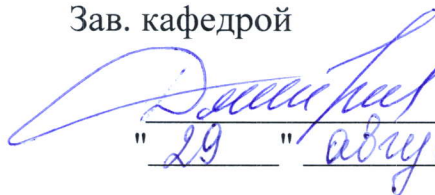


**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии ИНМФО

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой

 С.В. Дмитриенко
" 29 " августа 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ С КЛИНИЧЕСКИМИ ОРДИНАТОРАМИ

Для клинических ординаторов

РАЗДЕЛ 1: «Организация ортодонтической помощи.»

**Основной профессиональной образовательной программы подготовки
кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: 31.08.77
«Ортодонтия»**

2023

РАЗДЕЛ 1: Организация ортодонтической помощи.

ЗАНЯТИЕ №1, 2.

ЦЕЛЬ: Изучение организации ортодонтической помощи.

Формируемые компетенции: УК-1; ПК-1, ПК-2, ПК-10.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ: 6 академических часов (270 минут).

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ И РАСЧЕТ ВРЕМЕНИ:

1. Организационные вопросы – 15 мин.
2. Контроль исходного уровня знаний – 30 мин.
3. Опрос по контрольным вопросам – 180 мин.
4. Контроль итогового уровня знаний – 30 мин.
5. Задание на следующее занятие – 15 мин.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: клинические кабинеты; методические разработки, тестовые задания, учебная литература.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: учебная база кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии ИНФМО.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

1. Организация стоматологического кабинета.
2. Организация оснащения стоматологического кабинета.
3. Площадь занимаемая для одного врача.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Принципы организации ортодонтической помощи.
2. Организация работы в зуботехнической ортодонтической лаборатории.
3. Организационные мероприятия по логопедии и лечебной гимнастике.
4. Медицинская документация.
5. Типичные ошибки оформления медицинской карты.

Принципы организации ортодонтической помощи.

Распространенность зубочелюстных аномалий у детей и подростков, значительный объем профилактических и лечебных мероприятий по ортодонтии вызывает необходимость организации стоматологической помощи, при которой каждый нуждающийся в ней может получить необходимый комплекс лечебных мероприятий.

Организация работы в ортодонтическом кабинете или отделении. Ортодонтическое отделение или кабинет оснащают оборудованием, инструментарием и другими изделиями индивидуального пользования (из расчета на одну врачебную должность), а также оборудованием, инструментарием и другими изделиями для коллективного пользования. Рабочее место врача должно быть оборудовано с учетом эргономики, т. е. такой системы движения врача по кабинету, при которой затраты физических сил и времени наименьшие.

Предусматривают место для хранения диагностических моделей челюстей больных, находящихся на лечении, и рентгеновских снимков (телерентгенограммы головы, ортопантомограммы челюстей и др.).

Объем лечебно-профилактических мероприятий для детского населения, прикрепленного к поликлинике, планируемый на год, должен соответствовать реальным возможностям всех звеньев лечебного учреждения, включая зуботехническую лабораторию. В комплекс лечебной помощи больным с зубочелюстными аномалиями включаются следующие мероприятия:

профилактика, аппаратное Ортодонтическое, хирургическое, терапевтическое и протетическое лечение, физиотерапия, миотерапия, логопедическое обучение, помощь оториноларингологов, психоневрологов и других специалистов.

При составлении плана работы ортодонтического отделения необходимо:

- 1) уточнить потребности в ортодонтической помощи различных возрастных групп детского населения;
- 2) определить объем всех видов специализированной помощи при лечении ортодонтического больного;
- 3) изыскать штатные и материальные резервы и эффективно использовать их;
- 4) применять новые организационные формы работы, научной организации труда (НОТ), системы учета, анализа и планирования, определения затрат рабочего времени ортодонта и обслуживающего персонала. Осуществление этих мер обеспечивает плановую рациональную систему оказания ортодонтической помощи детскому и подростковому населению.

Должны быть определены задачи и функции каждого сотрудника поликлиники соответственно уровню его квалификации и объема работы. Их излагают в инструкциях для заведующего ортодонтическим отделением, ортодонта, медицинской сестры ортодонтического отделения. Учитывая, что экстенсивное развитие ортодонтической службы небеспредельно, необходимо наряду с увеличением штатов ортодентов изыскивать и реализовывать интенсивные способы развития этого вида помощи. Положительные результаты могут быть достигнуты при внедрении НОТ в работу как ортодонтических подразделений, так и всей поликлиники. Хронометраж позволяет установить, что 87% рабочего времени ортодонт затрачивает на основную работу (прием больных, ведение истории болезни, консультации, беседы с родителями), а остальные 13% — на вспомогательную (работа с зубным техником, архивом, служебные разговоры, конференции, совещания и т. д). Использовать резервы времени, сократить его потери, организовать ритмичную работу отделения можно при четкой взаимосвязанной работе персонала поликлиники.

Рациональное использование времени врача зависит от степени привлечения медицинской сестры к участию в лечебной работе. Для освобождения медицинских сестер от подготовительной работы целесообразно иметь штатные должности обслуживающего персонала без медицинского образования (диспетчеры) из расчета одна должность на 3 должности ортодонт. Вызов больных открыткой или по телефону в поликлинику осуществляется через диспетчера отделения и регистратуру поликлиники, вызов больных в кабинет — с помощью микрофонной связи.

Количество посещений больными врача в утренние часы и летние месяцы ниже нормы, что объясняется спецификой работы с детским и подростковым контингентом. Это снижает годовую нагрузку ортодонта. Графики работы рекомендуется составлять с учетом закономерности обращения больных, т. е. планировать максимальное число ортодонт в часы и дни, наиболее удобные для населения.

Облегчают работу штампы-клише, готовые рецепты, бланки для регистрации результатов обследования детей и др. Целесообразно применять учетную форму по ортодонтии, позволяющую провести количественный и качественный анализ показателей работы как отдельных врачей, так и всего ортодонтического отделения. Форма «Учет работы ортодонта» позволяет вести учет больных, явившихся на прием для получения ортодонтической и зубопротезной помощи, рассчитать среднее число посещений за период лечения, сравнить число больных, принятых на лечение и окончивших его в течение месяца.

Планирование помощи в зависимости от степени трудности ортодонтического лечения и оценка эффективности работы ортодонта. Оценку эффективности работы ортодонта проводят по следующим количественным показателям:

- 1) трудовые единицы;
- 2) число больных, принятых в течение 1 ч, 1 рабочего дня, 1 мес, 1 года;
- 3) число больных, у которых ортодонтическое лечение закончено;
- 4) число детей, находящихся под наблюдением в каждой диспансерной группе, и их перемещение из одной группы в другую.

Затраты времени ортодонта на одного больного составляют в среднем $24 \pm 0,7$ мин, а средняя нагрузка на один рабочий день при шестидневной рабочей неделе 12,5 посещения, при пятидневной — 15 посещений. В течение рабочего дня ортодонт должен выполнить 15 трудовых единиц при шестидневной рабочей неделе или 18 при пятидневной. Для оценки качественных показателей работы ортодонта и ортодонтического отделения в целом учитывают число принятых больных с различными нозологическими формами зубочелюстных аномалий, длительность и эффективность их лечения.

Учет зубочелюстных аномалий по нозологическим формам недостаточен для выбора плана лечения, оценки достигнутых и прогнозирования отдаленных результатов, поскольку для больных, в том числе с одинаковыми заболеваниями, требуются различная продолжительность лечения, разный объем мероприятий, что в значительной мере зависит от учета степени выраженности морфологических и функциональных нарушений в зубочелюстной системе и трудности их устранения. Метод определения степени трудности ортодонтического лечения в баллах (по Зиберту—Малыгину) позволяет отразить многообразие клинических проявлений зубочелюстных аномалий в количественной форме, определить объем лечебных мероприятий, сопоставить особенности лечения различных аномалий прикуса, оценить результаты и эффективность примененных методов лечения. Это в свою очередь способствует решению вопросов организации и планирования ортодонтической помощи (см. таблицу).

Организация работы в зуботехнической ортодонтической лаборатории.

Работа ортодонтического кабинета или отделения и зуботехнической лаборатории взаимосвязана. От оперативности и качества работы зубных техников зависят эффективность работы ортодонтического отделения и плановость приема больных. Бесперебойная работа лаборатории является важнейшим оценочным показателем качества ее организации. Учет работы каждого зубного техника позволяет старшему технику своевременно анализировать данные о загруженности сотрудников и всей лаборатории. Старший зубной техник распределяет среди сотрудников работу, поступившую из клиники. Готовые орто-донтические аппараты и приспособления сдают старшему технику за час до окончания рабочего дня. Старший зубной техник проверяет качество их выполнения и передает аппараты старшей медицинской сестре для распределения среди врачей. Если изготовление аппарата задерживается, то старшая медицинская сестра отделения или кабинета заранее предупреждает об этом ортодонта.

Объем работы зубного техника-ортодонта определен едиными ведомственными нормами времени на зуботехнические работы, включающими изготовление ортодонтических аппаратов и зубочелюстных протезов, а также нормы времени на выполнение отдельных технологических операций.

Ортодонты, стремясь улучшить и ускорить процесс лечения, применяют новые функциональные и механические методы, внедряют в практику сложные конструкции ортодонтических аппаратов. Их изготовление занимает более длительное время и приводит к перегрузке зуботехнической лаборатории, что следует учитывать при планировании работы. Каждый зубной техник должен регистрировать выполняемые работы и подводить итог в виде ежемесячного отчета о проделанной работе и расходе материалов. Для учета расхода материалов целесообразно использовать дубликат заказа-наряда, который передают из

зуботехнической лаборатории в ортодонтический кабинет. После припасовывания аппарата и передачи его больному ортодонт должен приложить заказ-наряд к ежедневной форме учета своей работы. Далее эти документы поступают к статистику. Старшая медицинская сестра поликлиники сверяет ежемесячные отчеты о работе ортодонта и зубного техника. Оплата труда зубного техника проводится за счет первой статьи бюджета. В учреждениях, находящихся на хозрасчете или финансируемых за счет специальных средств, оплата его труда проводится по сдельно-премиальной системе. Для обслуживания ортодонтического кабинета или отделения выделяют зубных техников и закрепляют их для постоянной работы по ортодонтии.

Организационные мероприятия по логопедии и лечебной гимнастике.

Логопеды соматических поликлиник из-за перегруженности работой не имеют возможности оказывать помощь детям, нуждающимся в ней по ортодонтическим показаниям. В связи с этим следует вводить в штат детских стоматологических поликлиник должности логопедов.

Лечебная гимнастика является средством ранней профилактики и лечения зубочелюстных аномалий. Работу по нормализации функции мышц околоротовой области, как и функций речи, глотания, дыхания, жевания, проводят в кабинете логопедии и лечебной гимнастики. Его укомплектовывают штатными должностями логопеда и инструктора по лечебной физкультуре за счет внутренних резервов поликлиники.

Логопедическое обучение и занятия лечебной гимнастикой имеют следующие цели: профилактическую (перед ортодонтическим лечением), лечебную, закрепление достигнутых результатов и предупреждение рецидивов зубочелюстных аномалий. Обследование пациентов проводят ортодонт, оториноларинголог и логопед. После заполнения документации и выбора плана лечения больной должен находиться под контролем ортодонта и логопеда. Логопед и инструктор по лечебной физкультуре

обучают его гимнастическим упражнениям. После завершения обучения во время заключительной консультации оценивают достигнутые результаты и описывают их в истории болезни.

В кабинете логопедии и лечебной гимнастики должны находиться следующие основные учетные документы:

- 1) журнал учета обследуемых детей;
- 2) журнал посещаемости детей;
- 3) дневник ребенка, находящегося на логопедическом обучении или в группе лечебной гимнастики;
- 4) ежедневный лист учета работы логопеда.

Медицинская документация.

Заполнению первичной медицинской документации должно уделяться большое внимание. Это обусловлено не только высоким уровнем развития ортодонтии как специальности, но также возросшими требованиями пациентов к качеству ортодонтического лечения.

В настоящее время в клинике ортодонтии в качестве медицинской карты стоматологического больного используется форма №043-1/у "Медицинская карта ортодонтического пациента", утверждённая приказом МЗ РФ от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» и приказом МЗ РФ от 09.01.2018 № 2н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

Данное пособие призвано восполнить недостающие в учебном курсе представления о методах исследования, используемых для диагностики зубочелюстных аномалий и деформаций в различные возрастные периоды с учётом принятых стандартов. Учебно-методическое пособие знакомит врачей-интернов, клинических ординаторов со структурой медицинской карты, используемой в клинике ортодонтии, написанием дневников и эпикриза.

В работе над пособием, наряду с литературными данными, использованы результаты научных разработок сотрудников Волгоградского государственного медицинского университета, а также архивный материал кафедр стоматологического факультета ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» МЗ РФ.

Паспортная часть медицинской карты.

Медицинская карта ортодонтического пациента имеет паспортную часть, которая содержит следующую информацию: фамилия, имя, отчество, возраст, адрес.

Сведения о возрасте необходимы для оценки общего развития пациента, определения соответствия паспортного возраста скелетному и зубному.

Информация об удалённости места жительства от клиники необходима для того, чтобы адекватно сделать выбор метода лечения и конструкции аппарата. Если пациент не имеет возможности приезжать на приём не реже 1 раз в 4 недели, то следует выбрать ортодонтический аппарат, не требующий частой коррекции и активации, например, трейнер. Если речь идёт о лечении несъёмной техникой, то в такой ситуации можно сделать выбор в пользу самолигирующих брекетов, не требующих частой коррекции.

Заполняются пункты, содержащие информацию о документах, удостоверяющих личность пациента, а категории льгот при их наличии.

Информированное согласие.

Обязательным предварительным условием оказания медицинской помощи является наличие информированного согласия на проведение медицинского вмешательства (ИДС) согласно Статье 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г., №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения социального развития РФ от 23.04.2012 №390н «Об утверждении Перечня определённых видов медицинских вмешательств, на которое граждане дают информационное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», приказа Минздрава России от 20.12.2012 №1177н «Об утверждении порядка дачи информационного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определённых видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».

Согласие даётся пациентом или его законным представителем на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Получение согласия пациента должно предшествовать медицинскому вмешательству. Исключение составляют лишь случаи, когда медицинская помощь может оказываться без согласия пациента или его законного представителя (ч. 9 ст. 20 Закона №323-ФЗ): 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители; 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для

окружающих; 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами; 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления).

Целью получения ИДС является соблюдение прав пациента, а также обеспечение безопасности лечащего врача и медицинской организации, оказывающей медицинскую услугу. Наличие ИДС подтверждает законность проводимых вмешательств, предотвращает возникновение юридических конфликтов.

Внутренними приказами медицинских учреждений могут утверждаться формы добровольных информированных согласий на определённые виды медицинских вмешательств. В частности, разрабатываются ИДС на ортодонтическое, ортопедическое лечение, имплантацию, применение препаратов ботулотоксина и др.

Информированное согласие на получение платных медицинских услуг направлено на обеспечение прав граждан. Без согласия пациента медицинская организация не вправе оказывать не предусмотренные договором дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. При этом если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы.

Медицинские организации в процессе оказания медицинских услуг являются операторами персональных данных пациентов. Проводится сбор, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, распространение и уничтожение такой информации. Обработка персональных данных осуществляется в целях оказания медицинских или медико-социальных услуг и осуществляется лицом, обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ "О персональных данных" перед получением от пациента информации медицинская организация должна запросить у него согласие на обработку

персональных данных. Пациент вправе полностью или частично отказаться от предоставления согласия на обработку персональных данных. Поэтому медицинской организации следует запрашивать только те сведения, которые отвечают ее целям. На основании п. 4 ст. 9 Закона № 152-ФЗ согласие должно содержать следующие данные: Ф.И.О., адрес пациента и его представителя, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи этого документа и выдавшем его органе; наименование медицинской организации; цель обработки персональных данных; перечень персональных данных, на обработку которых пациент дает согласие; наименование и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению медицинской организации, если обработка будет поручена такому лицу; перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, и общее описание используемых способов обработки персональных данных; срок, в течение которого действует согласие пациента, а также способ отзыва такого согласия; подпись пациента.

Помимо работы ортодонта нередко требуется консультация врачей-специалистов смежных специальностей. При необходимости направления пациента врач выдаёт направление на консультацию во вспомогательные кабинеты, форма №028/у, утвержденное приказом МЗ СССР от 04.10.1980 №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

Договор об оказании платных услуг.

Согласно Закону Российской Федерации от 07 февраля 1992 г. №2300-1 "О защите прав потребителей", Постановления Правительства РФ от 4 октября 2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию, с соблюдением порядков оказания медицинской помощи. Платные медицинские услуги могут оказываться как в полном объёме

стандарта медицинской помощи, так и с учётом пожелания пациента в виде осуществления отдельных консультаций, медицинских манипуляций. Возможно также превышение объёма выполняемого стандарта медицинской помощи.

Платные медицинские услуги оказываются на основании договоров за счет личных средств пациентов, средств работодателей, договоров добровольного медицинского страхования и др. Пациент должен быть проинформирован о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Обязательным является информирование потребителя обо всех условиях заключаемого договора о предоставлении платных медицинских услуг. Текст договора должен содержать сведения об исполнителе: наименование юридического лица, адрес, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, данные лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность. Также в договоре указывается фамилия, имя и отчество, адрес места жительства и телефон потребителя. Указывается перечень предоставляемых платных медицинских услуг, их стоимость, сроки и порядок оплаты. Прописываются сроки предоставления платных медицинских услуг, ответственность сторон за невыполнение условий договора, порядок изменения и расторжения договора. Договор подписывается лицом, заключающим договор от имени исполнителя, и потребителем.

После заполнения паспортной части медицинской карты, получения информированного согласия и заключения договора (при необходимости) на оказание платных медицинских услуг, приступают к клиническому обследованию пациента, которое представляет собой последовательное рассмотрение субъективных и объективных симптомов в их взаимосвязи,

наблюдении за выявленными симптомами в динамике, изучении причин возникновения и развития патологии.

План лечения.

План лечения включает в себя последовательность лечебных и профилактических мероприятий, направленных не только на устранение аномалий и деформаций, но и на устранение этиологических факторов. Это важно для предупреждения рецидивов зубочелюстных аномалий. План лечения логически следует из диагноза. ранение причины: отказ от вредных привычек, санация органов носоглотки, лечение нарушений фосфорно-кальциевого обмена, нормализация осанки и т.п.

1. Лечение стоматологических заболеваний: санация зубов, лечение заболеваний пародонта и слизистой оболочки.

2. Нормализация нарушенных функций: глотания, дыхания, звукопроизношения.

3. Хирургические мероприятия, способствующие сокращению сроков ортодонтического лечения или оптимизации ретенционного периода: удаление зубов по ортодонтическим показаниям, удаление сверхкомплектных зубов, пластика уздечек, пластика преддверия полости рта, компактостеотомия.

4. Нормализация размеров и формы зубных дуг и устранение аномалий отдельных зубов.

5. Создание оптимальной окклюзии путём перемещения зубных дуг или челюстей относительно друг друга.

6. Ретенционный период с указанием длительности и вида ретенционного аппарата.

Пациента и(или) его родителей знакомят с планом лечения, информируют о его продолжительности, разъясняют преимущества и недостатки тех или иных ортодонтических аппаратов, возможных исходах

ортодонтического лечения и осложнениях. Пациент или его родители ставят свою подпись под фразой *«С планом лечения ознакомлен и согласен»*.

Заключение письменного договора с пациентом в соответствии со ст. 426 Гражданского кодекса РФ. является обязательным условием оказания медицинских платных услуг. Номер медицинской карты стоматологического пациента вносится в договор.

Далее в медицинской карте следуют дневники, где врач подробно описывает динамику лечения и манипуляции.

Дневники.

Дневники должны в полном объёме отражать все мероприятия, которые проводит врач на приёме. Рекомендуем следующие формулировки дневников.

При первичном обращении пациента: «Первичное комплексное обследование, заполнение медицинской документации. Снятие альгинатных оттисков, отливка диагностических гипсовых моделей. Расчёт по моделям. Описание рентгенологических снимков. Психологическая подготовка к ортодонтическому лечению».

При припасовке ортодонтического аппарата подробно описываются все активные и фиксирующие элементы, рекомендуемый режим ношения съёмного аппарата и частота активации. Пациента и его родителей или сопровождающего лица обучают правилам наложения аппарата, гигиеническому уходу за полостью рта в период ортодонтического лечения и дают рекомендации по подбору средств и предметов гигиены. Рекомендуется указать дату следующей явки на приём для коррекции.

При повторном посещении обязательно подробно все записываются жалобы на данный момент, состояние гигиены полости рта, фиксацию аппарата. Для наблюдения за динамикой ортодонтического лечения в карте описывают изменение положения отдельных зубов, увеличение ширины зубных дуг, изменение длины переднего отрезка или боковых сегментов и т.д. Если не отмечается положительной динамики, то врач должен указать

причины (нарушение режима ношения аппарата, режима активации, плохая фиксация, поломка элементов, деформация дуг и кламмеров и т.д.).

По окончании ортодонтического лечения в карте записывается **«Эпикриз»**

Эпикриз включает в себя краткое описание проведённого ортодонтического лечения с указанием диагноза и основных этапов лечения. Указываются сроки и виды использованных аппаратов, даются рекомендации по ведению ретенционного периода, периодичность осмотров с учётом диспансерной группы.

Типичные ошибки оформления медицинской карты.

Ошибки, которые наиболее часто встречаются при ведении медицинской карты стоматологического больного:

1. неполное обследование пациента;
2. отсутствие записи об отказе пациента от дополнительных методов исследования;
3. отсутствие записи о направлении пациента на рентгенологическое обследование;
4. отсутствие описание рентгеновских снимков;
5. сокращения специальных терминов и слов;
6. отсутствие или неполное написание диагноза;
7. незаполненная зубная формула;
8. исправления в записях, сделанные другим числом;
9. нет записей, обосновывающих удаления постоянных зубов по ортодонтическим показаниям;
10. неаккуратные или неразборчивые записи;
11. сокращение фамилии врача, проводившего исследование или лечение;
12. нет описания динамики лечения;
13. нет эпикриза.

Тщательное и аккуратное ведение медицинской документации - одно из условий предупреждения конфликтов между пациентом и врачом-ортодонтом. Врач несёт ответственность за нарушение ведения первичной медицинской документации и прежде всего медицинской карты стоматологического больного.

Тесты для проверки уровня усвоения учебного материала.

1. Окончательный диагноз устанавливается

- а) на основании клинических данных;
- б) после анализа данных клинических и лабораторных исследований;
- в) на основании симптоматического диагноза с дополнительной характеристикой функциональных и эстетических нарушений;
- г) на основании симптоматического, топографического, морфологического диагнозов;
- д) на основании симптоматического, топоико-морфометрического, этиопатогенетического диагнозов с характеристикой функциональных и эстетических нарушений.

2. Правильной последовательность формулировки диагноза при сочетанной патологии является:

- а) ортодонтический симптоматический диагноз и характеристика других заболеваний;
- б) топоико-морфометрический диагноз с добавлением характеристики функциональных и эстетических нарушений;
- в) окончательный ортодонтический диагноз и характеристика других стоматологических заболеваний;
- г) заключительный ортодонтический, стоматологический диагнозы с характеристикой заболеваний других органов и систем организма;
- д) описание местных и общих нарушений организма.

3. Соотношение первых постоянных моляров может нарушить:

- а) размер временных моляров;
- б) разница в размерах между нижними и верхними временными молярами;
- в) отсутствие трем между зубами;
- г) наличие трем между временными зубами;
- д) отсутствие стираемости временных зубов.

4. Дистальный прикус характеризуется нарушением контактов:

- а) шестых зубов по III классу Энгля;
- б) клыков по III классу Энгля;
- в) боковых зубов по II классу Энгля;
- г) передних зубов по I классу Энгля;
- д) боковых зубов по I классу Энгля.

5. Мезиальный прикус характеризуется нарушением контактов:

- а) шестых зубов по III классу Энгля;
- б) клыков по III классу Энгля;
- в) боковых зубов по III классу Энгля;
- г) передних зубов по III классу Энгля;
- д) боковых зубов по I классу Энгля.

6. Глубокое резцовое перекрытие характеризуется:

- а) нарушением контактов боковых зубов;
- б) нарушением контактов передних зубов;
- в) нарушением контактов всех зубов;
- г) укорочением овала нижней зубной дуги;
- д) укорочением овала верхней зубной дуги.

7. Вертикальная дезокклюзия зубов характеризуется:

- а) нарушением контактов передних зубов;
- б) нарушением контактов боковых зубов;
- в) отсутствием контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели;

г) отсутствием контактов большинства зубов с появлением сагиттальной щели.

8. Характеристика прикуса дается:

а) в одной плоскости;

б) в двух плоскостях;

в) в трех плоскостях;

г) в одной плоскости, но с учетом передних и боковых сегментов;

д) в нескольких плоскостях и с описанием контактов передних и боковых сегментов.

9. Основной задачей ортодонтического лечения является:

а) устранение морфологических нарушений;

б) устранение функциональных нарушений;

в) устранение эстетических нарушений

г) создание морфологического, эстетического и функционального оптимума в зубочелюстной системе;

д) устранение функциональных и эстетических нарушений.

10. Изучить диагностические модели челюстей по сагиттали позволяет методика:

а) Пона;

б) Линдера - Харта;

в) Коркхауза;

г) Снагиной;

д) Герлаха.

11. Изучить диагностические модели челюстей по трансверсали позволяет методика:

а) Пона;

б) Герлаха;

в) Коркхауза;

г) Изара;

д) Фуса.

12. Выявить укорочение переднего отрезка на диагностических моделях челюстей позволяет методика:

- а) Герлаха;
- б) Коркхауза;
- в) Хауса;
- г) Пона;
- д) Снагиной.

13. Измерительным точкам по методике Пона на молярах верхней челюсти соответствует:

- а) середина межбугорковой фиссуры;
- б) переднее углубление межбугорковой фиссуры;
- в) передний щечный бугор;
- г) задний щечный бугор;
- д) небные поверхности.

14. Измерительным точкам по методике Пона на молярах нижней челюсти

соответствует:

- а) середина межбугорковой фиссуры;
- б) переднее углубление межбугорковой фиссуры;
- в) передний щечный бугор;
- г) задний щечный бугор;
- д) небные поверхности.

15. Измерительным точкам по методике Пона на премолярах верхней челюсти соответствует:

- а) середина межбугорковой фиссуры;
- б) щечный бугор;
- в) дистальный скат щечного бугра;
- г) мезиальный скат щечного бугра;
- д) язычный бугор.

16. Измерительным точкам по методике Пона на премолярах нижней челюсти соответствует:

- а) середина межбугорковой фиссуры;
- б) щечный бугор;
- в) дистальный скат щечного бугра;
- г) мезиальный скат щечного бугра;
- д) язычный бугор.

17. Ширина апикального базиса на верхней челюсти определяется между точками, расположенными в области:

- а) проекции корней моляров;
- б) проекции корней премоляров;
- в) проекции корней клыков;
- г) собачьих ямок;
- д) определить невозможно.

18. Ширина апикального базиса на нижней челюсти определяется между точками, расположенными в области:

- а) проекции корней моляров;
- б) проекции корней премоляров;
- в) у десневого края клыков;
- г) между проекциями корней клыков и первых премоляров, отступая 8 мм от десневого края;
- д) определить невозможно.

19. Ширина апикального базиса от суммы мезиодистальных размеров 12 зубов составляет (по Снагиной):

- а) 20%;
- б) 30%;
- в) 40%;
- г) 50%;
- д) 60% .

20. Ортопантомографию челюстей необходимо проводить:

а) в краевом смыкании резцов;

б) при выдвижении нижней челюсти до соотношения $\frac{6!6}{6!6}$ по I классу

Энгля;

в) при привычной окклюзии;

г) в состоянии физиологического покоя;

д) при любом смыкании челюстей.

21. При выборе плана лечения больных с глубоким прикусом учитывают:

а) возраст;

б) период формирования прикуса;

в) вид смыкания боковых зубов (нейтральное, дистальное, мезиальное);

г) типичные нарушения размеров зубных дуг, степень их выраженности

и особенности строения лицевого скелета;

д) все перечисленные факторы.

22. Глубина резцового перекрытия считается нормальной:

а) на 1/3 нижнего резца;

б) на 1/2 нижнего резца;

в) на 2/3 нижнего резца;

г) на величину коронки резца;

д) при краевом смыкании.

Рекомендуемая литература

а) Основная литература

1. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалий прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. М.: МИА, 2010. - 592 с.
2. Персин Л.С. Ортодонтия. Современные методы диагностики аномалий зубов, зубных рядов и окклюзии / Л.С. Персин - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 160 с. – Режим доступа:
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442081.html>

б) Дополнительная литература:

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н.. Ортодонтия. Москва.: МЕДпресс-информ, 2008.
2. Дмитриенко С.В., Краюшкин А.И., Сапин М.Р. Анатомия зубов человека Москва, Новгород, 2003
3. Дмитриенко С.В., Краюшкин А.И., Воробьев А.А., Фомина О.Л. Атлас аномалий и деформаций челюстно-лицевой области: Учебно-метод. пособие М. Медицинская книга, НГМА, 2006. 94 с.
4. Дмитриенко С. В. Медицинская карта стоматологического больного в клинике ортодонтии [Текст]: учеб. пособие для системы ППМО

врачей-стоматологов : [учеб.-метод. пособие] / С. В. Дмитриенко, Е. В. Филимонова, Д. С. Дмитриенко; ГОУ ВПО ВолГМУ. Волгоград, 2008. 207 с. : ил.

5. Доменюк Д.А., Ведешина Э.Г. Современный подход к ведению истории болезни в клинике ортодонтии. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2015. 136 с.

6. Доменюк Д.А., Коробкеев А.А., Ведешина Э.Г. Рентгеноморфометрические методы в оценке кефало-одонтологического статуса пациентов со сформировавшимся ортогнатическим прикусом постоянных зубов. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2015

7. Доменюк Д.А., Давыдов Б.Н., Ведешина Э.Г. Определение особенностей выбора металлических дуг и прописи брекетов при лечении техникой эджуайс (Часть I) //Институт стоматологии. 2015. № 4 (69). С. 92-93.

8. Доменюк Д.А., Коробкеев А.А., Цатурян Л.Д., Ведешина Э.Г. Вариации строения размеров лицевого скелета и зубных рядов у мезоцефалов. Ставрополь, 2016.

9. Доменюк Д.А., Давыдов Б.Н., Ведешина Э.Г. Совершенствование методов диагностики зубочелюстных аномалий по результатам изучения функциональных сдвигов в системе орального гомеостаза (Часть I) // Институт стоматологии. 2016. № 2 (71). С. 74-77.

10. Коробкеев А.А., Доменюк Д.А., Шкарин В.В. Особенности типов роста лицевого отдела головы при физиологической окклюзии // Медицинский Вестник Северного Кавказа. 2018. Т.13. № 4. С. 627-630

11. Образцов Ю.Л., Ларионов С.Н. Пропедевтическая ортодонтия. - [Электронный ресурс].- СПб.:Спец.Лит, 2007.- 160 с. Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

12. Персин Л.С. Основы протетической стоматологии детского возраста М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008. 192 с.

13. Персин Л.С., Шаров М.Н. Стоматология. Нейростоматология. Дисфункция зубочелюстной системы: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013.-358 с.

14. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций [Электронный ресурс]: учебник / Л.С. Персин и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438824.html>