

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Коллектив авторов, 2017
УДК 616.314-089.23
DOI:10.23888/PAVLOVJ20172279-288

**К ВОПРОСУ О ЗАПОЛНЕНИИ ВРАЧАМИ ОРТОДОНТАМИ
МЕДИЦИНСКИХ КАРТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ
ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ**

А.К. Лапина¹, О.Н. Архарова², Т.С. Родина², В.Д. Вагнер¹

ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России,
ул. Тимура Фрунзе, 16, 119991, г. Москва, Российская Федерация (1)
Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
ул. Высоковольтная, 9, 390026, г. Рязань, Российская Федерация (2)

Полноценное и правильное заполнение первичной медицинской документации очень важно не только для хранения полученной диагностической информации, составления адекватного плана лечения, а также сведений о проведенных лечебных манипуляциях по устранению зубочелюстных аномалий, но и для экспертизы качества оказанной медицинской помощи при возникновении конфликтных ситуаций. Медицинская карта ортодонтического пациента (форма 043-1/у), утвержденная приказом МЗ РФ «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» от 15.12.2014 г. №834н, является основным документом учета работы врача-ортодонта. На сегодняшний день, спустя два года после выхода приказа, важно выяснить используется ли утвержденная новая форма медицинской карты в лечебных учреждениях, оказывающих ортодонтическую помощь, а также определить качество ее заполнения как основного документа, применяемого для проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи. В статье приводятся результаты ретроспективного анализа оформления медицинских карт ортодонтического пациента в стоматологической поликлинике Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. Установлено, что подробно и правильно оформлено только 16,0% медицинских карт. Врачи-ортодонты не уделяют должного внимания сбору анамнеза, осмотру пациентов, проведению клинических проб и использованию специальных дополнительных методов обследования пациентов, таких как цефалометрия и функциональная диагностика.

Ключевые слова: медицинская карта ортодонтического пациента, ортодонтическое лечение, зубочелюстные аномалии.

ON THE QUESTION ORTHODONTIC MEDICAL RECORDS COMPLETION WHEN DENTOALVEOLAR ANOMALIES AND DEFORMATIONS DIAGNOSING

A.K. Lapina¹, O.N. Arharova², T.S. Rodina², V.D. Vagner¹

Central Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery,
Timura Frunze str., 16, 119991, Moscow, Russian Federation (1)
Ryazan State Medical University,
Vysokovoltnaya str., 9, 390026, Ryazan, Russian Federation (2)

Correct registration of primary medical documentation is very important for storage of diagnostic information, the treatment plan, information about the carrying out of medical manipulations for the elimination of dentofacial anomalies, for examination of quality of medical care in conflict situations. Medical card of the orthodontic patient (form 043-1/y), approved by order of Ministry of Health of the Russian Federation «On approval of unified forms of medical records used in medical organizations providing medical care in outpatient conditions and procedures for their filling» from 15.12.2014, №834 is the main document of the orthodontist. At the moment, two years after the release of the order, you need to find out whether approved new medical report form in hospitals with orthodontic care, to determine the property of filling as the main instrument used for examination of quality of medical care provided. The article presents the results of the retrospective analysis of medical cards of the patients receiving orthodontic treatment in the dental clinic at Ryazan State Medical University. Found that detailed and properly designed, only 16,0% of medical cards. Orthodontists don't pay enough attention to the medical history, examination of patients, the conduct of clinical trials and the use of special additional methods of examination of patients, such as cephalometry and functional diagnostics.

Keywords: orthodontic patient's medical record, orthodontic treatment, dentoalveolar anomalies.

Одной из основных задач стоматологической службы является оказание квалифицированной профессиональной помощи населению. Поэтому, при организации стоматологической помощи важно оценивать ее эффективность, доступность и качество оказываемых услуг. Большое значение при этом имеет экспертиза первичной медицинской документации [1, 2]. Медицинская карта стоматологического пациента - документ, позволяющий выявить полноту выполненных диагностических манипуляций при планировании лечения и оценить соответствие выбранной тактики лечения имеющейся патологии, а также определить качество оказанной стоматологической помощи [3, 4].

Эффективность ортодонтического лечения зависит от правильной диагностики аномалий зубов и челюстей. Методы кли-

нического обследования пациентов с аномалиями соотношения зубных дуг и функциональные клинические пробы не могут быть достаточными для полноценной диагностики и выбора рационального метода лечения. Важно также применение специальных дополнительных методов обследования, позволяющих поставить точный диагноз пациенту. При этом результаты обследования должны быть корректно изложены в медицинской карте, однако врачи-ортодонты не всегда добросовестно относятся к ее заполнению [3, 5-7]. Ряд авторов (Голмачев И.А., Исаков В.Д., Образцов Ю.Л., Ларионов С.Н., 2012) отмечают, что по имеющейся первичной медицинской документации сложно, а порой невозможно, установить причинно-следственную связь между оказанной стоматологической помощью и последовавшей претензией от пациента из-

за скудного описания жалоб, объективных данных, лаконичной формулировки диагноза, отсутствия последовательного описания проводимых лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий [4, 8].

Основным документом для учета работы врача-ортодонта является медицинская карта ортодонтического пациента (форма 043-1/у), утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» от 15.12.2014 г. №834н. После выхода приказа прошло два года, в связи с этим чрезвычайно важно оценить применение этой карты в стоматологических медицинских организациях различной организационно-правовой основы и формы собственности в повседневной практике [9-11].

Цель исследования

Совершенствование контроля качества деятельности стоматологических медицинских организаций при диагностике зубочелюстных аномалий и деформаций.

Материалы и методы

С помощью разработанного на базе ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России Протокола экспертизы качества заполнения медицинской карты ортодонтического пациента (МКОП) при диагностике и лечении больных с аномалиями соотношения зубных дуг, на который было получено свидетельство о депонировании объекта интеллектуальной собственности в реестре РАО КОПИРУС №015-004669 от 07.08.2015 г., проведен ретроспективный анализ 169 медицинских карт пациентов, обратившихся в стоматологическую поликлинику (СП) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России к врачам-ортодонтам. Проанализированы карты стоматологического больного как старого (72%), так и нового образца (28%).

Результаты и их обсуждение

В ходе нашего исследования обнаружены ошибки при ведении МКОП. Так, при заполнении паспортной части карты

дата заполнения имелась в 163 из 169 карт (96,4%), в одной карте (0,6%) не был указан пол пациента, место регистрации пациента указано в 166 картах (98,2%), местность – в 74 картах (43,8%), семейное положение пациента – только в 29 картах (17,2%), образование – в 68 картах (40,2%), занятость – в 76 картах (45%), место работы пациента – в 48 картах (28,4%), информация о полисе обязательного медицинского страхования (ОМС) – лишь в 2 картах (1,2%). Информация о страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС) не была указана ни в одной карте. Наименование страховой организации, к которой прикреплен пациент, имелось лишь в одной карте (0,6%), паспортные данные были внесены в 3 карты (1,8%), вид оплаты – в 29 картах (17,2%), код категории льготы был лишь в 6 картах (3,6%) и, наконец, диагноз, установленный направляющей медицинской организацией, имелся только в четверти всей документации (табл. 1).

По характеру ортодонтической патологии, согласно МКОП, 139 пациентам (82,2%) был поставлен диагноз «Аномалии положения зубов», при этом врачи-ортодонты выделяли: диастему и тремы (у 4 пациентов, 2,4%), скученность зубов (у 10 пациентов, 5,9%), ретенцию и дистопию (у 7 пациентов, 4,1%). Диагноз «Аномалии соотношения зубных дуг» был зарегистрирован в 30 картах, при этом дистокклюзия выявлена у 27 пациентов (16,0%), глубокая резцовая окклюзия – у 20 пациентов (11,8%), перекрестный прикус – у 9 пациентов (5,3%), мезио-окклюзия – у 8 пациентов (4,7%). Восемью пациентам (4,7%) был поставлен диагноз «Дисфункция височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС)». Адентия выявлена у 15 пациентов (8,9%), пародонтит – у 11 пациентов (6,5%), еще у 5 пациентов диагностирована укороченная уздечка языка (3,0%) и у одного пациента (0,6%) – врожденная расщелина губы и неба.

При количественном анализе зарегистрированных в МКОП жалоб пациентов отмечено, что 33 пациента (19,5%) никаких жалоб не предъявляли, у 113 пациентов (66,9%) была зарегистрирована

Таблица 1

**Сведения о заполнении паспортной части МКОП в СП
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (n=169)**

№ п/п	Содержание информации	n	%
1.	Дата заполнения медицинской карты	163	96,4
2.	Фамилия, имя, отчество пациента	169	100,0
3.	Пол пациента	168	99,4
4.	Дата рождения	169	100,0
5.	Место регистрации	166	98,2
6.	Местность	74	43,8
7.	Семейное положение	29	17,2
8.	Образование	68	40,2
9.	Занятость	76	45,0
10.	Место работы	48	28,4
11.	Информация о полисе ОМС	2	1,2
12.	СНИЛС	0	0
13.	Наименование страховой медицинской организации	1	0,6
14.	Данные документа, удостоверяющего личность	3	1,8
15.	Вид оплаты	29	17,2
16.	Код категории льготы	6	3,6
17.	Диагноз, установленный направляющей медицинской организацией	43	25,4

только одна жалоба, у 19 (11,2%) – две жалобы, у 9 (5,3%) – три жалобы и 7 человек (4,1%) предъявляли более трех жалоб. Анализ характера жалоб показал, что большинство из них (89,3%) носило эстетический характер, в 3,6% случаев имели место морфологические жалобы и еще в 7,1% случаев – функциональные жалобы. При этом, несмыкание губ описано у 1 (0,6%) пациента, ротовое дыхание – у 10 (5,9%) пациентов, инфантильное глотание и вялое жевание – у 26 (15,4%) пациентов, бруксизм и нарушения ВНЧС – у 6 (3,6%) пациентов, смещение нижней челюсти вперед – у 7 (4,1%) пациентов, смещение нижней челюсти в сторону – у 2 (1,2%) пациентов, нарушение произношения звуков речи – у 23 (13,6%) пациентов (табл. 2).

При сборе анамнеза врачи-ортодонты зарегистрировали нарушения здоровья матери ребенка в 41,4% МКОП, сведения о рождении в срок – в четверти от всех проанализированных МКОП, вид вскармливания – в 23,0% МКОП, сведения прорезывании первых зубов – в 18,0% МКОП, период начала смены зубов у детей с подозрением на ретенцию и дистопию зубов – только в каждой второй МКОП, наличие

вредных привычек отмечено – в 44 (26,0%) МКОП. Врожденные аномалии развития челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) зарегистрированы в 21,0% случаев, перенесенные и сопутствующие заболевания – 89,9% случаев. Врачи-ортодонты описали ранее проведенное ортодонтическое лечение только у 52 пациентов (30,8%); в 5 (9,5%) случаях описание было неполным, а в 59,8% случаев оно отсутствовало совсем.

Внешний осмотр лица пациентов был описан в 75 МКОП (44,4%), еще в 68 случаях (40,2%) описание было неполным, а в 26 случаях (15,4%) оно отсутствовало совсем. При осмотре рта описано прикрепление уздечки верхней губы в 57 случаях (33,7%), уздечки нижней губы – в 41 случае (24,3%), уздечки языка – в 53 случаях (31,4%); описание самого языка имеется в 43 (25,4%) МКОП, преддверия рта – в 40 (23,7%) МКОП, элементов слизистой оболочки рта – в 101 (59,8%) МКОП (табл. 3).

Данные осмотра зубов регистрировались также не в полном объеме. Так, тип прикуса был указан в 96,4% карт, гигиена пациента – в 26,0%. Полное описание аномалий зубов было дано в 45,6% карт, неполное – в 35,5% карт и еще в 18,9% карт оно отсутствовало совсем.

Таблица 2

**Характеристика жалоб пациентов, зарегистрированных в картах пациента СП
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (n=169)**

№ п/п	Содержание информации	n	%
1.	Количество жалоб:		
	- нет жалоб	21	19,5
	- одна	113	66,9
	- две	19	11,2
	- три	9	5,3
	- более трех	7	4,1
2.	Характер жалоб:		
	- эстетические	151	89,3
	- морфологические	6	3,6
	- функциональные:	12	7,1
	- несмыкание губ	1	0,6
	- ротовое дыхание	10	5,9
	- инфантильное глотание	26	15,4
	- бруксизм	6	3,6
	- нарушение произношения звуков речи	23	13,6
	- вялое жевание	26	15,4
	- привычное смещение нижней челюсти:		
	вперед	7	4,1
	в сторону	2	1,2
- нарушения функции ВНЧС	6	3,6	

Таблица 3

**Частота регистрации данных осмотра лица и рта в МКОП СП
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (n=169)**

№ п/п	Содержание информации	n	%
1.	Осмотр лица, кефалометрия:		
	Описание лица анфас:		
	- полное	75	44,4
	- неполное	68	40,2
	- отсутствует	26	15,4
	Описание лица в профиль:		
	- полное	68	40,2
	- неполное	73	43,2
	- отсутствует	28	16,6
2.	Осмотр рта; описание мягких тканей:		
	- прикрепление уздечки верхней губы	57	33,7
	- прикрепление уздечки нижней губы	41	24,3
	- прикрепление уздечки языка	53	31,4
	- язык	43	25,4
	- преддверие рта	40	23,7
	- слизистая оболочка рта	101	59,8

Зубная формула была заполнена в 123 картах (72,8%). Размеры зубных рядов описаны в 46,7% карт, форма зубных рядов – в 41,4% карт. Контакт соседних зубов был описан в 82 картах (48,5%). Диастему между резцами верхней челюсти диагностировали и зарегистрировали в МКОП у 37 па-

циентов (21,9%), диастему между резцами нижней челюсти и тремы – у 34 пациентов (20,1%). Скученное положение зубов описано у 53 пациентов (31,4%), нарушение последовательности расположения – у 47 пациентов (27,8), симметричность расположения зубов – у 49 пациентов (29,0%).

При оценке окклюзии пациентов смыкание моляров справа и слева описано в 76,9% случаев, окклюзия клыков – в 46,2%, смыкание резцов – в 36,7%, вертикальные аномалии окклюзии в переднем отделе – в 30,8%, в боковом отделе – в 32,0%, трансверсальные аномалии в переднем отделе – в 30,8%, в боковом отделе – в 22,5%.

Без проведения рентгенологического обследования врач-ортодонт не может поставить диагноз пациенту. Ортопантомография была проведена у 130 пациентов (76,9%). При этом, врачи-ортодонты описы-

вали асимметрию развития челюстей и ВНЧС у 22 пациентов (13,0%), наличие врожденной расщелины губы и неба – у 15 пациентов (8,9%), наличие деструкции костной ткани – у 21 пациента (12,4%), наличие атрофии костных перегородок – у 17 пациентов (10,1%). Описание телерентгенограммы головы в боковой проекции было полностью приведено лишь в 2 картах, в остальной документации оно было неполным или отсутствовало, но была отметка о том, что пациент направлен на обследование (табл. 4).

Таблица 4

Частота регистрации в картах СП ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России результатов проведенного рентгенологического исследования (n=169)

№ п/п	Содержание информации	n	%
1.	Рентгенологическое исследование:		
	Ортопантомография челюстей	130	76,9
	Асимметрия развития челюстей и ВНЧС	22	13,0
	Наличие врожденной расщелины альвеолярного отростка неба	15	8,9
	Наличие деструкции костной ткани	21	12,4
	Наличие атрофии костных перегородок	17	10,1
2.	Телерентгенограмма головы в боковой проекции:		
	Положение и наклон резцов и моляров	2	1,2
	Продольные и вертикальные размеры челюстей	2	1,2
	Положение и наклон челюстей	2	1,2
	Соотношение челюстных костей по сагиттали и вертикали	2	1,2
	Профиль мягких тканей лица	2	1,2
	Оценка положения и наклона челюстей	2	1,2
	Прогноз типа роста лицевого отдела черепа	2	1,2
	«К» анализ	2	1,2
	Оценка гармоничности окклюзии	2	1,2

Клинические и функциональные пробы, согласно записям в картах, врачи-ортодонты практически не использовали: результаты пробы Ешлера-Битнера были приведены лишь в одной карте, пробы Ильиной-Маркосян – в 2 картах, пробы положения губ при сомкнутых зубных рядах – в 8 картах; вертикальная щель была измерена у 6 пациентов; электромиография, миотонография, периотестометрия были проведены лишь в одном случае. При этом, в 68,6% карт имелась отметка о том, что дополнительные методы исследования были проведены. Предварительный диагноз был обоснован только в 19 случаях (11,2%).

Наконец, клинический диагноз пациента зарегистрирован в 88,8% случаев, его осложнения и внешняя причина – в 16,0% случаев, сопутствующие заболевания – в 37,9% случаев, код диагноза по Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) – в четверти всей документации, план обследования и лечения пациента – в 84,0% случаев. Подписанное информированное добровольное согласие на лечение имелось в 47,0% карт, дневник врача-ортодонта был подробным в 74,6% карт, наблюдение пациента было подробно описано в 91,7% карт (табл. 5).

Таблица 5

Частота и объем регистрации в картах СП ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России клинического диагноза и дополнительной информации (n=169)

№ п/п	Содержание информации	n	%
1.	Клинический диагноз:		
	Основной	150	88,8
	Осложнения	27	16,0
	Сопутствующие заболевания	64	37,9
	Внешняя причина	27	16,0
	Код по МКБ-10	43	25,4
2.	План обследования	142	84,0
3.	План лечения	142	84,0
4.	Информированное добровольное согласие	80	47,3
5.	Дневник врача ортодонта подробный	126	74,6
6.	Наблюдение описано подробно	155	91,7

Таким образом, приведенные данные позволяют заключить, что, в целом, подробно и правильно оформлено только 16,0% МКОП. Врачи-ортодонты не уделяют должного внимания полноте заполнения первичной медицинской документации, что подтвердили выводы других авторов [3, 5-7]. Так, установлено, что только в четверти исследованных МКОП был указан диагноз, с которым пациент был направлен на ортодонтическое лечение, при этом в 19,5% случаев не были указаны жалобы. В связи с этим непонятна цель посещения врача-ортодонта, и в этом случае рекомендуется в строке «дополнительно» пункта «жалобы» писать «явился с целью осмотра». Также выявлено, что при заполнении пункта «анамнез» не во всех медицинских картах отмечены сведения о рождении, виде вскармливания, сроках прорезывания временных зубов и начале их смены на постоянные. Сведения о раннее проведенном ортодонтическом лечении либо отсутствовали, либо его описание было неполным.

Также не уделяется должного внимания заполнению данных по осмотру пациентов и использованию специальных дополнительных методов их обследования: в 15,4% исследованных медицинских карт не был описан внешний осмотр лица пациента, а в 40,2% описание было неполным. Не во всех картах отмечены данные о состоянии уздечек губ и языка, слизистой оболочки рта, не полностью опи-

саны и аномалии размеров и формы зубных рядов, а также окклюзия. Данные рентгенологического исследования были описаны в лишь 76,9% случаев, при этом мало внимания уделено описанию телерентгенографии. Не описаны совсем или не применялись клинические функциональные пробы.

Поэтому, по имеющимся записям в МКОП порой невозможно понять, был ли проведен весь перечень необходимых диагностических мероприятий при подозрении на ту или иную ортодонтическую патологию, что, в свою очередь, может отразиться на правильности постановки диагноза и выборе методов лечения пациента. Что касается постановки диагноза, то в 11,2% случаев клинический диагноз не был указан, а обоснование предварительного диагноза было описано также только в 11,2% карт.

С другой стороны, в 91,7% случаев достаточно подробно описан дневник врача-ортодонта, в частности повторные наблюдения за ходом лечения. Таким образом, при ненадлежащем заполнении первичной медицинской документации возникают определенные сложности при оценке полноты и качества оказания ортодонтической помощи пациентам, а также правильности выбранного метода лечения и его эффективности.

Заключение

Проведенный анализ 169 медицинских карт ортодонтического пациента позволяет сделать вывод о том, что врачи-

ортодонты не уделяют должного внимания полноте заполнения первичной медицинской документации. Так, установлено, что только в четверти исследованных карт был указан направительный диагноз. Еще в 19,5% случаев не были указаны жалобы. При заполнении пункта «анамнез», не во всех медицинских картах отмечены сведения о рождении, виде вскармливания, сроках прорезывания временных зубов и начале их смены на постоянные. Сведения о раннее проведенном ортодонтическом лечении либо отсутствовали, либо его описание было неполным.

Также не уделяется должного внимания заполнению данных по осмотру пациентов и использованию специальных дополнительных методов их обследования: в 15,4% карт не был описан внешний осмотр лица пациента, а в 40,2% описание было неполным. Не во всех картах отмечены данные о состоянии уздечек губ и языка, слизистой оболочки рта. Полное описание аномалий зубов обнаружено только в 45,6% карт, а в 27,2% случаев зубная формула была не заполнена совсем. Не полностью описаны и аномалии размеров и формы зубных рядов, а также окклюзия.

Литература

1. Пешков М.В., Пешков В.А., Гуревич К.Г. Организация стоматологической помощи жителям отдаленных районов Рязанской области посредством выездной работы в ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника №1» // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2014. №4. С. 129-133.

2. Большов И.Н. Влияние обеспеченности населения стоматологическими кадрами на доступность стоматологической помощи (на примере Рязанской области) // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2016. №3. С. 74-78.

3. Вагнер В.Д., Лапина А.К., Смирнова Л.Е., Старикова Н.В. Организация контроля качества заполнения медицин-

Данные рентгенологического исследования были описаны в 76,9% случаев, при этом мало внимания уделено описанию телерентгенографии. Не описаны совсем или не применялись клинические функциональные пробы. Что касается постановки диагноза, то в 11,2% случаев он не был указан совсем, а обоснование предварительного диагноза было описано только в 11,2% карт. С другой стороны, достаточно подробно (91,7%) описан дневник врача-ортодонта.

Таким образом, при ненадлежащем заполнении первичной медицинской документации возникают определенные сложности при оценке полноты и качества оказания ортодонтической помощи пациентам, а также правильности выбранного метода лечения и его эффективности. В частности, по имеющимся записям нередко невозможно понять, был ли проведен весь перечень необходимых диагностических мероприятий при подозрении на ту или иную ортодонтическую патологию. Это, в свою очередь, может отразиться на правильности постановки диагноза и выборе методов лечения пациента.

Конфликт интересов отсутствует.

ской документации // Стоматология. 2015. №6. С. 56-57.

4. Селиверстова Е.А., Смирнова Л.Е. Анализ медицинских карт стоматологического больного в разделе диагностики лейкоплакии и красного плоского лишая // Стоматология. 2015. №6. С. 59.

5. Алимский А.В., Вагнер В.Д., Лапина А.К., Гаценко С.М., Мартин А.А., Ставская С.В. [и др.]. Мнение врачей-ортодонтов о новой форме медицинской карты ортодонтического пациента // Стоматология. 2016. №6. С. 115.

6. Вагнер В.Д., Лапина А.К., Смирнова Л.Е., Старикова Н.В. Протокол экспертизы качества заполнения медицинской карты ортодонтического пациента при диагностике зубочелюстных аномалий и деформаций // Клиническая стоматология. 2016. №1 (77). С. 36-39.

7. Лапина А.К. Оценка качества заполнения медицинской карты стоматологического больного на ортодонтическом приеме // *Стоматология*. 2016. №6. С. 77-78.

8. Толмачев И.А., Исаков В.Д., Образцов Ю.Л., Ларионов С.Н. Оптимизация ведения первичной медицинской документации в амбулаторных стоматологических учреждениях // *Биомедицинский журнал Medline.ru. Стоматология*. 2012. Т. 13. С. 1041-1051.

9. Лапина А.К. Мнение врачей-стоматологов об использовании новой карты ортодонтического пациента // *Стоматология*. 2016. №6. С. 126.

10. Селиверстова Е.А., Вагнер В.Д., Смирнова Л.Е., Анисимова И.В., Сапицкая А.С., Присяжнюк А.П. Заполнение паспортной части в медицинской карте стоматологического больного // *Российский стоматологический журнал*. 2015. №5. С. 35-37.

11. Смирнова Л.Е., Селиверстова Е.А., Вагнер В.Д., Анисимова И.В., Присяжнюк А.П., Сапицкая А.С. Вкладыши в медицинской карте стоматологического больного – неотъемлемая часть юридического документа // *Российский стоматологический журнал*. 2016. №5. С. 101-103.

References

1. Peshkov MV, Peshkov VA, Gurevich KG. Organizacija stomatologičeskoj pomoshhi zhiteljam otdalennyh rajonov Rjazanskoj oblasti posredstvom vyezdnoj raboty v GBU RO «Stomatologičeskaja poliklinika №1» [Organization of dental care to residents in remote areas of the Ryazan region through outreach work in SBD PO «Dental Clinic №1»]. *Rossijskij mediko-biologičeskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova* [*I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*]. 2014; 4: 129-133. (in Russian)

2. Bol'shov IN. Vlijanie obespečenosti naselenija stomatologičeskimi kadrami na dostupnost' stomatologičeskoj pomoshhi (na primere Rjazanskoj oblasti) [The impact of the availability of dental staff on the availability of dental treatment (for example, Ryazan oblast)]. *Rossijskij mediko-biologičeskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova* [*I.P.*

Pavlov Russian Medical Biological Herald]. 2016; 3: 74-78. (in Russian)

3. Vagner VD, Lapina AK, Smirnova LE, Starikova NV. Organizacija kontrolja kachestva zapolnenija medicinskoj dokumentacii [Quality of Control Organization, filling medical documentation]. *Stomatologija* [*Dentistry*]. 2015; 6: 56-57. (in Russian)

4. Seliverstova EA, Smirnova LE. Analiz medicinskih kart stomatologičeskogo bol'nogo v razdele diagnostiki lejkoplakii i krasnogo ploskogo lishaja [Analysis of dental patient medical card in section of diagnosis of leukoplakia and lichen planus]. *Stomatologija* [*Dentistry*]. 2015; 6: 59. (in Russian)

5. Alimskij AV, Vagner VD, Lapina AK, Gacenko SM, Martin AA, Stavskaja SV et al. Mnenie vrachej-ortodontov o novoj forme medicinskoj karty ortodontičeskogo pacienta [Opinion of orthodontist about a new form of health card of orthodontic patient]. *Stomatologija* [*Dentistry*]. 2016; 6: 115. (in Russian)

6. Vagner VD, Lapina AK, Smirnova LE, Starikova NV. Protokol jekspertizy kachestva zapolnenija medicinskoj karty ortodontičeskogo pacienta pri diagnostike zucheljustnyh anomalij i deformacij [Minutes of quality examination of medical card, filling orthodontic patients, in the diagnosis of dentoalveolar anomalies and deformations]. *Kliničeskaja stomatologija* [*Clinical Dentistry*]. 2016; 1 (77): 36-39. (in Russian)

7. Lapina AK. Ocenka kachestva zapolnenija medicinskoj karty stomatologičeskogo bol'nogo na ortodontičeskom prieme [Evaluation of the quality of filling medical dental card of the patient, receiving orthodontic care]. *Stomatologija* [*Dentistry*]. 2016; 6: 77-78. (in Russian)

8. Tolmachev IA, Isakov VD, Obrazcov JuL, Larionov SN. Optimizacija vedenija pervičnoj medicinskoj dokumentacii v ambulatornyh stomatologičeskijh uchrezhdenijah [Optimization of keeping primary medical records in outpatient dental services]. *Biomedicinskij zhurnal Medline.ru. Stomatologija* [*Biomedical journal Medline.ru. Dentistry*]. 2012; 13: 1041-1051. (in Russian)

9. Lapina AK. Mnenie vrachej-stomatologov ob ispol'zovanii novej karty ortodonticheskogo pacienta [The opinion of dentists on the use of new card of orthodontic patient]. *Stomatologija [Dentistry]*. 2016; 6: 126. (in Russian)

10. Seliverstova EA, Vagner VD, Smirnova LE, Anisimova IV, Sapickaja AS, Prisjazhnjuk AP. Zapolnenie pasportnoj chasti v medicinskoj karte stomatologicheskogo bol'nogo [Completing the rating of the medical card of dental patient]. *Rossijskij*

stomatologicheskij zhurnal [Russian Dental Journal]. 2015; 5: 35-37. (in Russian)

11. Smirnova LE, Seliverstova EA, Vagner VD, Anisimova IV, Prisjazhnjuk AP, Sapickaja AS. Vkladyshi v medicinskoj karte stomatologicheskogo bol'nogo – neotemlejama ja chast' juridicheskogo dokumenta [Inserts in the medical dental patient card – an integral part of the legal document]. *Rossijskij stomatologicheskij zhurnal [Russian Journal of Dentistry]*. 2016; 5: 101-103. (in Russian)

Лапина А.К. – аспирант отдела организации стоматологической службы, лицензирования и аккредитации, ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, г. Москва.

E-mail: alapina.88@mail.ru

Архарова О.Н. – к.м.н., ассистент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии, ФГБОУ ВО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, г. Рязань.

E-mail: arharovaolga@mail.ru

Родина Т.С. – к.м.н., главный врач стоматологической поликлиники, ФГБОУ ВО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, г. Рязань.

E-mail: rts139@yandex.ru

Вагнер В.Д. – д.м.н. проф., зам. директора, ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, г. Москва.

E-mail: vagnerstar@yandex.ru