

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|-----------|
| Предисловие | 9 |
| Участники издания | 10 |
| Список сокращений и условных обозначений | 13 |
| Глава 1. Организация помощи населению по хирургической стоматологии (А.А. Кулаков, С.Н. Андреева, С.И. Абакаров) | 14 |
| 1.1. Пути развития и основные проблемы хирургической стоматологии | 14 |
| 1.2. Законодательное и нормативно-правовое регулирование организации помощи по хирургической стоматологии | 18 |
| 1.2.1. Учетно-отчетная документация врача – стоматолога-хирурга | 25 |
| 1.3. Экспертиза качества оказания хирургической стоматологической помощи | 26 |
| 1.4. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности по хирургической стоматологии | 28 |
| 1.5. Судебно-медицинская экспертиза и судебная практика по хирургической стоматологии | 28 |
| Глава 2. Обследование больного по профилю хирургической стоматологии (А.М. Панин, А.М. Цициашвили) ... | 31 |
| 2.1. Внешний осмотр | 33 |
| 2.1.1. Опрос | 33 |
| 2.1.2. Собственно осмотр | 34 |
| 2.1.3. Пальпация мягких тканей лица | 34 |
| 2.2. Осмотр полости рта | 40 |
| 2.2.1. Собственно осмотр преддверия и полости рта | 40 |
| 2.2.2. Пальпация | 41 |
| 2.2.3. Перкуссия и зондирование зубов (в том числе в области предъявляемых жалоб/очага заболевания), определение степени их подвижности | 42 |
| Глава 3. Лучевые методы исследования в хирургической стоматологии | 45 |
| 3.1. Внутриротовая рентгенография (А.П. Аржанцев) | 45 |
| 3.1.1. Периапикальная рентгенография | 45 |
| 3.1.2. Рентгенография параллельной техникой | 46 |
| 3.1.3. Рентгенография вприкус | 47 |
| 3.1.4. Рентгенография твердого неба, нижней челюсти в аксиальной проекции, дна рта | 47 |
| 3.1.5. Микрофокусная цифровая внутриротовая рентгенография | 49 |
| 3.2. Ортопантомография (А.П. Аржанцев) | 49 |
| 3.3. Исследование на ортопантомографах по специальным программам (А.П. Аржанцев) | 51 |
| 3.3.1. Панорамная зонография верхнечелюстных пазух | 51 |
| 3.3.2. Зонография височно-нижнечелюстных суставов | 52 |
| 3.3.3. Фрагментированная ортопантомография | 52 |
| 3.3.4. Телерентгенография лицевого отдела черепа | 53 |
| 3.4. Внеротовая рентгенография челюстей (В.П. Трутень) | 54 |
| 3.4.1. Рентгенография нижней челюсти в боковой проекции | 54 |
| 3.4.2. Рентгенография челюстей в косых контактных проекциях | 55 |
| 3.4.3. Тангенциальная рентгенография челюстей в косых проекциях | 55 |
| 3.4.4. Рентгенография височно-нижнечелюстного сустава с открытым ртом по методу Парма | 56 |
| 3.4.5. Рентгенография скуловой кости в аксиальной проекции | 57 |
| 3.4.6. Рентгенография костей носа в боковой проекции | 58 |
| 3.4.7. Рентгенография подбородочного отдела нижней челюсти | 58 |
| 3.5. Линейная (продольная) томография челюстно-лицевого отдела черепа (В.П. Трутень) | 58 |
| 3.6. Томосинтез челюстей (В.П. Трутень) | 60 |
| 3.7. Панорамная рентгенография челюстей с увеличением изображения (В.П. Трутень) | 60 |
| 3.8. Мультиспиральная компьютерная томография (Н.С. Серова, О.Ю. Павлова) | 63 |
| 3.9. Конусно-лучевая компьютерная томография (Н.С. Серова, О.Ю. Павлова) | 67 |
| 3.10. Магнитно-резонансная томография (Н.С. Серова, О.Ю. Павлова) | 70 |
| 3.11. Ультразвуковое исследование (Н.С. Серова, О.Ю. Павлова) | 70 |
| 3.12. Аспекты радиационной безопасности при проведении рентгенологических исследований в стоматологии (А.П. Аржанцев) | 71 |
| Заключение | 72 |
| Глава 4. Обезболивание в хирургической стоматологии (С.А. Рабинович, Л.А. Заводиленко, А.С. Добродеев, Ю.Л. Васильев) | 74 |
| Введение | 74 |
| 4.1. Местная анестезия | 74 |
| 4.1.1. Анатомические особенности челюстно-лицевой области | 74 |

| | |
|--|------------|
| 4.2. Особенности проведения проводниковой анестезии в челюстно-лицевой области | 74 |
| 4.2.1. Отверстия и связанные с ними виды периферической проводниковой анестезии на верхней челюсти..... | 75 |
| 4.2.2. Отверстия и связанные с ними виды периферической проводниковой анестезии на нижней челюсти..... | 75 |
| 4.3. Правила проведения проводникового обезбоживания..... | 75 |
| 4.3.1. Обеспечение безопасности местной анестезии..... | 75 |
| 4.3.2. Аспирационная проба | 75 |
| 4.3.3. Современный инструментарий | 75 |
| 4.4. Методы и средства местной анестезии | 76 |
| 4.4.1. Местные анестетики | 76 |
| 4.5. Противопоказания и ограничения к использованию местных анестетиков | 78 |
| 4.6. Анатомо-топографические особенности челюстей и способы их обезбоживания..... | 78 |
| 4.6.1. Инфильтрационная анестезия..... | 78 |
| 4.6.2. Подглазничная, или инфраорбитальная, анестезия..... | 79 |
| 4.6.3. Анестезия нёбного нерва | 79 |
| 4.6.4. Анестезия резцового (носонёбного) нерва..... | 80 |
| 4.7. Обезболивание на нижней челюсти..... | 81 |
| 4.7.1. Подбородочная анестезия..... | 81 |
| 4.7.2. Мандибулярная анестезия по П.М. Егорову (1972, авторское право СССР № 410792) | 82 |
| 4.7.3. Анестезия по методу Гоу-Гейтса..... | 83 |
| 4.7.4. Проводниковая анестезия при затрудненном открывании рта по Б.Ф. Кадочникову (1956)..... | 85 |
| 4.8. Характеристика пациентов хирургического стоматологического приема..... | 85 |
| 4.8.1. Подготовка пациентов к оперативному вмешательству | 86 |
| 4.8.2. Подготовка пациентов, получающих антитромботическую терапию | 89 |
| 4.8.3. Пациенты пожилого возраста | 90 |
| 4.8.4. Подготовка к анестезиологическому пособию | 91 |
| 4.8.5. Премедикация | 91 |
| 4.9. Комбинированная анестезия (методика сочетания седации с местной анестезией)..... | 93 |
| 4.9.1. Внутривенная седация..... | 94 |
| 4.9.2. Общая анестезия (наркоз) | 94 |
| Глава 5. Удаление зубов. Болезни прорезывания зубов (А.Н. Гурин, С.В. Тарасенко, А.М. Ершова)..... | 97 |
| 5.1. Показания и противопоказания к удалению зуба..... | 97 |
| 5.2. Обследование пациента и постановка диагноза | 99 |
| 5.3. Подготовка операционного поля и обезбоживание | 100 |
| 5.4. Методика удаления зуба | 100 |
| 5.4.1. Удаление зубов щипцами | 101 |
| 5.4.2. Удаление зубов и корней зубов элеваторами | 102 |
| 5.4.3. Фрагментирование корней многокорневых зубов | 102 |
| 5.4.4. Удаление корней зубов с помощью физиодиспенсера | 103 |
| 5.4.5. Обработка лунки удаленного зуба..... | 103 |
| 5.4.6. Послеоперационные рекомендации | 104 |
| 5.5. Фазы заживления лунки после удаления зуба..... | 104 |
| 5.6. Варианты ведения лунки после удаления зуба | 107 |
| 5.6.1. Удаление зуба и одномоментная имплантация..... | 108 |
| 5.6.2. Аугментация лунки | 109 |
| 5.7. Осложнения, возникающие во время и после удаления зуба | 111 |
| 5.7.1. Местные осложнения, возникающие во время удаления зуба..... | 111 |
| 5.7.2. Местные осложнения, возникающие после удаления зуба | 115 |
| 5.8. Болезни прорезывания зубов..... | 118 |
| 5.8.1. Ретенированные зубы..... | 118 |
| 5.8.2. Дистопированные зубы..... | 120 |
| 5.8.3. Затрудненное прорезывание (перикоронит)..... | 120 |
| Глава 6. Хирургические вмешательства на пародонте (А.И. Грудянов, Е.В. Фоменко, А.С. Карпанова) | 125 |
| 6.1. Строение и функции пародонта..... | 125 |
| 6.2. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта..... | 127 |
| 6.3. Методы диагностики заболеваний пародонта (А.И. Грудянов, А.С. Карпанова) | 128 |
| 6.3.1. Клинические методы обследования | 128 |
| 6.3.2. Рентгенологические методы исследования | 131 |
| 6.4. Классификация заболеваний пародонта | 132 |
| 6.5. Методы хирургических вмешательств на пародонте (А.И. Грудянов) | 133 |
| 6.5.1. Вмешательства, направленные на устранение пародонтального кармана | 134 |

| | |
|--|-----|
| 6.5.2. Вмешательства, направленные на устранение нарушений строения мягких тканей преддверия полости рта..... | 141 |
| Глава 7. Одонтогенные воспалительные заболевания | 151 |
| 7.1. Одонтогенные воспалительные заболевания органов ротовой полости (А.М. Панин, С.В. Тарасенко, А.Ю. Дробышев, А.М. Цициашвили) | 151 |
| 7.1.1. Периодонтит | 153 |
| 7.1.2. Гранулематозный периодонтит (гранулема) | 157 |
| 7.1.3. Фиброзный периодонтит | 157 |
| 7.1.4. Периостит челюсти | 158 |
| 7.1.5. Одонтогенный остеомиелит челюсти | 161 |
| 7.1.6. Лимфангит, лимфаденит лица и шеи..... | 170 |
| 7.1.7. Абсцессы и флегмоны лица и шеи | 173 |
| 7.2. Хирургическое лечение хронических одонтогенных процессов и кист челюстей (К.Ю. Бадалян, А.А. Кулаков)..... | 175 |
| 7.2.1. Гемисекция зуба, ампутация корня зуба, коронорадикулярная сепарация | 175 |
| 7.2.2. Хирургическое лечение хронических периапикальных деструктивных процессов (резекция и ретроградное пломбирование верхушки корня зуба) | 176 |
| 7.2.3. Техника хирургического вмешательства..... | 178 |
| 7.2.4. Показания к ретроградному пломбированию..... | 178 |
| 7.2.5. Ретроградное пломбирование | 180 |
| 7.2.6. Ультразвуковые методы препарирования верхушки корня | 181 |
| 7.2.7. Методика ретроградного пломбирования с использованием ультразвукового аппарата..... | 181 |
| 7.2.8. Ретроградное пломбирование моляров нижней челюсти | 183 |
| 7.2.9. Особенности используемого шовного материала..... | 184 |
| 7.2.10. Хирургическое лечение перфораций корней зубов..... | 187 |
| 7.3. Одонтогенный верхнечелюстной синусит (Р.О. Даминов) | 189 |
| 7.3.1. Этиология..... | 189 |
| 7.3.2. Эпидемиология..... | 190 |
| 7.3.3. Патогенез | 190 |
| 7.3.4. Классификация..... | 190 |
| 7.3.5. Патоморфология..... | 191 |
| 7.3.6. Особенности синусита после синус-лифтинга и дентальной имплантации | 192 |
| 7.3.7. Лучевая диагностика | 192 |
| 7.3.8. Дифференциальная диагностика | 192 |
| 7.3.9. Лечение..... | 193 |
| 7.3.10. Осложнения острого одонтогенного синусита..... | 193 |
| 7.3.11. Хирургическое лечение хронического одонтогенного синусита | 193 |
| 7.3.12. Лечение синусита после синус-лифтинга и дентальной имплантации | 195 |
| 7.3.13. Профилактика | 196 |
| Глава 8. Специфические воспалительные заболевания органов полости рта (актиномикоз, туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция) (Е.А. Дурново, Н.Б. Рунова, Н.Е. Хомутишников) | 197 |
| Введение..... | 197 |
| 8.1. Актиномикоз челюстно-лицевой области..... | 197 |
| 8.2. Туберкулез | 203 |
| 8.3. Сифилис | 206 |
| 8.4. Рожа..... | 212 |
| 8.5. Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта и челюстно-лицевой области | 214 |
| 8.5.1. Кандидоз | 216 |
| 8.5.2. Ворсинчатая лейкоплакия | 216 |
| 8.5.3. Простой герпес | 217 |
| 8.5.4. Себорейный дерматит | 217 |
| 8.5.5. Язвенно-некротический гингивит | 217 |
| 8.5.6. Саркома Капоши | 217 |
| 8.5.7. Неходжкинская лимфома | 218 |
| 8.5.8. Профилактика ВИЧ-инфекции на приеме у врача-стоматолога..... | 218 |
| 8.5.9. Аптечка аварийных ситуаций (профилактика профессионального заражения гемоконтактными инфекциями)..... | 219 |
| Глава 9. Болезни и травмы слюнных желез (В.В. Афанасьев, М.В. Козлова, М.Р. Абдусаламов, М.Л. Павлова) | 220 |
| 9.1. Анатомия и физиология слюнных желез | 220 |
| 9.1.1. Функции слюнной железы и слюны, взаимосвязь с организмом..... | 223 |
| 9.2. Методы обследования слюнных желез..... | 226 |

| | |
|---|-----|
| 9.3. Неопухольевые заболевания и повреждения слюнных желез | 239 |
| 9.3.1. Классификация | 239 |
| 9.3.2. Терминология | 239 |
| 9.3.3. Заболевания и повреждения слюнных желез (В.В. Афанасьев) | 240 |
| 9.4. Пороки развития слюнных желез | 241 |
| 9.5. Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез (сиалоаденозы) | 242 |
| 9.5.1. Болезнь (синдром) Шегрена | 242 |
| 9.5.2. Болезнь (синдром) Микулитца | 247 |
| 9.6. Воспаление слюнных желез (сиалоадениты) | 248 |
| 9.6.1. Острый сиалоаденит | 248 |
| 9.6.2. Хронический сиалоаденит | 249 |
| 9.7. Слюннокаменная болезнь | 251 |
| 9.7.1. Лечение больных слюннокаменной болезнью с применением экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии | 258 |
| 9.8. Повреждение слюнных желез | 260 |
| 9.8.1. Слюнный свищ | 260 |
| 9.8.2. Сужение (стриктура) протока | 260 |
| 9.8.3. Заращение слюнного протока | 261 |
| 9.8.4. Травматическая киста слюнной железы (слюнная опухоль) | 262 |
| 9.8.5. Лечение повреждений слюнных желез | 262 |
| 9.9. Кисты и опухоли слюнных желез | 263 |
| 9.9.1. Этиология и патогенез | 263 |
| 9.9.2. Кисты малых слюнных желез | 263 |
| 9.9.3. Киста подъязычной слюнной железы (ранула) | 263 |
| 9.9.4. Истинные кисты околоушной или поднижнечелюстной слюнных желез | 264 |
| Глава 10. Онконастороженность и предраки слизистой оболочки полости рта. Ранняя диагностика доброкачественных заболеваний (И.М. Рабинович, О.Ф. Рабинович) | 265 |
| 10.1. Облигатные предраковые заболевания | 266 |
| 10.1.1. Болезнь Боуэна и эритроплазия Кейра | 266 |
| 10.1.2. Бородавчатый (узелковый) предрак красной каймы губ | 267 |
| 10.1.3. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти | 268 |
| 10.1.4. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ | 268 |
| 10.2. Факультативные предраковые заболевания с большей потенциальной злокачественностью | 269 |
| 10.3. Факультативные предраковые заболевания с меньшей потенциальной злокачественностью | 271 |
| 10.4. Хронические язвы слизистой оболочки полости рта | 272 |
| 10.5. Красный плоский лишай, эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы | 273 |
| 10.6. Хронические трещины губ | 273 |
| 10.7. Актинический хейлит | 274 |
| Глава 11. Неврологические болевые синдромы в стоматологии (А.Ю. Дробышев, М.Н. Шаров, О.Н. Фищенко, Ю.С. Прокофьева) | 278 |
| 11.1. Анатомия | 279 |
| 11.2. Поражения тройничного нерва | 283 |
| 11.2.1. Невралгия тройничного нерва | 283 |
| 11.2.2. Постгерпетическая невралгия тройничного нерва | 285 |
| 11.2.3. Невропатия тройничного нерва | 286 |
| 11.3. Невралгия языкоглоточного нерва | 288 |
| 11.4. Поражения лицевого и других нервов | 290 |
| 11.4.1. Поражения лицевого нерва | 290 |
| 11.4.2. Невралгия коленчатого узла лицевого нерва | 292 |
| 11.4.3. Аурикулотемпоральный синдром | 292 |
| 11.5. Миофасциальный болевой синдром лица (с точки зрения невролога) | 293 |
| 11.5.1. Междисциплинарная этиология заболевания | 293 |
| 11.5.2. Клиническая картина миофасциального болевого синдрома лица | 293 |
| 11.5.3. Диагностические критерии синдрома | 294 |
| 11.5.4. Терапевтические возможности на догоспитальном этапе | 295 |
| Глава 12. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (В.А. Сёмкин) | 296 |
| 12.1. Классификация заболеваний височно-нижнечелюстного сустава | 296 |
| 12.2. Основные клинические проявления, диагностика и методы лечения патологии височно-нижнечелюстного сустава исходя из Международной классификации болезней 10-го пересмотра | 297 |
| 12.2.1. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. K07.60. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена) | 297 |

| | |
|---|------------|
| 12.2.2. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. K07.61. Щелкающая челюсть | 300 |
| 12.2.3. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. K07.62. Рецидивирующий вывих и подвывих височно-нижнечелюстного сустава | 301 |
| 12.2.4. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. K07.64. Тугоподвижность височно-нижнечелюстного сустава, не классифицированная в других рубриках | 303 |
| 12.2.5. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. K07.65. Остеофит височно-нижнечелюстного сустава..... | 305 |
| 12.3. Класс XIII «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» | 306 |
| 12.3.1. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. M00–M25. Артропатии | 306 |
| 12.3.2. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Артрозы: M15. Полиартроз. M15VX. Полиартроз височно-нижнечелюстного сустава. M19. Первичный артроз других суставов. M19.OX. Первичный артроз височно-нижнечелюстного сустава | 311 |
| Глава 13. Дентальная имплантация (А.А. Кулаков, Т.В. Брайловская, К.Ю. Бадалян, Ф.Ф. Лосев) | 314 |
| 13.1. Сроки проведения дентальной имплантации после удаления зубов..... | 314 |
| 13.2. Дентальная имплантация (стандартный протокол) | 314 |
| 13.2.1. Параметры костной ткани челюстей для дентальной имплантации | 315 |
| 13.2.2. Расположение дентального имплантата | 315 |
| 13.2.3. Длина и диаметр дентального имплантата..... | 315 |
| 13.2.4. Принципы установки дентальных имплантатов..... | 316 |
| 13.2.5. Разрез и обеспечение оперативного доступа к альвеолярному отростку..... | 316 |
| 13.2.6. Препарирование костного ложа..... | 316 |
| 13.3. Методика немедленной имплантации. Немедленная дентоальвеолярная реконструкция | 317 |
| Глава 14. Неотложные и экстренные состояния (С.А. Рабинович, Л.А. Заводиленко) | 321 |
| Введение..... | 321 |
| 14.1. Нарушение сознания | 322 |
| 14.2. Синдром артериальной гипотензии..... | 323 |
| 14.3. Синдром артериальной гипертензии | 323 |
| 14.4. Острый коронарный синдром..... | 324 |
| 14.5. Синдром острой дыхательной недостаточности | 325 |
| 14.6. Синдром острого нарушения мозгового кровообращения | 326 |
| 14.7. Судорожный синдром | 326 |
| 14.8. Синдром острой офтальмогипертензии | 327 |
| 14.9. Синдром коматозного состояния | 327 |
| 14.10. Синдром шока | 329 |
| 14.11. Системная токсическая реакция местных анестетиков..... | 330 |
| 14.12. Сердечно-легочная реанимация | 331 |
| Глава 15. Особенности детской хирургической стоматологии (О.З. Топольницкий, Я.В. Шорстов) | 333 |
| 15.1. Удаление зубов у детей..... | 333 |
| 15.2. Врожденная патология слизистой оболочки полости рта у детей | 339 |
| 15.3. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области..... | 345 |
| 15.4. Воспалительные корневые кисты челюстей | 349 |
| 15.5. Повреждения зубов, челюстных костей и мягких тканей лица | 352 |
| 15.6. Опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области у детей | 363 |
| 15.6.1. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей..... | 363 |
| 15.6.2. Сосудистые новообразования и пороки развития..... | 367 |
| 15.6.3. Нейрофиброматоз..... | 369 |
| 15.6.4. Опухолеподобные образования из железистого эпителия..... | 370 |
| 15.7. Одонтогенные и неодонтогенные опухоли, опухолеподобные и диспластические поражения челюстных костей у детей (Я.В. Шорстов, О.З. Топольницкий) | 371 |
| 15.7.1. Особенности диагностики и лечения опухолей и опухолеподобных процессов у детей | 371 |
| 15.7.2. Основные клинические проявления и методы диагностики на догоспитальном этапе опухолей челюстных костей у детей | 372 |
| Глава 16. Доброкачественные и опухолеподобные новообразования полости рта (С.В. Тарасенко, Е.А. Морозова)..... | 378 |
| 16.1. Доброкачественные новообразования мягких тканей | 378 |
| 16.1.1. Плоскоклеточная папиллома | 378 |
| 16.1.2. Фиброма..... | 379 |
| 16.1.3. Гемангиома..... | 380 |
| 16.2. Опухолеподобные образования мягких тканей | 382 |
| 16.2.1. Сосочковая гиперплазия..... | 382 |

| | |
|---|-----|
| 16.2.2. Кератоакантома..... | 382 |
| 16.2.3. Плоскоклеточный кератоз (кератотическая папиллома)..... | 382 |
| 16.2.4. Себорейный кератоз..... | 383 |
| 16.2.5. Ринофима..... | 383 |
| 16.2.6. Фиброзное разрастание..... | 384 |
| 16.2.7. Эпулис..... | 384 |
| 16.2.8. Фиброматоз..... | 385 |
| 16.2.9. Диффузный липоматоз..... | 386 |
| 16.2.10. Системный гемангиоматоз..... | 386 |
| 16.2.11. Гемангиома грануляционно-тканевого типа (пиогенная гранулема)..... | 386 |
| 16.2.12. Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена)..... | 387 |
| 16.3. Кисты слюнных желез..... | 387 |
| 16.3.1. Кисты малых слюнных желез..... | 387 |
| 16.3.2. Киста подъязычной слюнной железы (ранула)..... | 388 |
| 16.4. Опухолеподобные образования челюстей..... | 389 |
| 16.4.1. Центральная гигантоклеточная гранулема (гигантоклеточная репаративная гранулема)..... | 389 |
| 16.4.2. Фиброзная дисплазия..... | 389 |
| 16.4.3. Эозинофильная гранулема..... | 390 |
| 16.4.4. Коричневая опухоль гиперпаратиреозидизма..... | 391 |
| 16.4.5. Деформирующий остеоит (болезнь Педжета)..... | 391 |
| 16.4.6. Одонтома..... | 392 |
| 16.5. Кисты челюстей..... | 392 |
| 16.5.1. Неэпителиальные кисты челюстей..... | 392 |
| 16.5.2. Эпителиальные кисты челюстей..... | 393 |
| Предметный указатель..... | 400 |

Глава 1

Организация помощи населению по хирургической стоматологии

А.А. Кулаков, С.Н. Андреева, С.И. Абакаров

- *Пути развития и основные проблемы хирургической стоматологии.*
- *Законодательное и нормативно-правовое регулирование организации помощи по хирургической стоматологии.*
- *Учетно-ответная документация врага — стоматолога-хирурга, показатели работы врага, отделения, медицинской организации.*
- *Экспертиза качества оказания хирургической стоматологической помощи (ХСП).*
- *Контроль качества и безопасности медицинской деятельности по хирургической стоматологии.*
- *Судебно-медицинская экспертиза и судебная практика по хирургической стоматологии.*

1.1. ПУТИ РАЗВИТИЯ И ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Одной из ключевых задач хирургической стоматологии является обеспечение населения Российской Федерации (РФ) качественной и доступной ХСП при заболеваниях и повреждениях зубов, челюстей и других органов полости рта и челюстно-лицевой области. Развитие специальности обусловлено:

- *меняющимися условиями оказания ХСП;*
- *реформированием систем государственного, муниципального и частного здравоохранения;*
- *динамическими изменениями структуры стоматологической заболеваемости населения РФ (увеличением фоновых и предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, болезней пародонта, зубочелюстных аномалий и т.д. [1–3];*
- *трансформациями потребностей граждан (возрастающими потребностями пациентов в применении современных методов дентальной имплантации и зубосохраняющих операций) [4];*
- *инновационными научно-техническими достижениями в области медицины, компьютерных технологий, химии, фармакологии, биоинженерии и т.д.*

Государство стратегически заинтересовано в совершенствовании организации ХСП, так как это обеспечивает устойчивую базу для реализации основных программ по увеличению ожидаемой продолжительности жизни граждан РФ, и обеспечению качества и доступности медицинской помощи (МП). Основные ориентиры государственной политики в сфере здравоохранения озвучены президентом РФ В.В. Путиным. Среди приоритетных задач и механизмов их реализации названы: увеличение финансирования здравоохранения, оптимизация структуры лечебных учреждений для обеспечения доступности МП в первичном звене, профилактическая направленность медицины и решение вопросов кадрового дефицита специалистов.

На современном этапе под качеством медицинской помощи, в том числе ХСП, подразумевают ее соответствие стандартам, безопасность, эффективность,

своевременность, доступность и адекватность имеющимся у населения потребностям, для изучения которых проводят оценку стоматологического здоровья, осуществляя эпидемиологические обследования.

При проведении второго Национального эпидемиологического стоматологического обследования населения 47 регионов РФ (2007–2008) были изучены различные показатели стоматологической заболеваемости населения, в том числе распространенность и интенсивность кариеса и нуждаемость в протезировании, которая косвенно характеризует объемы ХСП.

В возрастной группе 35–44 года в среднем отсутствует 4,78 зуба. После 65 лет в среднем удалено более 18 зубов, а полное отсутствие зубов — у 14% в среднем по стране и до 50% в отдельных регионах РФ [5]. Потребность в протезировании в возрастной группе 35–44 года составила 55% всех обследованных (39% из них нуждались в съемных протезах, то есть имели значительные по протяженности дефекты зубных рядов). В возрастной группе старше 65 лет уже 63% обследованных по стране граждан нуждались в протезировании и 32% из них — в съемных или комбинированных протезах, а 14% обследованных не имели ни одного зуба на одной или двух челюстях и нуждались в полных съемных протезах [5].

Эти показатели не только являются индикаторами состояния стоматологического здоровья населения на момент эпидемиологического обследования, но при сравнительном анализе с данными ранее проведенных исследований позволяют судить о динамике изменений и формирующихся тенденциях.

При сравнении результатов первого (1997–1998) и второго (2007–2008) эпидемиологических обследований населения РФ можно четко проследить изменения, касающиеся основных показателей ХСП в РФ. Например, анализ изменений структуры индекса КПУ (суммы кариозных и пломбированных постоянных и временных зубов) за десятилетний период показывает, что произошло значительное увеличение количества удаленных временных зубов (в 2,5 раза) и уменьшение в 2–3 раза количества удаленных постоянных зубов у детей в возрастных группах 6, 12, 15 лет [6].

Сравнение КПУ в иных возрастных группах в динамике за 10 лет позволяет говорить о том, что отмечается снижение количества удаленных зубов на 14% в возрастной группе 35–44 года. Для людей старше 65 лет значение компонента «У» (удаленные зубы) в структуре КПУ в динамике за 1998–2008 гг., к сожалению, почти не изменилось и составило около 80%.

Можно говорить о том, что данные эпидемиологических обследований в РФ подтверждают общемировую тенденцию по возрастанию объемов ХСП, оказываемой пациентам пожилого и старческого возраста. Этому, во-первых, способствует рост продолжительности жизни, а во-вторых, изменения возрастной структуры общества, рост удельного веса граждан РФ старших возрастных групп.

Доля граждан в возрасте 60 лет и более в мире увеличится с 12,3% в 2015 г. до 14,9% в 2025 г. и 21,5% в 2050 г.; в Европе — с 23,5% в 2015 г. до 28% в 2025 г. и 34,2% в 2050 г.

В нашей стране доля граждан в возрасте более 60 лет увеличится с 20% в 2015 г. до 23,9% в 2025 г.

и 28,8% в 2050 г. [7]. По данным Росстата, доля лиц старшего возраста в структуре населения РФ уже в 2016 г. составила 24,6%, а к 2025 г. может достигнуть 27%, то есть 39,9 млн человек.

Эти изменения влекут за собой целый комплекс необходимых для осуществления преобразований в плане организации ХСП с учетом реализации государственных программ поддержки граждан старшего возраста.

ХСП пациентам старших возрастных категорий имеет свою специфику, обусловленную множеством факторов, в частности, влияние оказывают:

- физиологические особенности пациентов пожилого возраста (мультиморбидность, снижение реактивности, замедление регенеративных процессов, изменение порога болевой чувствительности и т.д.);
- снижение толерантности к лекарственным средствам;
- изменения в вегетативной нервной системе, приводящие к увеличению количества невротических состояний;
- социально-психологическая дезадаптация;
- ограниченная мобильность и многое другое.

Кроме того, пациенты старших возрастных групп наименее социально и экономически защищены. Безусловно, все эти факторы при планировании организации ХСП потребуют:

- изменения типовых норм времени выполнения работ врачом — стоматологом-хирургом, применяемых при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;
- пересмотра штатных нормативов по количеству врачей — стоматологов-хирургов с учетом возрастного состава населения в регионе;
- разработки стандартов и протоколов ведения пациентов с отягощенной соматической патологией;
- решения юридических и экономических проблем, связанных с организацией мобильной ХСП, включая оказание помощи на дому;
- подготовки специалистов в области геронтостоматологии и т.д.

Государство уже определило свою позицию, утвердив приказом Минздрава России от 29.01.2016 № 38н Порядки оказания МП по профилю «гериятрия», в которых рассматриваются вопросы взаимодействия врача-гериятра и врачей по профилю «стоматология». Постановлением Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения»» определена стратегия развития и выделены приоритетные проекты. В структуру государственной программы вошел приоритетный проект «Организация современной модели долговременной медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста на принципах междисциплинарного взаимодействия» («Территория заботы»). Целью проекта стала организация долговременной медицинской и социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста на принципах междисциплинарного и межведомственного взаимодействия.

Реформирование системы здравоохранения и властных структур с передачей части компетенций региональным и муниципальным органам власти позволяет осуществлять индивидуальный подход к формированию организационной модели стоматологической службы каждого конкретного региона с учетом его географических, экономических, социальных и иных особенностей, а также реальных потребностей населения.

Еще одной проблемой организации хирургической стоматологической службы является обеспечение сельского населения качественной помощью. Главными трудностями при планировании являются: сезонный характер работы населения, небольшая плотность населенных пунктов и необходимость мобильных стоматологических кабинетов, низкое качество дорог, недостаточное оснащение и финансирование имеющихся стоматологических кабинетов, низкая мотивация врачей, неразвитость сети частных медицинских организаций [8, 9]. В целях решения проблем в последнее десятилетие были предприняты определенные шаги со стороны государства в этом направлении.

Постановлением Правительства РФ от 12.11.2002 № 813 «О продолжительности работы по совместительству в организациях здравоохранения медицинских работников, проживающих и работающих в сельской местности и поселках городского типа» предусмотрена продолжительность работы по совместительству не более 8 ч в день и 39 ч в неделю.

Внесены изменения в Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ», п. 12.1 ст. 51 (в редакции Федерального закона от 28.12.2016 № 472-ФЗ), издано соответствующее Распоряжение правительства РФ от 22.12.2016 № 2772-р о выделении за счет средств резервов территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ОМС) единовременных компенсационных выплат врачам, прибывшим на работу в сельский населенный пункт, рабочий поселок либо поселок городского типа. При этом поправки 2017 г. расширили список населенных пунктов, на которые распространяется действие закона, а Постановление правительства РФ от 18.10.2019 № 1347 «О внесении изменений в государственную программу РФ «Развитие здравоохранения» утвердило участие в программах «Земский доктор» и «Земский фельдшер» медицинских работников старше 50 лет. Целью принятия этих поправок было улучшение качества медицинских услуг, предоставляемых сельскому населению за счет привлечения квалифицированных специалистов с высшим медицинским образованием.

Кроме того, для врачей — стоматологов-хирургов, работающих в сельской местности, предусмотрена возможность досрочного выхода на пенсию за стаж 25 лет (причем 1 год считается как 1,3 года стажа), а также различные коммунальные и социальные льготы. Регионам РФ предоставлено право расширять список привилегий для врачей, работающих в сельской местности.

Все эти программы были задуманы как выражение принципиально нового подхода к вопросам

государственного регулирования кадрового обеспечения сельского населения страны. Однако говорить о достигнутых высоких показателях удовлетворенности сельского населения качественной ХСП не приходится, что подтверждают данные и научных исследований, и эпидемиологических обследований. Главными проблемами называют слабость материально-технической базы, несовершенство нормативно-правовой базы, регуливающей оказание СП в сельских районах, недостаточность кадрового обеспечения и отсутствие возможностей повышения квалификации врачей [9]. Эти проблемы и определяют основные направления работы по совершенствованию качества ХСП сельскому населению.

Не менее важным направлением развития ХСП является реализация программ по борьбе с онкологическими заболеваниями, особенно учитывая, что рак полости рта, по разным данным, составляет от 1,5 до 5,0% всех опухолей человека.

По данным сайта Федеральной службы государственной статистики о заболеваемости населения по основным классам болезней в 2000–2017 гг., количество впервые выявляемых новообразований постоянно увеличивается и в 2017 г. составило 1674 на 100 000 населения. В структуре смертности злокачественные новообразования занимают второе место после болезней системы кровообращения.

В 2017 г. была утверждена Национальная стратегия по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный период до 2030 г., призванная разработать и реализовать целый комплекс мер по профилактике, совершенствованию специализированной помощи, а также снижению уровней инвалидизации и общей смертности от онкологических заболеваний.

В качестве основной проблемы при оказании ХСП данной группе больных отмечается большое количество случаев поздней диагностики новообразований визуальных локализаций в III–IV стадии, когда доля достижимой стойкой ремиссии уменьшается в 2–3 раза (с 90% при I стадии до 30–40% при III стадии) [10, 11]. Именно поэтому раннее выявление, внедрение скрининговых программ для диагностики онкологических заболеваний у стоматологических больных и проведение обучающих мероприятий для врачей-стоматологов должно стать приоритетным в данном направлении.

Важную роль должны сыграть утвержденные Минздравом России в 2017 г. клинические рекомендации «Рак слизистой оболочки полости рта» и включение в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг. нормативов финансовых затрат по онкологии.

Рассматривая вопросы совершенствования организации ХСП, нельзя не обсудить кадровый потенциал страны, гигиену труда, профессиональные вредности, поскольку качество оказания ХСП напрямую зависит от эффективности работы врачей — стоматологов-хирургов.

Общая численность стоматологов, по данным Росстата, в 2017 г. была равна 62,3 тыс. человек, из них 17,2 тыс. зубных врачей [12]. Доля врачей — стоматологов-хирургов составляет 9,6% [13] (рис. 1.1).

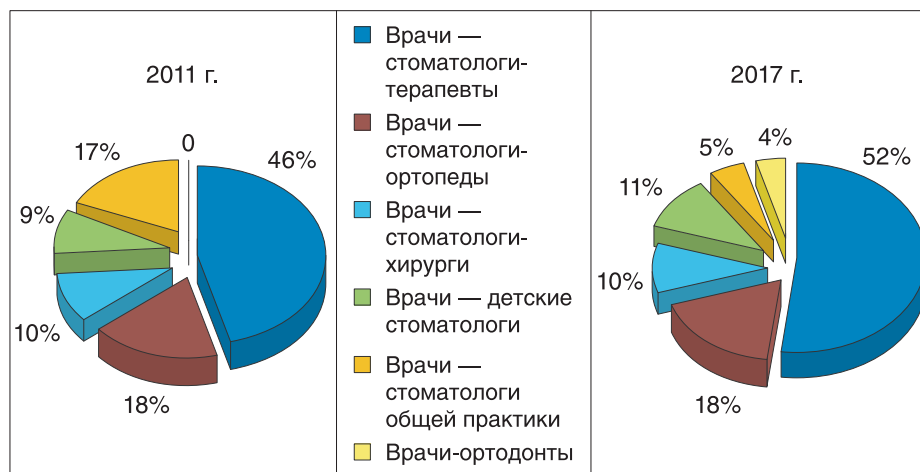


Рис. 1.1. Специализация врачей-стоматологов в Российской Федерации (2011–2017)

При этом стабильное ежегодное увеличение числа врачей-стоматологов на 1–3% практически не влияет на показатель обеспеченности врачами-стоматологами населения РФ, являющийся одним из критериев оценки степени обеспечения граждан СП.

В статистическом ежегоднике Федеральной службы государственной статистики утверждается, что в стране обеспеченность врачами-стоматологами составляла 4,2 в 2010, 2014, 2017 гг. и 4,1 в 2015–2016 гг. на 10 000 населения, зубными врачами — 1,6 в 2010 г., 1,3 — в 2015–2016 гг. и 1,2 — в 2017 г. на 10 000 человек соответственно [14]. Особенностью является неравномерное распределение врачебных кадров по регионам.

Аудит кадровых ресурсов врачей-стоматологов, проводимый специалистами ФГБУ «НМИЦ и ЧЛХ» Минздрава России по годовым отчетам (форма № 30), предоставляемым медицинскими организациями в Минздрав России, позволил получить несколько иные результаты. Основное отличие касается выявляемой тенденции уменьшения общего числа врачей — стоматологов-хирургов (в динамике с 2010 по 2014 г. с 4831 до 4463 человек) и их доли от общего числа специалистов по профилю «стоматология», равной 10,5% [15]. Показатель укомплектованности врачами — стоматологами-хирургами равняется в среднем за 5 лет 87%, а показатель обеспеченности в среднем по стране составил в 2014 г. всего 2,99 [15]. Результаты, полученные специалистами ФГБУ «НМИЦ и ЧЛХ» Минздрава России, подтверждают крайне неравномерную обеспеченность кадрами различных регионов страны. В пределах субъектов одного и того же федерального округа и между федеральными округами показатель обеспеченности кадрами может различаться в 5–6 раз, что говорит о нерациональном использовании кадрового потенциала.

По данным Росстата, отмечается ежегодное уменьшение числа стоматологических (в том числе детских) поликлиник. Если в 2005 г. в стране было 887 стоматологических поликлиник (в том числе 128 детских), то в 2010 г. — уже 802 (124), в 2016 — 652 (96). Такую же динамику можно проследить по числу лечебно-профилактических организаций, имеющих стоматологические отделения (кабинеты).

В 2005 г. их число составляло 9235 единиц, в 2010 г. — 4870, а в 2016 г. — 4052. Таким образом, в период 2005–2016 гг. количество стоматологических поликлиник и отделений уменьшилось на 26 и 56% соответственно [12], что, несомненно, снижает доступность СП.

Требуют внимания и вопросы профессиональных вредностей врачей по профилю «стоматология». Врачи — стоматологи-хирурги в своей ежедневной практике испытывают постоянное нервно-эмоциональное напряжение, физическое переутомление, подвергаются воздействию различных профессиональных вредностей (таких как шум, вибрация, возможность инфицирования и т.д.). Можно выделить комплекс факторов, влияющих на работу врача — стоматолога-хирурга.

1. Физическая нагрузка: вынужденное статическое положение, нагрузка на зрение.
2. Психологическая нагрузка: интеллектуального, эмоционального характера (формирование чувства вины, ответственность за ошибки, необходимость контактировать с большим количеством людей), монотонность манипуляций.
3. Социальные факторы: отношения внутри коллектива, проблемы профессионального роста, социальный статус профессии в обществе.
4. Медицинские факторы: появление профессиональных заболеваний сосудов, опорно-двигательного аппарата, сенсibilизации организма на фармацевтические препараты и антисептики.
5. Экономические факторы: справедливость оплаты труда.
6. Организационного плана: нагрузка на приеме (нормирование труда), материально-техническая база.
7. Законодательно-нормативные факторы: законодательное регулирование взаимоотношений «врач–медицинская организация», «врач–пациент», регулирование режима и условий труда и т.д.
8. Личностные факторы (коммуникативность и коммуникабельность, эмоциональная стабильность, выносливость и социальная активность и т.д.).

Исследования показывают, что врачи-стоматологи находятся в первой пятёрке медицинских специально-

стей, для которых рассчитанный риск возникновения синдрома эмоционального выгорания значительно выше [16, 17]. Причем среди врачей-стоматологов этот риск выше именно для врачей — стоматологов-хирургов [16, 17].

Наибольшая частота психосоматических расстройств регистрируется у врачей среднего возраста (41–55 лет) [18]. От стажа работы зависит и формирование чувства вины (при стаже работы 10–15 лет встречается в 50%, при стаже 15–20 лет — в 90% случаев), и проявление симптомов эмоционального истощения (для врачей-стоматологов со стажем 10–15 лет определяется в 30%, со стажем 15–20 лет — в 100% случаев) [19].

Эти показатели убедительно доказывают необходимость разработки на государственном уровне комплексных программ, направленных на улучшение качества жизни врачей-стоматологов, предупреждение синдромов эмоционального выгорания и симптомов профессионального стресса.

Таким образом, в определении стратегии развития специальности «хирургическая стоматология» четко определяются основные задачи на ближайшие и отдаленные перспективы. Круг субъектов, чьи интересы затрагиваются в ходе разработки и реализации политики совершенствования организации хирургической помощи, достаточно широк. В него входят органы законодательной и исполнительной власти не только федерального центра, но и субъектов РФ, представители медицинского сообщества, частного бизнеса (страховых компаний, производителей стоматологической продукции и оборудования), общественных организаций и т.д.

Некоторые задачи медицинское сообщество может эффективно решать в существующих условиях, например, по разработке профессиональных стандартов, критериев оценки качества, совершенствованию медицинских технологий и т.д. Другие же задачи требуют не только длительного временного периода, но и создания дополнительных условий, стимулов, оснований, механизмов реализации и т.д. К таким важнейшим задачам относятся вопросы ресурсного обеспечения и технологического перевооружения. В связи с этим можно выделить следующие возможные направления совершенствования качества организации ХСП.

- Регулирование тарифов ОМС, определение роли частных страховых компаний в процессе распределения государственных финансовых потоков в системе ОМС.
- Совершенствование механизмов контроля качества, направленных не на формальный контроль за ведением документов, а на оценку реально оказываемой СП.
- Выработка механизмов согласования интересов и ответственности медицинского сообщества и пациентов; перекося в сторону исключительно возрастания юридической ответственности врачей в условиях неразвитости механизмов страхования профессиональной ответственности может стать критическим для специальности.
- Долгосрочное планирование с учетом оценки результатов программы оптимизации системы

здравоохранения, приведшей к дестабилизации работы первичного звена на уровне фельдшерских амбулаторных пунктов (ФАП), сельских участковых и районных больниц.

1.2. ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Организацию помощи населению РФ по профилю «хирургическая стоматология», включая определение стратегии развития, планирование, контроль, совершенствование нормативно-правовой базы, методологии формирования тарифов, кадровой политики с учетом реализации указов президента и приоритетных проектов здравоохранения, осуществляет Минздрав России.

Основные законодательные и нормативно-правовые документы, регулирующие различные аспекты организации ХСП взрослому населению и детям, структурированы в табл. 1.1.

Основным законом, регламентирующим медицинскую деятельность в РФ, является Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее — Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ). Ст. 32 этого закона определяет, что МП может классифицироваться по видам, условиям и форме ее оказания. Согласно п. 3 Порядка оказания МП взрослому населению при стоматологических заболеваниях, утвержденного приказом Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 № 1496н (далее — Порядок оказания стоматологической помощи), ХСП может оказываться в виде СМП, первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, МП.

СМП при стоматологических заболеваниях оказывается фельдшерскими или врачебными выездными бригадами СМП. Порядок оказания данного вида помощи, основные функции, финансовое обеспечение, состав бригад и так далее утверждены приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Оказанием первичной медико-санитарной помощи по хирургической стоматологии в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара занимаются врачи — стоматологи-хирурги, врачи — челюстно-лицевые хирурги, зубные врачи, врачи-стоматологи детские.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, МП по хирургической стоматологии может быть оказана в стационарных условиях (в стоматологических отделениях, отделениях челюстно-лицевой хирургии и иных профильных отделениях медицинских организаций) врачами — стоматологами-хирургами и челюстно-лицевыми хирургами. Данный вид помощи включает диагностику, лечение и медицинскую реабилитацию при стоматологических забо-

Таблица 1.1. Документы, регулирующие организацию служб хирургической стоматологии

| Нормативно-правовая база | Констатирующая и распорядительная части приказов, постановлений (цели, главные факты, задачи) |
|---|--|
| 1. Основные законы, регулирующие деятельность | |
| Федеральный закон от 23.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» | <p>Определяет правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан РФ, права и обязанности граждан, медицинских организаций, медицинских работников. Определяет:</p> <ul style="list-style-type: none"> • понятия качества МП, медицинской услуги и т.д. (ст. 2); • основные принципы оказания МП (ст. 4); • порядок получения добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство (ст. 20); • порядок выбора врача и медицинской организации (ст. 2); • составляющие части государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения (ст. 29); • виды, условия и формы оказания МП, включая МП с применением телемедицинских технологий (ст. 32–34, 36); • экспертиза качества МП (цели проведения и критерии оценки) (ст. 64); • права медицинской организации и медицинских работников (ст. 72, 78); • правила проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ст. 90) |
| Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 № 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» | Устанавливает правила оказания СП взрослому населению всеми медицинскими организациями, независимо от их форм собственности. Порядок определяет рекомендуемые штатные нормативы и стандарты оснащения стоматологических поликлиник, кабинетов, мобильных кабинетов |
| Приказ Минздрава России от 13.11.2012 № 910н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» | Устанавливает виды, формы, условия оказания СП детскому населению |
| Приказ Минздрава России от 27.02.2016 № 132н «О требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения» | <p>Определяет обеспечение доступности стоматологической МП в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения с учетом видов, форм и условий оказания и положений методики определения нормативной потребности субъектов РФ в объектах здравоохранения, одобренной распоряжением Правительства РФ от 19.10.1999 № 1683-р.2. В частности, определена необходимость размещения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • поликлиники стоматологической (не менее одной на не более 100 000 населения), оказывающей плановую и неотложную первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь; • детской стоматологической поликлиники (не менее одной на 25 000–50 000 детей), оказывающей плановую, неотложную МП, первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь |
| Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта РФ, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи» | <p>Порядок регулирует отношения, связанные с выбором гражданином медицинской организации [за исключением случаев оказания скорой МП (СМП)] при оказании ему МП в рамках программы ОМС при его нахождении за пределами территории субъекта РФ, в котором он постоянно проживает. Определены правила выбора медицинской организации и замены лечащего врача, необходимые документы, сроки рассмотрения заявлений</p> |
| Приказ Министерства здравоохранения Союза Советских Социалистических Республик (СССР) от 12.06.1984 № 670 «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению» (в ред. приказа от 09.12.1996 № 402) | <p>Определяет организацию круглосуточной СП по экстренным показаниям в городах и сельских районах, участковый принцип обслуживания, организацию стоматологических кабинетов и отделений на всех промышленных предприятиях с числом работающих более 1500 человек и в средних учебных заведениях с числом учащихся более 800 человек; детских стоматологических отделений в структуре детских больниц.</p> <p>Утверждает временные нормы расхода на одну должность врача-стоматолога на хирургическом приеме и положения о главном враче и стоматологической поликлинике республиканского, областного (краевого) подчинения</p> |
| Приказ Министерства здравоохранения СССР от 01.10.1976 № 950 «О штатных нормативах медицинского персонала стоматологических поликлиник» (в ред. приказов от 25.06.1981 № 693, от 30.05.1986 № 770, от 13.06.2006 № 481) | Утверждает штатные нормативы медицинского персонала стоматологических поликлиник (врачей, среднего и младшего медицинского персонала) |

| Нормативно-правовая база | Констатирующая и распорядительная части приказов, постановлений (цели, главные факты, задачи) |
|--|---|
| Письмо Минздрава России от 18.03.2014 № 16-0/10/2-1796 с направлением методических рекомендаций по расчету потребности в медицинских кадрах | Методика предлагает алгоритм расчета потребности населения во врачебных кадрах для удовлетворения объемов помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной МП на федеральном и территориальном уровнях с учетом: половозрастной заболеваемости и госпитализации населения; территориальных особенностей субъектов РФ; объемов и уровней оказания МП; наличия труднодоступных населенных пунктов |
| Приказ Минздрава России от 09.06.2003 № 230 «Об утверждении штатных нормативов служащих и рабочих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и служащих централизованных бухгалтерий при государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения» | Утверждает штатные нормативы служащих для лечебно-профилактических учреждений, имеющих в своем составе амбулаторно-поликлинические подразделения |
| 2. Лицензирование деятельности, связанной с оказанием ХСП | |
| Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» | Утверждает положение о лицензировании медицинской деятельности, осуществляемой на территории РФ медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, а также перечень услуг (по стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии), подлежащих лицензированию. Определены необходимые документы для получения лицензии, лицензионные требования (к зданию, руководителю медицинской организации, сотрудникам, соблюдению порядков оказания МП и т.д.), правила лицензионного контроля, ответственность за нарушение лицензионных требований |
| Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинской организацией и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» | |
| Постановление Правительства РФ от 21.11.2011 № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности» | |
| Приказ Минздрава России от 05.05.2014 № 3166 «Об утверждении форм документов, используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения в процессе лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково» | Утверждает формы документов, используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, в процессе лицензирования медицинской деятельности |
| 3. Оказание медицинских услуг по хирургической стоматологии в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания МП | |
| Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг.» | Устанавливает перечень видов, форм и условий ХСП, оказание которой осуществляется бесплатно. Кроме того, определены нормативы объемов помощи, порядок формирования тарифов, критерии доступности и качества ХСП |
| Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» | Утверждает порядок организации и условий предоставления ХСП по ОМС, а также порядок оплаты МП, методику расчета тарифов, порядок оказания видов МП, установленных базовой программой ОМС |
| Приказ Федерального фонда ОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» | Утверждает порядок организации и проведения контроля сроков, объемов, качества и условий предоставления МП по ОМС. Устанавливает цели МЭК, МЭЭ, экспертизы качества МП (ЭКМП), порядки взаимодействия субъектов контроля и применения санкций к медицинским организациям за нарушения |
| 4. Оказание платных медицинских услуг по хирургической стоматологии | |
| Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» (в ред. от 01.01.2019) | Регулирует отношения между медицинской организацией и пациентами (потребителями услуг). Устанавливает права пациентов на качественную и безопасную МП, информацию об услуге, компенсацию морального вреда. Определяет порядок реализации прав, необходимые условия договора, обязанности изготовителя (исполнителя). Дает определение понятиям безопасной услуги, недостатка услуги |

| Нормативно-правовая база | Констатирующая и распорядительная части приказов, постановлений (цели, главные факты, задачи) |
|---|---|
| Постановление правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» | <p>Утверждает порядок и условия предоставления гражданам РФ платных медицинских услуг медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания МП.</p> <p>Определены:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сведения, размещение которых на сайте медицинской организации в сети Интернет и на стендах необходимо; • порядок заключения договора; • контроль за предоставлением платных услуг |
| 5. Номенклатура врачебных специальностей, медицинских должностей, медицинских услуг по профилю «хирургическая стоматология» | |
| Приказ Минздрава России от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» | <p>Устанавливает номенклатуру специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское образование, включающую 94 специальности.</p> <p>Номенклатура специальностей по хирургической стоматологии:</p> <p>68. Стоматология детская. 69. Стоматология общей практики. 72. Стоматология хирургическая. 91. Челюстно-лицевая хирургия</p> |
| Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» | <p>Утверждает номенклатуру должностей руководителей, врачей, среднего и младшего медицинского персонала:</p> <ul style="list-style-type: none"> • с высшим медицинским образованием: врач-стоматолог, врач-стоматолог детский, врач — стоматолог-хирург, врач — челюстно-лицевой хирург; • со средним медицинским образованием: зубной врач, медицинская сестра, санитар и т.д. |
| Приказ Минздрава России от 26.06.2014 № 322 «О методике расчета потребности во врачебных кадрах» | <p>Утверждает методику расчета потребности во врачебных кадрах в целях планирования и оценки эффективности использования имеющихся в медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения кадров с учетом:</p> <p>пола, возраста населения в субъекте РФ; территориальных особенностей субъекта РФ; объемов оказываемой МП в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам МП; (расчет норматива потребности во врачах — стоматологах-хирургах и врачах — челюстно-лицевых хирургах, числа коек и т.д.)</p> |
| Приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» | <p>Определяет перечень медицинских услуг по хирургической стоматологии:</p> <p>раздел А — медицинские вмешательства (класс 07 — полость и зубы); раздел В — комплексы медицинских вмешательств (класс 067 — стоматология хирургическая, класс 068 — челюстно-лицевая хирургия)</p> |
| 6. Квалификационные требования | |
| Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»» | <p>Содержит квалификационные характеристики должностей, которые определяют:</p> <ul style="list-style-type: none"> • перечень основных должностных обязанностей; • требования в отношении специальных знаний; • уровни профессионального образования <p>и служат основой для разработки должностных инструкций</p> |
| Приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»» | <p>Утверждает квалификационные требования к уровню образования и возможные должности медицинских работников с высшим образованием по специальностям:</p> <ul style="list-style-type: none"> • «стоматология хирургическая»; • «стоматология детская»; • «челюстно-лицевая хирургия» |
| Приказ Минздрава России от 10.02.2016 № 83н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским фармацевтическим образованием» | <p>Утверждает Квалификационные требования к уровню образования и возможные должности медицинских работников со средним образованием по специальностям: «общая практика», «операционное дело», «сестринское дело», «стоматология» и т.д.</p> |

| Нормативно-правовая база | Констатирующая и распорядительная части приказов, постановлений (цели, главные факты, задачи) |
|--|---|
| Приказ Минздравсоцразвития РФ от 06.08.2007 № 526 «Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей медицинских и фармацевтических работников» | Утверждает профессиональные квалификационные группы: <ul style="list-style-type: none"> • врачей-специалистов; • врачей-специалистов стационарных подразделений лечебно-профилактических учреждений; • врачей-специалистов хирургического профиля, оперирующих в стационарах лечебно-профилактических учреждений; • заведующих структурными подразделениями; • заведующих отделениями хирургического профиля стационаров |
| В части требований к квалификации, необходимой врачу и среднему, младшему медицинскому персоналу для выполнения их трудовой функции, работодатели обязаны соблюдать имеющиеся профессиональные стандарты | Утвержденные на 01.01.2019 профессиональные стандарты. <ul style="list-style-type: none"> • Врач-стоматолог (утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 10.05.2016 № 227н). • Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья (утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 07.11.2017 № 768н). • Младший медицинский персонал (утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 12.01.2016 № 2н) |
| <p>Комментарии</p> <p>Врач — стоматолог-хирург должен иметь высшее образование (специалитет) по специальности «стоматология», подготовку в ординатуре по специальности «стоматология хирургическая».</p> <p>В качестве дополнительного образования допускается профессиональная переподготовка по специальности «стоматология хирургическая» при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: «стоматология общей практики», «стоматология».</p> <p>Должен уметь выполнять перечень работ и услуг для диагностики заболеваний и оценки состояния больного в соответствии со стандартом МП, вести медицинскую документацию, анализировать свою работу, вести санитарно-просветительную деятельность, руководить средним и младшим медицинским персоналом и т.д.</p> <p>Должен знать: законы и нормативно-правовые акты РФ в сфере здравоохранения, защиты прав потребителя и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; современные методы лечения и диагностики; основы ДМС, ОМС, трудового законодательства и т.д.</p> <p>Для главных врачей, заведующих отделениями, медицинских статистиков и санитарок утверждены профессиональные стандарты, закрепляющие определенные функции</p> | |
| 7. Аккредитация, сертификация | |
| Приказ Минздрава России от 02.06.2016 № 334н (с изменениями в соответствии с приказами от 20.12.2016 № 974, 19.05.2017 № 234н, 26.04.2018 № 192н, 23.05.2018 № 51153, 24.05.2019 № 326н) | Утверждает Положение об аккредитации специалистов, принципы формирования и организации работы аккредитационной комиссии, алгоритм и необходимые документы для прохождения аккредитации и апелляции |
| Приказ Минздрава России от 06.06.2016 № 354н «Об утверждении типовой формы и порядка заключения соглашения территориального фонда ОМС с медицинской организацией о финансовом обеспечении мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования» | Определяет порядок финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования врачей за счет средств нормированного страхового запаса территориальных фондов ОМС |
| Приказ Минздрава России от 29.11.2012 № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста» (с изменениями в соответствии с приказами от 10.02.2016 № 82н, 31.07.2013 № 515н) | Устанавливает порядок получения и форму сертификата специалиста |

| Нормативно-правовая база | Констатирующая и распорядительная части приказов, постановлений (цели, главные факты, задачи) |
|---|---|
| 8. Продолжительность рабочего времени и нормирование труда | |
| Постановление правительства от 14.02.2003 № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и/или специальности» | Устанавливает для медицинских работников сокращенную продолжительность рабочего времени в зависимости от занимаемой должности от 30 до 36 ч |
| Постановление Минтруда от 30.06.2003 № 41 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры» | Устанавливает особенности работы по совместительству, которая в течение месяца не может превышать половины месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели |
| Постановление правительства РФ от 12.11.2002 № 813 «О продолжительности работы по совместительству в организациях здравоохранения медицинских работников, проживающих и работающих в сельской местности и в поселках городского типа» | Устанавливает продолжительность работы по совместительству врачам, проживающим и работающим в сельской местности, не более 8 ч в день и 39 ч в неделю |
| Комментарии | |
| В приложениях № 1–3 к Постановлению правительства РФ от 14.02.2003 № 101 в перечне должностей и/или специальностей медицинских работников, которые имеют право на сокращенную 33-часовую рабочую неделю, определено, что это право не распространяется на врачей — стоматологов-хирургов и врачей — челюстно-лицевых хирургов. В связи с этим продолжительность рабочего времени врачей этих специальностей определяется в соответствии со ст. 350 Трудового кодекса РФ, которая устанавливает для медицинских работников сокращенную продолжительность рабочего времени не более 39 ч в неделю | |
| Приказ Минтруда России от 30.09.2013 № 504 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях» | В целях обеспечения нормального уровня интенсивности труда и повышения его эффективности определена методика нормирования труда и необходимые локальные нормативные акты с учетом условий, технологий и методики выполнения работ в государственных (муниципальных) учреждениях |
| Постановление правительства РФ от 11.11.2002 № 84 «О правилах разработки и утверждения типовых норм труда» | |

лениях, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий.

По условиям оказания выделяют ХСП, оказываемую вне медицинской организации, амбулаторно (в том числе на дому), в дневном стационаре и в стационаре.

При этом по форме ХСП может быть:

- экстренной, оказываемой при острых состояниях или обострениях хронических стоматологических заболеваний, представляющих угрозу жизни человека;
- неотложной, то есть оказываемой также при острых заболеваниях и состояниях, и при обострении хронических заболеваний, но когда нет явных признаков угрозы жизни пациента;
- плановой, оказываемой при проведении различных профилактических мероприятий и при заболеваниях и состояниях пациента, которые не требуют экстренного или неотложного вмешательства, поскольку плановый порядок оказания помощи не влечет угрозу жизни и резкого ухудшения состояния человека.

Порядок оказания МП по хирургической стоматологии включает этапы оказания МП, правила организации деятельности профильных отделений и кабинетов медицинской организации, стандарты оснащения

и рекомендуемые штатные нормативы профильных структурных подразделений кабинетов.

В РФ поддерживается трехуровневая система организации ХСП в соответствии с «Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях», утвержденным приказом Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 № 1496н (далее — Порядок оказания стоматологической помощи) и методическими рекомендациями, утвержденными приказом Минздрава России от 20.04.2018 № 182 «Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения». Цели разделения медицинских организаций по трем уровням: соблюдение этапов оказания МП, предусмотренных порядками ее оказания; рациональное территориальное размещение медицинских организаций и адекватное определение нормативов объемов МП в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания МП.

Этими методическими рекомендациями к первому уровню отнесены медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, и/или паллиативную МП, и/или скорую, в том числе скорую специализированную, МП, и/или специализированную (за исключением высокотехнологичной)

МП. Эти виды МП оказываются по территориальному признаку населению, проживающему на соответствующей расположению медицинской организации территории.

Ко второму уровню отнесены преимущественно медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и/или центры, оказывающие специализированную (за исключением высокотехнологичной) МП населению нескольких муниципальных образований.

Третий уровень составляют медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную МП.

Кроме того, данные методические рекомендации определяют алгоритм расчетов потребности в мощностях медицинских организаций: обеспеченность коечного фонда по профилю «хирургическая стоматология», показатели среднегодовой занятости койки, планового оборота койки и т.д.

ХСП гражданам РФ оказывают:

- в стоматологических поликлиниках (республиканских, краевых, областных);
- государственных и муниципальных стоматологических поликлиниках (городских, районных);
- стоматологических и челюстно-лицевых отделениях в ведомственных учреждениях;
- взрослых и детских челюстно-лицевых отделениях стационаров;
- клинических базах научно-исследовательских институтов и образовательных учреждений;
- стоматологических отделений и кабинетах в диспансерах и женских консультациях, при промышленных предприятиях и образовательных учреждениях, в составе многопрофильных больниц, медико-санитарных частей, ФАП;
- частных медицинских организациях и у индивидуальных предпринимателей.

Работа стоматологической поликлиники, оказывающей ХСП в амбулаторных условиях, организуется в соответствии с приведенным выше Порядком оказания СП. При определении штатной численности врачей и иного персонала, а также всей организационной структуры стоматологических поликлиник за основу берут показатели и структуру заболеваемости, численность населения конкретного региона, объемы необходимой СП. В соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами на 10 000 человек взрослого населения предусматривается 1,5 должности врача — стоматолога-хирурга. На каждого врача — стоматолога-хирурга предусматривается одна должность медицинской сестры и одна должность санитарки. Оснащение отделений (кабинетов) хирургической стоматологии регламентировано Порядком оказания стоматологической помощи.

Для оказания выездной лечебно-диагностической ХСП жителям в труднодоступных и отдаленных регионах, а также нетранспортабельным больным и пациентам с ограниченными возможностями могут быть организованы мобильные стоматологические кабинеты, являющиеся подразделениями стоматологических поликлиник либо стоматологических отделений медицинских организаций. Такие мобильные бригады, оснащенные современным оборудованием, зачастую экономически более целесообразны, чем

организация стоматологических кабинетов в малонаселенных пунктах, на территориях с низкой плотностью населения.

Для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, МП по хирургической стоматологии предусмотрена организация челюстно-лицевых и стоматологических отделений стационаров с перевязочной, операционной и стоматологическим кабинетом. Их оснащение и штатные нормативы также определяются Порядком оказания СП взрослому населению из расчета на отделение 30 коек — два врача — челюстно-лицевого хирурга или врача — стоматолога-хирурга, один заведующий отделением и т.д.

Дети со стоматологической патологией (воспалительными заболеваниями, травмой, врожденными и приобретенными дефектами) могут получить помощь в детских стоматологических поликлиниках, отделениях, кабинетах детских поликлиник (отделений), оказывающих МП детям со стоматологическими заболеваниями, и в детских отделениях челюстно-лицевой хирургии. Кроме того, согласно Порядку оказания МП детям со стоматологическими заболеваниями, утвержденному приказом Минздрава России от 13.11.2012 № 910н, могут быть предусмотрены койки в отделениях челюстно-лицевой хирургии. Согласно рекомендуемым штатным нормативам, предусматривается 0,8 должности врача-стоматолога детского на 1000 детей в городах и 0,5 должности — в сельских населенных пунктах. На врача-стоматолога детского рекомендовано предусмотреть одну медицинскую сестру и одного санитаря на трех врачей-стоматологов детских.

Высокую квалификацию специалистов в области хирургической стоматологии должно обеспечить внедрение новых принципов непрерывного профессионального образования. Реализации этих принципов на практике должны способствовать механизмы аккредитации медицинских работников и утверждение профессиональных стандартов по хирургической стоматологии.

По данным, представленным на официальном сайте Минздрава России (static-2.rosminzdrav.ru), в 2017 г. процедуру аккредитации успешно прошли 98,4% из допущенных к аккредитации врачей-стоматологов (6245 человек). Из числа аккредитованных специалистов 1023 человека было трудоустроено в медицинские организации на должность врача-стоматолога после завершения программ специалитета.

На начало 2019 г. из 21 утвержденных, 18 рекомендуемых к утверждению после одобрения Национальным советом по профессиональным квалификациям при президенте РФ и 22 разрабатываемых при участии Национальной медицинской палаты профессиональных стандартов для стоматологии разработаны и утверждены только три профессиональных стандарта, перечисленных выше: для врачей-стоматологов, специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья и младшего медицинского персонала.

В настоящее время продолжают одновременно действовать Квалификационные требования, утвержденные приказами Минздрава России от 08.10.2015 № 707н и от 10.02.2016 № 83н. Письмом Министерства

труда и социальной защиты РФ от 04.04.2016 № 14-0/10/В-2253 даны разъяснения по вопросам применения профессиональных стандартов, в том числе:

- при возникновении разночтений в утверждаемых профессиональных стандартах и квалификационных справочниках (в подобных случаях право выбора нормативно-правового акта для использования остается за работодателем);
- обязательность применения требований профессиональных стандартов не зависит от форм собственности медицинских организаций;
- какие из требований профессиональных стандартов являются обязательными;

- о невозможности автоматического изменения обязанностей работников при утверждении новых профессиональных стандартов и т.д.

1.2.1. Учетно-отчетная документация врача — стоматолога-хирурга

Ведение медицинской документации врачом — стоматологом-хирургом и врачом — челюстно-лицевым хирургом является его должностной обязанностью. Перечень основных документов с указанием приказов, утверждающих их форму и порядок заполнения, представлен в табл. 1.2.

Таблица 1.2. Учетно-отчетная документация врача — стоматолога-хирурга

| П/п № | Учетно-отчетная документация | Форма | Документ, регулирующий применение |
|-------|--|--|--|
| 1 | Медицинская карта стоматологического больного | № 043/у | Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030* |
| 2 | Талон пациента, получающего МП в амбулаторных условиях | № 025-1/у | Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н, приложение № 4 |
| 3 | Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов | № 025-2/у | Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030 |
| 4 | Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета | № 037/у** | Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030 |
| 5 | Сводная ведомость работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета | № 039-2/у** | Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030 |
| 6 | Журнал записи амбулаторных операций | № 069/у | Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030 |
| 7 | Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты | № 028/у | Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030 |
| 8 | Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного | № 027/у | Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030 |
| 9 | Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение | № 095/у | Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030 |
| 10 | Медицинская карта стационарного больного | № 003/у | Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030 |
| 11 | Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре | № 008/у | Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030 |
| 12 | Статистическая карта выбывшего из стационара | № 066/у | Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030 |
| 13 | Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии (ВКК) | № 035/у | Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030 |
| 14 | Рецептурные бланки | № 148-1/у-04 (л); № 107-1/у; № 148-1/у-88; № 107/у-НП | Приказ Минздрава России от 14.01.2019 № 4н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков, их учета и хранения» |

* Приказ утратил силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 05.10.1988 № 750. Однако в дальнейшем письмом Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 было сообщено, что до принятия новых образцов учетных форм учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России используют в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030.

** Приказом Министерства здравоохранения СССР от 25.01.1988 № 50, приложение № 4, введены формы № 037/у-88 и 039-2/у-88, однако документ утратил силу на территории РФ в связи с изданием приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.11.2009 № 893

1.3. ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Основной задачей хирургической стоматологической службы является оказание пациентам с одонтогенными воспалительными заболеваниями, врожденными и приобретенными деформациями челюстно-лицевой области, заболеваниями слюнных желез (СЖ) качественной МП.

В соответствии с российским законодательством в РФ могут проводиться следующие виды медицинских экспертиз (ст. 58, гл. 7 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ):

- экспертиза временной нетрудоспособности;
- медико-социальная экспертиза;
- военно-врачебная экспертиза;
- судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы;
- экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией;
- ЭКМП.

Для выявления возможных нарушений при оказании ХСП, оценки ее своевременности, правильности выбора методов лечения, а также в целях определения степени достижения запланированных результатов лечения проводится ЭКМП (ст. 64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ). При этом, если ХСП оказывалась в рамках программ ОМС, ЭКМП в соответствии с ч. 3 ст. 64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ будет регулироваться законодательством РФ об ОМС.

Таким образом, контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления ХСП по ОМС путем проведения ЭКМП утвержден Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (далее — Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ) (с изменениями и дополнениями) (ст. 40 гл. 9). Этот же приказ устанавливает, что порядок организации вышеназванного контроля определяется Федеральным фондом ОМС.

В 2019 г. приказом Федерального фонда ОМС от 28.02.2019 № 36 был утвержден новый Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС. Основные изменения в части ЭКМП в области хирургической стоматологии касаются того, что:

- а) результаты экспертиз будут направляться в региональные органы в сфере охраны здоровья и территориальные органы Росздравнадзора;
- б) страховыми компаниями будет размещаться информация о результатах проводимых контрольных мероприятий в самих проверяемых медицинских организациях;
- в) изменены критерии при проведении ЭКМП, и теперь в качестве критериев должны использоваться те, которые обозначены в приказе Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»; «сложившаяся клиническая практика» исключена из списка допустимых при ЭКМП критериев;

- г) проведена замена термина «дефекты медицинской помощи» термином «нарушения при оказании медицинской помощи»;
- д) изменены штрафные санкции за некоторые виды нарушений при оказании МП.

Кроме того, Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденный в 2019 г., определяет виды, цели, задачи, основания и сроки проведения ЭКМП, МЭЭ, МЭК, а также объем плановых ЭКМП: для стационарной ХСП — 5%, для СП в условиях дневных стационаров — 3%, для амбулаторно-поликлинического приема — 0,5% от числа законченных случаев.

Основными целями ЭКМП в рамках ОМС в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 28.02.2019 № 36 являются:

- защита прав застрахованных по получению бесплатной, качественной ХСП в объемах территориальных и базовых программ ОМС с учетом опросов застрахованных и изучение удовлетворенности населения качеством, доступностью и объемом ХСП;
- предупреждение нарушений при оказании ХСП, являющихся следствием нарушений сроков, объемов и качества оказания, сроков ожидания МП;
- проверка исполнения обязательств медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями;
- снижение страховых рисков и оптимизация расходов.

ЭКМП ХСП в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ проводится в целях выявления нарушений при оказании МП, в том числе оценки своевременности, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов с патологией полости рта. Немаловажным критерием является степень достижения запланированного результата ХСП.

Основные критерии для оценки качества ХСП утверждены приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». В частности, в приказе определены критерии качества по группам заболеваний и условиям ее оказания.

А. В амбулаторных условиях:

- качество ведения медицинской документации;
- сроки оказания и постановки диагноза (клинический диагноз ставится не позднее 10 дней с момента обращения);
- обоснованность и полнота плана лечения.

Б. В стационарных условиях:

- качество ведения медицинской документации;
- установление предварительного диагноза не позднее 2 ч и клинического диагноза не позднее 24 ч с момента поступления пациента;
- полнота плана лечения и корректность лекарственной терапии;
- обязательность осмотра заведующим отделением в течение 48 ч;
- отсутствие расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов;
- качество выписки из стационарной карты и т.д.

ЭКМП платных медицинских услуг по хирургической стоматологии проводится в порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (п. 4 ст. 64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ). Данный порядок утвержден приказом Минздрава России от 16.05.2017 № 226н «Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании». Приказом регулируются вопросы проведения ЭКМП, сформулированы сроки и методы ее проведения, определен порядок составления экспертного заключения. Кроме того, в данном законе закреплено положение об экспертах.

- В рамках государственного контроля экспертиза проводится аттестованными экспертами, привлекаемыми к проверкам Росздравнадзором.
- В рамках ведомственного контроля ЭКМП проводится учеными и специалистами, привлеченными уполномоченными федеральными и региональными органами исполнительной власти.

В 2018 г. принят Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в ст. 40 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» и ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» по вопросам клинических рекомендаций, который внес коррективы, определившие новый статус клинических рекомендаций (далее — Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ и Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ соответственно).

С учетом п. 7 ст. 2 Федерального закона от 25.12.2018 № 489-ФЗ с 01.01.2022 должна вступить в силу новая формулировка Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, в соответствии с которой ЭКМП и в рамках программы ОМС, и вне этой программы будет осуществляться на одном и том же основании — критериях, сформированных по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций. Таким образом, снимутся существующие различия в критериях оценки МП, оказанной по ОМС или в рамках платного оказания услуг.

В Федеральном законе от 25.12.2018 № 489-ФЗ серьезно переработана ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, которая до внесенных изменений называлась «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи». После вступления в силу закона с 01.01.2019 данная статья именуется «Организация оказания медицинской помощи». В ней определено, что медицинскую помощь оказывают:

- согласно положению об организации оказания МП по видам медицинской помощи;
- в соответствии с порядками оказания МП, обязательным для исполнения всеми медицинскими организациями;
- на основе клинических рекомендаций;
- с учетом стандартов МП.

Кроме того, Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ вносит коррективы, определившие новый статус клинических рекомендаций.

1. В частности, в законе дано определение клиническим рекомендациям. Это «документы, содержащие основанную на научных доказательствах, структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи» (ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ).
2. ЭКМП должна проводиться на основании критериев, утвержденных ч. 2 ст. 64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, то есть на основании «соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи», которые разрабатываются профессиональными некоммерческими организациями (ч. 2 ст. 76).
3. Клинические рекомендации, наряду с порядками оказания медицинской помощи и стандартами МП, теперь определяют качество МП (п. 2 ст. 2 Федерального закона от 25.12.2018 № 489-ФЗ).
4. К полномочиям органов государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья отнесли функцию обеспечения качества МП (п. 3 ст. 2 Федерального закона от 25.12.2018 № 489-ФЗ).
5. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам МП формироваться будет с учетом порядков оказания МП на основе не только стандартов МП, но и клинических рекомендаций.
6. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляемый органами государственного контроля, будет проводиться путем проведения проверок применения медицинскими организациями порядков оказания МП и «соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи» (п. 12 ст. 2 Федерального закона от 25.12.2018 № 489-ФЗ).
7. Примененные клинические рекомендации будут учитываться в системе персонифицированного учета персональных данных о лицах, которым оказываются медицинские услуги (п. 14 ст. 2 Федерального закона от 25.12.2018 № 489-ФЗ).

В законе определены также порядок, сроки разработки, утверждения и пересмотра клинических рекомендаций. Уже имеющиеся клинические рекомендации будут применяться до момента их пересмотра, но максимально до 31.12.2021. Все клинические рекомендации подлежат пересмотру не реже чем 1 раз в 3 года (п. 5 ст. 2 и пп. 3, 4 ст. 3 Федерального закона от 25.12.2018 № 489-ФЗ).

Резюмируя вышесказанное, можно констатировать, что с 2022 г., когда все изменения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ вступят в силу, основными станут следующие положения.

- ЭКМП в рамках программы ОМС и платных медицинских услуг будет проводиться по новым критериям оценки.
- Обеспечение доступности и качества МП будет осуществляться на основании клинических рекомендаций.
- Организация МП будет проводиться в соответствии с порядком оказания МП, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.
- Критерии оценки качества МП будут формироваться на основании клинических рекомендаций.
- Обеспечение МП и медицинскими изделиями будет проводиться на основании клинических рекомендаций.

1.4. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии со ст. 87 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ осуществляется в форме государственного, ведомственного и внутреннего контроля.

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности проводится органами государственного контроля в соответствии с порядком, утвержденным Постановлением правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 (в ред. от 30.11.2018) «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».

Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется федеральными и территориальными органами исполнительной власти на основании порядка, регламентированного приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности проводится всеми медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной форм собственности. До 2019 г. порядок осуществления внутреннего контроля устанавливался руководителями медицинских организаций, но с 2019 г. у Минздрава России появились полномочия по определению порядка его проведения, которые были реализованы принятием приказа от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

Внутренний контроль качества организуется руководителем медицинской организации для решения задач по профилактике и устранению имеющихся нарушений при оказании МП, а осуществляется соответствующей службой (комиссией) и/или уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности. Приказом четко обозначены задачи внутреннего контроля по выявлению и предотвращению нарушений

при оказании МП, рисков угрозы жизни граждан, обеспечению их прав; обеспечению порядков оказания и стандартов МП; принятию мер по совершенствованию качества МП. Кроме того, в документе обозначены список мероприятий в рамках осуществления внутреннего контроля, обязательный для исполнения, и формы отчетов по результатам проверок.

Следует отметить, что функция проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности была заложена и в работу врачебной комиссии (п. 4.22 приказа Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (с изменениями в соответствии с приказом от 02.12.2013 № 886н). Данный приказ утверждает порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации в целях оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий; оценки качества ведения медицинской документации. Однако с момента принятия приказа от 07.06.2019 № 381н функции врачебной комиссии и комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности разграничиваются.

1.5. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА И СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Оценка качества проведенного хирургического лечения стоматологического больного может проводиться не только в рамках ведомственных или вневедомственных ЭКМП, но и в порядке осуществления судебно-медицинской экспертизы, регулируемой Федеральным законом от 31.05.2001 № 73-ФЗ, который определяет правовую основу государственной судебно-экспертной деятельности, принципы организации и производства судебно-медицинской экспертизы. Порядок осуществления судебно-медицинской экспертизы утвержден приказом Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ».

Судебно-медицинская экспертиза может проводиться только по постановлению следователя или по определению суда, которые и формируют задачи проведения судебно-медицинской экспертизы и список вопросов, подлежащих разрешению.

Изучение стоматологической судебной практики за пятилетний период (2013–2017) с учетом сплошной выборки из электронных баз данных судебных порталов дел, связанных с некачественным оказанием СП, проведенных в ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, позволило определить основные тенденции, проблемы и характерные особенности. Всего было изучено более 1,5 тыс. дел из всех регионов РФ.

Ежегодно рассматривается около 4000 дел, касающихся некачественного оказания МП, и 15% этого объема связано с претензиями к качеству стоматологического лечения. В литературе имеются различные данные по преобладанию жалоб пациентов

на тот ли иной вид СП, полученные при анализе ограниченного количества судебно-медицинских экспертиз отдельных регионов страны. Однако данные изучения судебной практики по всем субъектам РФ за 5 лет позволяют говорить о том, что практически все врачи-стоматологи находятся в равных условиях с точки зрения вероятности возникновения риска судебного разбирательства. Распределение гражданских дел по профилю СП представлено в табл. 1.3.

Таблица 1.3. Распределение гражданских дел по профилю стоматологической помощи (2013–2017)

| Профиль СП | Доля дел от общего количества дел (1314), связанных с некачественным оказанием СП, % |
|---|--|
| СП по хирургической стоматологии | 12 |
| СП по хирургической стоматологии с применением дентальных имплантатов | 5 |
| СП по терапевтической стоматологии | 19 |
| СП по ортопедической стоматологии | 16 |
| СП по ортодонтической стоматологии | 2 |
| Комплексное оказание СП, но претензии только к одному виду СП | 11 |
| Комплексное оказание СП, но претензии к двум видам СП и более | 35 |
| Общее количество | 100 |

Цифры показывают, что в основном экспертами проводится оценка комплексного оказания СП, то есть оцениваются результаты МП, оказанной врачами-стоматологами различных специальностей (врачами — стоматологами-хирургами, врачами — стоматологами-ортопедами и врачами — стоматологами-терапевтами).

Судебных дел, где пациенты были недовольны качеством только ХСП, было не более 17% (с учетом ХСП с применением методов дентальной имплантации). Однако, даже если пациент не выдвигал жалоб на работу врача — стоматолога-хирурга, с учетом санации полости рта перед протезированием или уда-

лением зубов после осложнений терапевтического лечения, оценка качества, полноты, своевременности ХСП проводилась в 33% случаев всех изученных судебно-медицинской экспертиз за 2013–2017 гг.

Причинами судебных исков в основном были осложнения, связанные с удалением зубов и неудовлетворительными результатами дентальной имплантации (рис. 1.2).

Большое количество исков к врачам — стоматологам-хирургам определялось недовольством пациентов достигнутым результатом дентальной имплантации зубов. По таким искам выплаты в 2,0–2,5 раза превышали стоимость оказанных услуг, в абсолютном значении средние выплаты по таким делам составляли 300 000–350 000 рублей [20]. В случае признания нарушений при оказании ХСП выплаты, назначаемые судами для медицинских организаций, в среднем не превышали 150 000–160 000 рублей, но это в 92 раза превышало стоимость услуг, оказанных врачами — стоматологами-хирургами [21].

Ситуация во многом связана с назначаемыми выплатами компенсаций морального вреда и оплатой лечения в целях устранения дефектов ХСП. Если в делах, связанных с различными видами СП, компенсацию морального вреда пациенты запрашивали в 97% случаев, а суды удовлетворяли эти требования в 52% общего количества дел, то в делах по дентальной имплантации требования по компенсации морального вреда содержались в 100% исковых заявлений, и в 61% случаев суды сочли требования пациентов обоснованными, а вред доказанным [20, 22].

Основные проблемы при оценке качества ХСП в рамках проведения судебно-медицинской экспертизы были связаны с недостатком или отсутствием объективных оценок по целому ряду позиций. Например, нет оценок взаимовлияния ошибок, допущенных различными специалистами при оказании помощи одному пациенту; недостаточно нормативных документов, обозначающих точные сроки или необходимую терапию при тех или иных хирургических вмешательствах, и т.д.

Принимая во внимание негативные тенденции, связанные с увеличением числа граждан, не удовлетворенных качеством ХСП, и возрастом активности юридического сообщества, а также незавершенность процессов формирования нормативных документов,

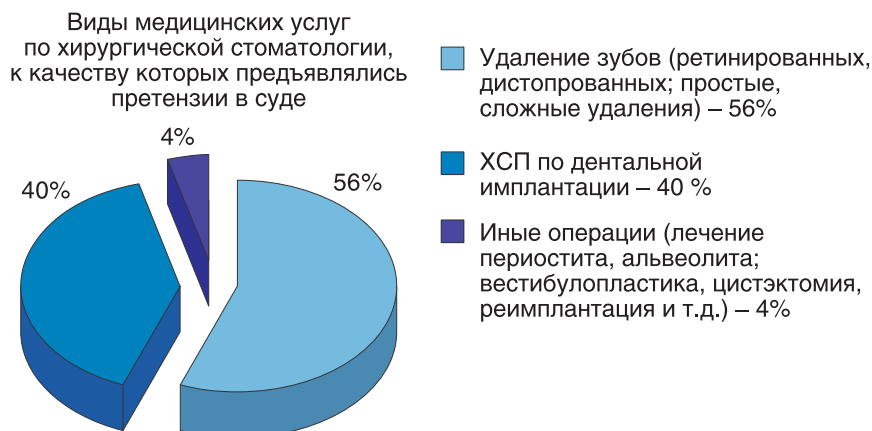


Рис. 1.2. Виды медицинских услуг, оказанных врачами — стоматологами-хирургами, которые стали основаниями для судебных разбирательств (2013–2017)