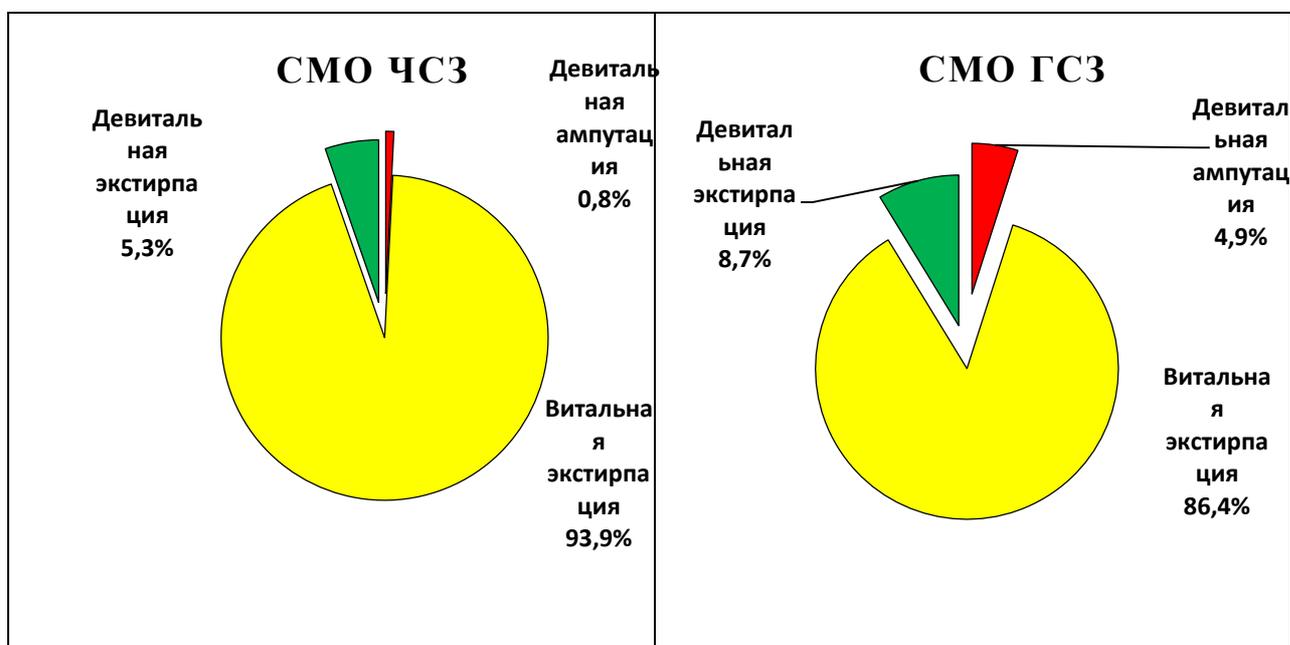


Рисунок 5 – Доля применяемых методов лечения пульпита в СМО ЧСЗ и СМО ГСЗ

Для объективной оценки качества работы врача-стоматолога-терапевта нами была разработана интегральная оценка качества (ИОК), которая показала, что врачи-стоматологи-терапевты СМО ЧСЗ и СМО ГСЗ проводят на одинаковом «среднем» уровне диагностику и лечение пациентов с болезнями пульпы и периапикальных тканей. По нашему мнению, данная интегральная оценка действительно отражает уровень проведенных

диагностических и лечебных мероприятий, представленных и проанализированных в МКСБ.

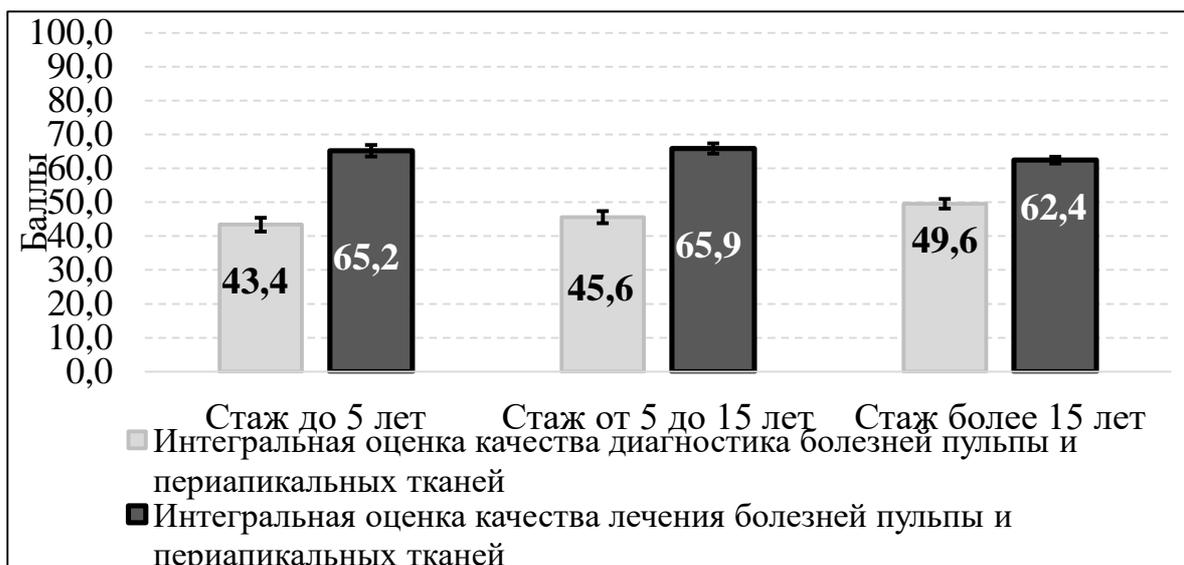


Рисунок 6 – ИОК работы врача-стоматолога-терапевта в зависимости от стажа работы

ИОК лечения болезней пульпы и периапикальных тканей статистически значимо отличается в зависимости от стажа работы $F(2, 756)=9,46, p=0,00009$. Так, у врачей-стоматологов-терапевтов со стажем работы «до 5 лет» и «от 5 до 15 лет» - 65,2 балла и 65,9 балла, соответственно, а у врачей-стоматологов-терапевтов со стажем работы «более 15 лет» - 62,4 балла ($p=0,049$ и $p=0,001$). То есть, работа врачей-стоматологов-терапевтов со стажем работы «более 15 лет» характеризуется более высоким уровнем диагностики болезней пульпы и периапикальных тканей, но, при этом, качество лечения ниже, чем у врачей-стоматологов-терапевтов со стажем работы «до 5 лет» и «от 5 до 15 лет» (Рисунок 6).

С целью повышения осведомленности врачей-стоматологов в вопросах грамотного и полного заполнения медицинской карты стоматологического больного нами разработаны методические рекомендации «Оформление медицинской карты стоматологического больного при кариесе и его осложнениях».

Таким образом, анализ результатов экспертизы 759 МКСБ показал, что врачи-стоматологи-терапевты недостаточно ответственно относятся к их заполнению. При проведении диагностических мероприятий недостаточно полно проводится сбор анамнеза, осмотр преддверия и собственно рта, отсутствует онконастороженность на стоматологическом приеме, неполно заполняется зубная формула, крайне редко определяется ИРОПЗ.

Из известных дополнительных методов обследования чаще используется рентгенологический, однако, редко проводится интерпретация и контроль на этапах лечения. В результате недостаточного обследования затруднена постановка диагноза, что подтверждается данными о его несоответствии МКБ-10 в 80,5% случаев в СМО ЧСЗ и 33,1% - в СМО ГСЗ.

Подобное заполнение МКСБ затрудняет проведение экспертизы качества медицинской стоматологической помощи и не позволяет оценить эффективность проведенного лечения.

ВЫВОДЫ

1. Имеющаяся на сегодняшний день законодательная база Российской Федерации, в целом, обеспечивает возможность осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности и проведения экспертизы качества медицинской помощи, а нормативная правовая база требует доработки в части рассмотрения возможностей для более широкого привлечения специалистов и экспертов, а также расширения участия общественных медицинских организаций в проведении и разработке вопросов экспертизы качества медицинской помощи и контроля качества и безопасности медицинской деятельности; определения и уточнения правового статуса электронной формы медицинской карты стоматологического больного, а также необходимо утвердить унифицированную форму медицинской карты стоматологического больного,

внести изменения и дополнения в утвержденные Стоматологической Ассоциацией России клинические рекомендации (протоколы лечения).

2. Разработанный Протокол экспертизы медицинской карты стоматологического больного при болезнях пульпы и периапикальных тканей позволяет проводить полноценную экспертизу заполнения врачами-стоматологами-терапевтами медицинской карты стоматологического больного и может быть использован стоматологическими медицинскими организациями различной формы собственности при проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и экспертизе качества эндодонтического лечения.

3. Врачи-стоматологи-терапевты в стоматологических медицинских организациях различных форм собственности недостаточно внимательно относятся к заполнению медицинской карты стоматологического больного. При проведении диагностического обследования пациентов ими не в полной мере проводится сбор анамнеза, внешний осмотр, осмотр слизистой оболочки рта, что свидетельствует о низком уровне онконастороженности на стоматологическом приеме. Среди дополнительных методов обследования чаще всего применяется рентгенологический (91,2% в стоматологических медицинских организациях частной системы здравоохранения и 86,4% государственной системы здравоохранения), совсем не применяются функциональные и лабораторные методы. В результате чего в 80,5% случаев диагноз не соответствует МКБ-10.

4. Алгоритм проведения эндодонтического лечения в стоматологических медицинских организациях государственной и частной систем здравоохранения не в полной мере соответствует клиническим рекомендациям (протоколам лечения), разработанным и утвержденным Стоматологической Ассоциацией России. Описание гигиенического и пародонтального индексов проведено в 75,6%, описания и интерпретации рентгенологического обследования нет в 20% случаев, в 25 % отсутствует

описание определения рабочей длины корневого канала, более чем в 80% случаев не определяется индекс разрушенности окклюзионной поверхности зубов, в 4,9 % случаев применялся метод девитальной ампутации.

5. Разработанные методические рекомендации по заполнению медицинской карты стоматологического больного при эндодонтическом лечении могут способствовать повышению осведомленности врачей-стоматологов в данном вопросе, а также обеспечивать более полное описание результатов обследования, ход лечебного процесса и профилактических мероприятий у пациентов с болезнями пульпы и периапикальных тканей.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

В целях повышения качества стоматологической терапевтической помощи населению, улучшения организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности и экспертизы качества медицинской помощи необходимо:

1. Министерству здравоохранения Российской Федерации:

- утвердить унифицированную форму медицинской карты стоматологического больного и определить правовой статус электронной медицинской карты стоматологического больного;
- утвердить стандарты оказания медицинской помощи пациентам с болезнями пульпы и периапикальных тканей.

2. Стоматологической Ассоциации России внести следующие изменения и дополнения в клинические рекомендации (протоколы лечения):

- конкретизировать протокол ирригации корневых каналов (рекомендовать использовать гипохлорит натрия, время экспозиции одной порции, количество раствора, суммарное время ирригации, способы активации раствора), ввести в рекомендации алгоритм онкоосмотра, рекомендовать изоляцию рабочего поля с использованием коффердама, уточнить приоритет применения метода компьютерной томографии при

хроническом периодонтите, внести рекомендации по приоритету использования силеров и дезинфектантов.

3. Руководителям стоматологических медицинских организаций:

- при проведении контрольных мероприятий руководствоваться клиническими рекомендациями (протоколами лечения);

- при организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности использовать разработанный нами Протокол экспертизы медицинской карты стоматологического больного при болезнях пульпы и периапикальных тканей и интегральную оценку качества работы врача-стоматолога по данным протокола экспертизы медицинской карты стоматологического больного.

4. Врачам-стоматологам-терапевтам

- использовать разработанные нами методические рекомендации по заполнению медицинской карты стоматологического больного для самоконтроля;

- внимательно подходить к заполнению всех граф медицинской карты стоматологического больного, с учетом того факта, что этот документ не только отражает данные о ходе диагностического и лечебного процесса, но и является важнейшим источником информации при проведении судебных разбирательств для правовой защищенности врача-стоматолога.

5. Руководителям высших медицинских образовательных организаций

- использовать разработанные нами методические рекомендации по заполнению медицинской карты стоматологического больного в учебном процессе.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. **Контроль качества и безопасности медицинской деятельности [Текст] / Р.А. Салеев [и др.] // Стоматология. – 2017. – № 6. – С. 107-8. – (Соавт.: Е.А. Лавренюк, Е.О. Бочковская, З.М. Измайлова).**

2. **Лавренюк, Е.А.** Протокол экспертизы медицинской карты стоматологического больного при болезнях пульпы и периапикальных тканей [Текст]: свидетельство о депонировании произведения / Е.А. Лавренюк, Л.Е.Смирнова. – Зарегистрировано в базе данных (реестре) Российского авторского общества КОПИРУС № 017-006509 от 12 июля 2017 г.
3. **Смирнова, Л.Е.** Экспертиза качества оказания стоматологической терапевтической помощи [Текст] / Л.Е. Смирнова, Е.А. Лавренюк // **Клиническая стоматология.** – 2017. – № 3. – С. 68-71.
4. **Состояние вопроса экспертизы качества медицинской помощи** [Текст] / З.М. Измайлова [и др.] // **Стоматология.** – 2017. – № 6. – С.107-8. – (Соавт.: В.А. Семкин, Е.О. Бочковская, Е.А. Лавренюк).
5. **Экспертиза качества медицинской помощи** [Текст] / З.М. Измайлова [и др.] // **Стоматология.** – 2017. – №6. – С. 106-7. – (Соавт.: Ф.А. Салеев, Е.О. Бочковская, Е.А. Лавренюк).
6. **Вагнер, В.Д.** Качество заполнения врачами-стоматологами медицинской карты стоматологического больного при болезнях пульпы и периапикальных тканей [Текст] / В.Д. Вагнер, Е.А. Лавренюк, Л.Е. Смирнова // **Стоматология.** – 2018. – № 6. – С.79.
7. **Измайлова З.М.** Законодательные и нормативные правовые акты, регулирующие вопросы экспертизы качества оказания медицинской помощи [Текст] / Е.А. Лавренюк / З.М. Измайлова, Е.О. Бочковская, Е.А. Лавренюк // **Стоматология для всех.** – 2018. – № 4. – С.44-47.
8. **Лавренюк, Е.А.** Интегральная оценка качества работы врача-стоматолога по результатам экспертизы медицинской карты стоматологического больного [Текст] / Е.А. Лавренюк, Л.Е. Смирнова, В.Д. Вагнер // **Стоматология.** – 2018. – № 6. – С.84.
9. **Лавренюк, Е.А.** Результаты исследования качества заполнения медицинской карты стоматологического больного при болезнях пульпы и

периапикальных тканей врачами-стоматологами Рязанской области [Текст] / Е.А. Лавренюк // Стоматология. – 2018. – № 6. – С.84.

10. Лавренюк, Е.А. Современные аспекты контроля качества и безопасности медицинской деятельности и экспертизы качества стоматологической помощи при болезнях пульпы и периапикальных тканей (обзор литературы) [Текст] / Е.А. Лавренюк // Клиническая стоматология. – 2018. – № 4. – С.48-53.

11. Оформление медицинской карты стоматологического больного при кариесе и его осложнениях [Текст]: методические рекомендации / В.Д. Вагнер [и др.]. – 7-е изд., перераб. и доп. – М.,2018. – (Соавт.: И.М. Рабинович, Л.Е. Смирнова, Е.А. Лавренюк).