

Нідзельський М. Я., Писаренко О. А., Цветкова Н. В.

ОРГАНІЗАЦІЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У
ВІЙСЬКОВИХ ЧАСТИНАХ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ
УКРАЇНИ

2019

Рекомендовано Вченою радою Української медичної стоматологічної академії для лікарів-інтернів та лікарів-стоматологів
(протокол № від)

Автори:

Нідзельський Михайло Якович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів Української медичної стоматологічної академії;

Писаренко Олег Анатолійович, кандидат медичної наук, доцент кафедри післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів Української медичної стоматологічної академії;

Цветкова Наталія Володимирівна, кандидат медичної наук, доцент кафедри післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів Української медичної стоматологічної академії.

Рецензенти:

Нідзельський М.Я. Організація стоматологічної ортопедичної допомоги у військових з'єднаннях / М.Я. Нідзельський, О.А. Писаренко, Н.В. Цветкова // Полтава: ФОП... - 2019. -с.

Навчальний посібник містить розділи.....

ЗМІСТ

Вступ	
Розділ I. Організація роботи пересувного стоматологічного кабінету	
Організаційно-штатна структура пересувного стоматологічного кабінету	
Організація роботи ПСК на виїзді	
Додатки до розділу I	
Розділ II. Організація стоматологічної служби у військовій частині	
Додатки до розділу II	
Розділ III. Організація стоматологічної допомоги у з'єднанні	
Розділ IV. Надання стоматологічної допомоги у зоні відповідальності Військово-медичного клінічного центру	
Організація роботи лікаря-стоматолога військової частини	
Вимоги щодо матеріально-технічного забезпечення роботи стоматологічного кабінету	
Універсальні заходи інфекційної безпеки	
Правила прибирання стоматологічних кабінетів	
Санітарно-гігієнічні норми для ортопедичного кабінету	
Санітарно-гігієнічні норми для фізіотерапевтичного кабінету	
Розділ V. Медична обліково-звітна документація	
Розрахунок виконаного обсягу роботи лікаря	
Вимоги до виконання основних кількісно-якісних показників лікарської роботи.	
Вимоги до виконання основних кідькісно-якісних показників лікарської роботи	
Особливості лікування деяких стоматологічних захворювань в умовах військової частини	
Санітарно-просвітницька робота	
Розділ VI. Організація роботи стаціонару	
Форми організації стоматологічної допомоги хворим стаціонару	
Розташування та обладнання стоматологічного кабінету багатопрофільного стаціонару	
Розподілення хворих в залежності від черговості прийому та часу проведення санації	
Організація санітарно-просвітницької роботи в умовах стаціонару	
Нормативні акти	
Список використаних джерел	

ВСТУП

Захворювання зубів і порожнини рота негативно впливають на боєздатність військовослужбовців, погіршують перебіг захворювань серця, нирок, суглобів. Тому санація порожнини рота є обов'язковою у військових частинах та повинна проводитися в плановому порядку. Досвід свідчить, що санація порожнини рота залежить від чіткої організації стоматологічної допомоги у військових частинах.

У наданні практичної допомоги військовим провідна роль відводиться гарнізонним стоматологам. Їх методично-організаторська робота повинна бути дійовою, безперервною, конкретною і спрямованою на збереження та зміцнення здоров'я особового складу.

Основними напрямками роботи гарнізонного стоматолога є:

- планові та позапланові виїзди у військові частини;
- показові та консультаційні прийоми хворих;
- постійний контроль за станом лікувально-діагностичної роботи у районі відповідальності;
- розбір з лікарями-стоматологами військових частин недоліків у наданні стоматологічної допомоги на догоспітальному етапі;
- робочі прикомандирування стоматологів військових частин до лікувальних відділень військових госпіталів;
- залучення лікарів до участі у науково-практичних конференціях, зборах.

Навчальний посібник розроблений на основі керівних документів медичної служби ЗС України з урахуванням сучасних умов функціонування військових медичних закладів і призначений для військових лікарів-стоматологів, лікарів-курсантів, лікарів-інтернів факультетів та інститутів післядипломної освіти вищих медичних навчальних закладів.

РОЗДІЛ І

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ПЕРЕСУВНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО КАБІНЕТУ

Пересувний стоматологічний кабінет (ПСК) – підрозділ медичної служби, призначений для надання амбулаторної стоматологічної допомоги особовому складу частин та підрозділів, які не мають штатних стоматологічних кабінетів. ПСК використовується для надання стоматологічної допомоги в польових умовах та за межами військових гарнізонів - під час ведення бойових дій, проведення навчань, польових навчальних зборів, усуненні наслідків надзвичайних ситуацій, тощо.



Пересувний стоматологічний кабінет

Начальник ПСК підпорядкований безпосередньо начальнику клініки щелепно-лицевої хірургії та стоматології військово-медичного клінічного центру регіону (Центральної стоматологічної поліклініки Міністерства оборони України та Української військово-медичної академії). Начальник ПСК відповідає за:

- проведення профілактичних оглядів особового складу військових частин та підрозділів;
- виявлення та облік осіб, які потребують санації ротової порожнини;
- виявлення та направлення в лікувальні заклади осіб з травмами і захворюваннями щелепно-лицевої ділянки, які потребують стаціонарного лікування;
- виявлення та облік військовослужбовців з захворюваннями щелепно-лицевої ділянки, які потребують диспансерного спостереження;
- надання амбулаторної терапевтичної та хірургічної стоматологічної допомоги військовослужбовцям;
- надання кваліфікованої (II рівень) медичної допомоги при пораненнях та травмах щелепно-лицевої ділянки;
- проведення роботи серед особового складу військових підрозділів, спрямованої на профілактику стоматологічних захворювань;
- проведення науково-дослідницької та винахідницької роботи з актуальних питань військової стоматології.

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ШТАТНА СТРУКТУРА ПЕРЕСУВНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО КАБІНЕТУ

Пересувний стоматологічний кабінет входить до складу клінік щелепно-лицевої хірургії та стоматології військово-медичних клінічних центрів регіонів, Центральної стоматологічної поліклініки Міністерства оборони України та Української військово-медичної академії (як навчально-методичний підрозділ).

Склад ПСК – 4 особи (з числа військовослужбовців): начальник ПСК (лікар-стоматолог), ординатор (лікар-стоматолог), медична сестра, водій-санітар.

Начальник ПСК має досвід практичної роботи та базову кваліфікаційну категорію за спеціальністю «Стоматологія» (не нижче I) та додаткову спеціалізацію «Хірургічна стоматологія». Ординатор ПСК має базову кваліфікаційну категорію за спеціальністю «Стоматологія» (не нижче II). Медична сестра ПСК має базову медичну освіту, спеціалізацію зі стоматології, досвід роботи не менше 2 років та додаткову спеціалізацію «Рентгенологія для середнього медичного персоналу».

Водій-санітар має категорію «С», стаж водіння не менше 2 років та допуск для роботи з електрообладнанням.

ОСНАЩЕННЯ ПЕРЕСУВНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО КАБІNETУ

ПСК розгортається в спеціальному модульному блоці на базі вантажного автомобіля. Конструкція та комплектація пересувного стоматологічного кабінету дає можливість проводити автономно, в повному обсязі та в комфортних умовах амбулаторний стоматологічний прийом. ПСК забезпечується спеціальним медичним майном, апаратурою, інструментами, медикаментами та витратними матеріалами (додаток 1) через підрозділи медичного забезпечення військово-медичних клінічних центрів за місцем постійної дислокації.

Кількість витратних матеріалів та інструментів (пломбувальні засоби, анестетики, медикаменти, розчини тощо) залежить від фактичного часу проведеного на виїзді. При розрахунку необхідного витратного майна зважають на те, що в середньому за місяць роботи лікарі ПСК приймають близько 250 стоматологічних хворих.

Пересувний стоматологічний кабінет оснащений стаціонарною стоматологічною установкою з кріслом та автономним компресором, безтіньовою лампою, слиновідсмоктувачем, ультразвуковим скелером, фотополімерною лампою, бактерицидним опромінювачем повітря.

Для стерилізації інвентарного інструменту ПСК має стерилізатор повітряний (сухожарову шафу), ультразвукову мийку для ендодонтичного інструменту, автоклав та кип'ятильник дезінфекційний. Стіни, меблі та підлога салону фургону виконані з матеріалів, що дозволяють якісно проводити дезінфекційну обробку.

Крім того кабінет має рентгенологічний апарат для внутрішньоротових прицільних знімків з необхідним оснащенням для проявлення плівки та необхідним запасом рентгенівської плівки та реактивів (краще плівка з розчином для проявлення в одному контейнері).

ПСК обладнаний також аквадистилятором, тепловою завісою (нагрівачем повітря), апаратурою для контролю за роботою електрообладнання, системою очистки води. Електроживлення кабінету забезпечується виносним кабелем від мережі змінного струму 220В, а при його відсутності (в польових умовах) – від автономного дизельного або бензинового (в залежності від комплектації) генератора.

Водопостачання забезпечується за допомогою насосної станції з системою очистки та підігріву води. Комплектація необхідним обладнанням дозволяє забезпечити утилізацію відходів.

Для надання невідкладної допомоги в кабінеті розгортається спеціальний комплект з необхідним набором інструментів, приладів, медикаментозних засобів та інструкцій.

Спеціальні меблі з шафами, що закриваються та додаткові засоби фіксації (ремені, замки) забезпечують безпечне збереження обладнання, інструментів та матеріалів при їх транспортуванні.

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ПСК НА ВИЇЗДІ

Начальник ПСК повинен ретельно планувати графік виїздів свого медичного підрозділу. Він складає план роботи на рік, узгоджений з головним стоматологом регіону (начальником клініки щелепно-лицевої хірургії та стоматології ВМКЦ) та затверджений начальником Військово-медичного клінічного центру відповідного регіону.

При плануванні виїзду ПСК за межі зони відповідальності відповідного ВМКЦ регіону, документ узгоджують та затверджують Головний стоматолог ЗСУ - начальник Центральної стоматологічної поліклініки та Директор військово-медичного департаменту Міністерства оборони України.

Терміни запланованого перебування ПСК в військових частинах та підрозділах залежать від приблизної кількості особового складу, медичної обстановки та стану стоматологічної захворюваності. При плануванні виїздів слід, по можливості, враховувати доцільність присутності ПСК в кожній частині чи підрозділі 2 рази на рік.

При розміщенні на основній базі особовий склад працює у складі профільної клініки ВМКЦ. Начальник ПСК та ординатор залучаються до повноцінної клінічної роботи: проводять амбулаторний стоматологічний прийом, приймають участь в лікуванні стаціонарних хворих, клінічних обходах, тощо. Медична сестра ПСК залучається до роботи в якості асистента в стоматологічних кабінетах профільної клініки. Водій-санітар при перебуванні на основній базі займається технічним обслуговуванням автомобіля, підготовкою до виїзду. Використання пересувного стоматологічного кабінету не за призначенням забороняється. Профілактичне обслуговування та ремонт медичного обладнання та автомобіля проводиться силами лікувального закладу, де базується ПСК.

Не менше, ніж за тиждень до запланованого виїзду в іншу частину (гарнізон, навчальний центр, полігон), начальник ПСК погоджує через начальника ВМКЦ регіону з відповідним командиром (начальником) про терміни та мету прибуття свого підрозділу. При підготовці до виїзду повинні бути перевірені та оновлені (доповнені) запаси витратних матеріалів, медикаментів та інструментів. Необхідно перевірити якість роботи всього медичного та допоміжного обладнання та, при необхідності, провести його ремонт. Створюється запас певної кількості стерильних наборів інструментів, операційної білизни та перев'язувального матеріалу. Всі матеріали, інструменти та медикаменти складаються та щільно закриваються в шафи модуля ПСК. Обладнання фіксується відповідним чином, щоб унеможливити пошкодження при транспортуванні.

Перевіряється технічний стан автомобіля та його укомплектованість, запаси паливно-мастильних матеріалів.

Напередодні виїзду весь особовий склад ПСК отримує необхідні документи (про відрядження, шляхові листи на автомобіль, тощо) та, при необхідності, запас їжі, індивідуальні засоби захисту, зброю. Начальник ПСК проводить ретельний інструктаж з особовим складом під час якого уточнює мету та особливості виїзду, маршрут, правила поведінки під час транспортування та алгоритм дії кожного при загрозі виникнення надзвичайних станів в дорозі (аварія, несправність автомобіля, напад, тощо).

При прибутті на місце начальник ПСК доповідає командир (начальнику) про мету свого відрядження, орієнтовні терміни перебування, специфіку роботи та узгоджує з ним найбільш раціональний (враховуючи особливості служби) розпорядок роботи та місце розгортання кабінету. Командир (начальник) підрозділу забезпечує розміщення особового складу ПСК, його харчування, призначає посадову особу з числа своїх заступників або представників медичної служби для координації організації роботи мобільного кабінету в розташуванні. ПСК розгортається в відведеному та зручному для його функціонування місці з суворим дотриманням техніки безпеки, підключається до місцевих джерел електроживлення. Розконсервовується обладнання та інструменти, організовується стерилізація інструменту, приготування розчинів, санітарно-гігієнічна підготовка кабінету до роботи (вологе прибирання, кварцювання).

Для визначення потреби військовослужбовців в стоматологічній допомозі проводиться профілактичний медичний огляд. Всі оглянуті військовослужбовці, які потребують стоматологічного лікування записуються в журнал профілактичних оглядів (додаток 2) з обов'язковим зазначенням зубної формули та клінічних діагнозів. На основі отриманих таким чином даних складається робочий план лікування (додаток 3) та, в залежності від встановлених задач, план санації. Крім того ведеться облік осіб, які потребують ортопедичної стоматологічної допомоги (зубного протезування). Для орієнтовного розрахунку необхідного часу на лікування хворих зручно використовувати розроблені

«Середньо-розрахункові терміни лікування основних стоматологічних захворювань у військовослужбовців» (додаток 4).

В першу чергу необхідно планувати прийом стоматологічних хворих, яким необхідно проводити видалення коренів і зубів та з гострими формами пульпітів, періодонтитів. При плануванні робочого дня необхідно враховувати резервний час на прийом пацієнтів з захворюваннями, які потребують невідкладної стоматологічної допомоги (гострий пульпіт, загострення хронічного періодонтиту, періостит, тощо).



Всі маніпуляції при лікуванні основних стоматологічних захворювань повинні проводитися за загальноприйнятими державними стандартами (Стандарти надання стоматологічної допомоги зі спеціальності «Терапевтична стоматологія», «Хірургічна стоматологія») з раціональним використанням всього арсеналу обладнання, пломбувальних матеріалів та медикаментів, які є на оснащенні пересувного стоматологічного кабінету. Враховуючи специфіку служби невеликих відокремлених підрозділів, при лікуванні ускладнених форм карієсу (пульпіт, періодонтит) у військовослужбовців перевагу слід надавати (за

показаннями) односеансним методам лікування з використанням провідникової анестезії.

На плановий хірургічний амбулаторний прийом слід виділяти 1-2 години на початку робочого дня. Обсяг хірургічної допомоги в пересувному стоматологічному кабінеті:

- видалення зубів та коренів будь-якої складності;
- взкриття субперіостальних та поверхневих абсцесів обличчя, шиї;
- цистектомія та цистотомія;
- пластика оро-антрального сполучення;
- відкритий та закритий кюретаж парадонтальних кишень;
- клаптеві операції при генералізованих формах парадонтиту ;
- первинна хірургічна обробка ран м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки;
- транспортна іммобілізація при переломах щелеп;
- видалення невеликих доброякісних новоутворень слизової оболонки ротової порожнини та шкіри (ретенційні кісти, папіломи, атероми, тощо)

Всі амбулаторні оперативні втручання записуються в операційний журнал (додаток 5). Хірургічна допомога військовослужбовцям з легкими ушкодженнями (в тому числі вогнепальними) надається в повному обсязі кваліфікованої (II рівень) медичної допомоги, з важкими ушкодженнями – кваліфікована з подальшою евакуацією до військово-медичних закладів на стаціонарне лікування.

Оснащення ПСК дозволяє проводити діагностику та лікування основних стоматологічних захворювань в умовах рентгенологічного контролю. В більшості випадків лікування проводиться під місцевою анестезією. Обов'язковим є наявність та повноцінне оснащення шафи невідкладної допомоги (додаток 6). Весь медичний склад ПСК повинен вміти якісно надавати невідкладну допомогу при основних невідкладних станах та гострих захворюваннях і травмах щелепно-лицевої ділянки.

Всі дані про проведене лікування фіксуються в «Книзі обліку роботи стоматологічного кабінету» (форма 19, додаток 7) та в медичну книжку військовослужбовця (при її наявності).

ПСК може працювати як в повному лікарському складі (начальник ПСК та ординатор), так і при наявності лише одного лікаря. В умовах дволікарського складу є можливість збільшити робочий час прийому. Амбулаторні хірургічні втручання (атипові видалення зубів, цистектомію, резекції верхівок зубів, пластику ороантральних сполучень, тощо) зазвичай проводять саме дволікарським складом. Важливе ретельне ведення обліково-звітної документації з подальшим аналізом проведеної роботи та її постійним удосконаленням.

Під час роботи на виїзді особовий склад ПСК повинен проводити просвітницьку роботу серед військовослужбовців, спрямовану на покращення стану гігієни ротової порожнини, профілактику стоматологічних захворювань та щелепно-лицевого травматизму.

Важливим напрямком діяльності колективу ПСК є наукова та раціоналізаторська діяльність, що має на меті оптимізацію та підвищення рівня стоматологічної допомоги військовослужбовцям за межами лікувальних закладів.

ДОДАТКИ ДО РОЗДІЛУ I

Додаток 1

ПЕРЕЛІК ІНВЕНТАРНОГО ТА ВИТРАТНОГО ОСНАЦЕННЯ ТА МЕДИЧНОГО МАЙНА ПЕРЕСУВНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО КАБІНЕТУ

№	Назва	Од.-виміру	кількість	Примітки
1	2	3	4	5
	Медичне обладнання			
1.	Стоматологічна установка	шт.	1	з кріслом і лампою
2.	Рентгенологічний апарат (дентальний)	«-«	1	
3.	Автоклав	«-«	1	
4.	Компресор стоматологічний	«-«	1	
5.	Стерилізатор повітряний	«-«	1	
6.	Опромінював бактерицидний	«-«	1	
7.	Лампа освітлення стельова	«-«	1	безтіньова
8.	Аквадистилятор	«-«	1	
9.	Шафа «Ultra Viol» (для зберігання стерильного інструменту)	«-«	1	
Інвентарне оснащення (для терапевтичної стоматології)				
10.	Фотополімерна лампа	«-«	1	
11.	Наконечник кутовий (турбінний)	«-«	1	
12.	Наконечник прямий	«-«	1	Для мікромотора
13.	Наконечник кутовий	«-«	1	Для мікромотора
14.	Лоток ниркоподібний для інструменту	«-«	10	
15.	Дзеркало стоматологічне	«-«	10	
16.	Ручка для дзеркала стоматологічного	«-«	10	
17.	Зонд стоматологічний вигнутий	«-«	10	

18.	Набір інструментів для пломбування	набір	5	В асортименті
19.	Набір інструментів для зняття зубних відкладень	набір	2	В асортименті
20.	Пінцет стоматологічний	шт.	10	
21.	Шпатель металевий для замішування пломбувального матеріалу	«-«	5	
22.	Скло для замішування пломбувального матеріалу	«-«	5	
Витратні інструменти та матеріали (для терапевтичної стоматології)				
23.	Набір борів для турбінного наконечника (в асортименті, 10 шт.)	набір	4	
24.	Набір борів для мікромоторного прямого наконечника (в асортименті, 10 шт.)	набір	1	
25.	Набір борів для мікромоторного кутового наконечника (в асортименті, 10 шт.)	набір	1	
26.	Набір інструменту для полірування пломб	набір	1	
27.	Набір К-файлів, 10-40 (6 шт. в наборі)	набір	5	в асортименті
28.	Н-файл 15-40, 25 мм (6шт. в упаковці)	уп.	5	
29.	К-Рімер 15, 25 мм (6 шт. в упаковці)	уп.	5	
30.	Пульпоекстрактори короткі (100 шт.)	уп.	2	
31.	Кореневі голки (100 шт.)	уп.	2	
32.	Головка поліровочна Кенда зелена (чашка мала)	шт.	5	
33.	Головка поліровочна Кенда рожева (чашка мала)	«-«	5	
34.	Щіточка поліровочна для кутового наконечника	«-«	5	
35.	Каналонаповнювач (4 шт. в упаковці)	уп.	3	
36.	Полоски матричні (100шт.)	«-«	1	
37.	Клинки дерев'яні (білі, 100 шт.)	«-«	1	

38.	Роли ватні (1000шт. в упаковці)	«-«	2	
39.	Пломбувальний матеріал «COMPOSITE»	«-«	2	хімічний
40.	Матеріал пломбувальний «LATELUX» (5 шприців по 5 г)	«-«	1	Фотополімерний
41.	Цинкфосфатний цемент «Adhesor»	«-«	1	
42.	Дентин-паста	«-«	2	
43.	Склоіономерний цемент «ЦЕМІОН»	«-«	1	
44.	Пломбувальний матеріал «FOREDENT»	«-«	1	для кореневих каналів
45.	Стоматологічний гель «АЛЮМОГЕЛЬ»	«-«	1	
46.	Ендодонтичний матеріал «ЕНДОГЕЛЬ»	«-«	1	
47.	Травильний гель «ЕСТА»	«-«	3	
48.	Паста «Девит-С»	«-«	2	Для девіталізації
49.	Гіпохлорид натрію 3%-100 мл	шт.	2	
50.	Перекису водню 3%-40 мл	«-«	5	
51.	Розчин аміаку 10%-40 мл	«-«	3	
52.	Хлоргексидин 0,05%-100 мл	«-«	5	
53.	Спирт етиловий 96%-100 мл	«-«	5	
54.	Йодоформ (порошок) 100г	уп.	1	
55.	Евгенол, 40 мл	шт.	1	Рідина для приготування паст
Інвентарне оснащення (для хірургічної стоматології)				
56.	Шприць карпульний	шт.	2	
57.	Ручка для скальпеля	«-«	2	
58.	Скальпель черевцевий середній	«-«	2	
59.	Елеватор прямий	«-«	3	
60.	Елеватор кутовий лівий	«-«	2	
61.	Елеватор кутовий правий	«-«	2	
62.	Щипці для верхніх молярів праві	«-«	1	
63.	Щипці для верхніх молярів ліві	«-«	1	
64.	Щипці для верхніх «третьох молярів»	«-«	1	
65.	Щипці для верхніх зубів багнетоподібні (в асортименті)	«-«	5	

66.	Щипці для нижніх молярів, коронкові	«-«	2	
67.	Щипці для коренів нижніх зубів	«-«	4	
68.	Щипці для нижніх третіх молярів	«-«	1	
69.	Голкотримач загальнохірургічний, довжиною 160 мм	«-«	2	
70.	Пінцет хірургічний	«-«	2	
71.	Пінцет анатомічний	«-«	2	
72.	Распатор	«-«	2	
73.	Молоток хірургічний сталевий з накладкою	«-«	1	
74.	Кусачки технічні	«-«	1	
75.	Щипці клямпові	«-«	1	
76.	Затискач кровозупинний типу «Москіт»	«-«	2	
77.	Затискач кровозупинний прямий	«-«	2	
78.	Долото з рифленою ручкою жолобувате, з шириною робочої частини 6 мм	«-«	1	
79.	Долото з рифленою ручкою плоске, з шириною робочої частини 6 мм	«-«	1	
80.	Затискач для прикріплення операційної білизни до шкіри з кремальєрою	«-«	2	
81.	Зонд хірургічний жолобуватий довжиною 170 мм	«-«	2	
82.	Зонд циліндричний двосторонній для слізного каналця № 1-2	«-«	1	
83.	Корнцанг вигнутий «Щ-20-2»	«-«	2	
84.	Гачок пластинчастий двосторонній парний (по Фарабефу)	«-«	2	
85.	Гачок хірургічний тризубий гострий середній №2	«-«	1	
86.	Ложка медична кісткова гостра мала	«-«	1	
87.	Ложка вушна гостра велика	«-«	1	
88.	Ложка вушна гостра мала	«-«	1	
89.	Лопатка Буяльського для відтискування нутрощів	«-«	1	
90.	Ножиці для нігтів прямі довжиною 100 мм	«-«	1	

91.	Ножиці з одним гострим кінцем прямі довжиною 140 мм	«-«	1	
92.	Ножиці тупокінцеві вертикально вигнуті довжиною 140 мм	«-«	1	
93.	Роторозширювач гвинтовий	«-«	1	
94.	Шпатель для язика двосторонній із круглими отворами	«-«	1	
95.	Кусачки кісткові стоматологічні	«-«	1	
96.	Дріт алюмінієвий для шинування діаметром 2 мм (5м в упаковці)	уп.	4	
97.	Дріт лігатурний діаметром 0,35-0,4 мм	уп.	4	
Витратні інструменти та матеріали (для хірургічної стоматології)				
98.	«Артифрин-Здоров'я форте», розчин для ін'єкцій (1:100000) по 1,7 мл у карпулах (10 карпул в упаковці)	уп.	10	
99.	Голки карпульні стерильні одноразові (100 шт. в упаковці)	«-«	1	
100.	Лідокаїн розчин в амп. 20 мг/мл 2 мл (10 ампул в упаковці)	«-«	10	
101.	Лідокаїн-спрей 10%	«-«	1	
102.	Шовний атравматичний матеріал «Трисорб Рапід», зворотно-ріжуча голка 3/8 окружності, USP 3/0 (10 шт. в упаковці)	«-«	1	
103.	Шовний атравматичний матеріал «Трисорб Рапід», зворотно-ріжуча голка 3/8 окружності, USP 4/0 5/0 (10 шт. в упаковці)	«-«	1	
104.	Шовний атравматичний матеріал «Поліефір-С зелений» зворотно-ріжуча голка 3/8 окружності, USP 3/0 (10 шт. в упаковці)	«-«	1	
105.	Шовний атравматичний матеріал «Кетгут хромований» кругла голка 3/8 окружності, USP 3/0 (10 шт. в упаковці)	«-«	1	
106.	Шприці одноразові, 5 мл (100 шт.в упаковці)	«-«	1	

107.	Шприці одноразові, 5 мл (100 шт.в упаковці)	«-«	1	
108.	Хірургічне лезо для скальпеля № 15, стерильне одноразове (100 шт. в упаковці)	«-«	1	
109.	Бинт марлевий медичний стерильний (16 см x 10 см)	шт.	10	для виготовлення тампонів і серветок
110.	Лейкопластир (5м x 5 см)	«-«	2	
111.	Мазь «Левомеколь», 80 г	уп.	1	
112.	Розчин бриліантової зелені 1%-10мл	шт.	2	
113.	Губка гемостатична	уп.	10	
114.	Хлоргексидин 0,05%-100 мл	шт.	5	
115.	Амоксил, 500, табл.. № 20	уп.	10	
116.	Пенталгін-ФС, табл. №10	«-«	10	
Інвентарне загальномедичне обладнання				
117.	Вимірювач артеріального тиску	шт.	1	
118.	Термометр	«-«	3	
119.	Фонендоскоп	«-«	1	
120.	Система для вливання кровозамінників та інфузійних розчинів	«-«	1	
121.	Штатив з флаконотримачем	«-«	1	
122.	Набір для трахеостомії	«-«	1	
123.	Столик стоматологічний з двома скляними полицями	«-«	1	
124.	Тумба з шухлядками	«-«	1	
125.	Стілець медичний на колесиках	«-«	2	
Витратні загальномедичні матеріали				
126.	Набір медикаментів для невідкладної медичної допомоги	шт.	1	За окремим списком
127.	Слиновідсмоктувачі 150 мм (100 шт в упаковці)	уп.	3	
128.	Рукавички гумові №7 (100 шт. в упаковці)	«-«	1	
129.	Рукавички гумові №8 (100 шт. в упаковці)	«-«	1	

130.	Рукавички гумові №7 (100 шт. в упаковці)	«-«	1	
131.	Маски медичні (50шт. в упаковці)	«-«	1	
132.	Серветки блакитні водонепроникні (5 шт. в упаковці)	«-«	1	
133.	Бахіли (40 шт. в упаковці)	«-«	3	
134.	Халат одноразовий хірургічний стерильний	шт.	20	
135.	Покриття хірургічне, 120x80 см, одноразове стерильне	«- «	40	
Санітарно-господарське майно				
136.	Ємкість-контейнер полімерний для дезінфекції та передстерилізаційної обробки медичних виробів 5 л	шт.	1	
137.	Ємкість для замочування інструменту 1л	«-«	1	
138.	Відро педальне для сміття	«-«	1	
139.	Швабра для миття підлоги з відром	«-«	1	
140.	Серветки паперові (100 шт. в упаковці)	«-«	1	
141.	Мішки для сміття (100 шт. в упаковці)	«-«	1	
Засоби для стерилізації та дезінфекції				
142.	Еконент Форте (засіб дезінфекційний), 1л	шт.	2	
143.	Медіоцид (готовий розчин), 1л	«-«	1	
144.	Манорм (готовий розчин), 1л	«-«	1	Антисептик для рук та шкіри
145.	Бланідас Софт (рідке мило), 1л	«-«	1	
146.	Sterisol, 120 мл	«-«	2	Для обробки рук
147.	Квік-Дек (серветки), 100шт.	уп.	1	Для швидкої дезінфекції поверхонь

Додаток 2

ЖУРНАЛ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ ПСК

Дата проведення огляду, підрозділ, список військовослужбовців, які потребують стоматологічного лікування	Діагноз	Відмітка про лікування

Додаток 3

РОБОЧИЙ ПЛАН ЛІКУВАННЯ ПСК

Дата	Час прийому	Прізвище пацієнта	Примітки

Додаток 4

СЕРЕДНЬО-РОЗРАХУНКОВІ ТЕРМІНИ ЛІКУВАННЯ
ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

№	Назва стоматологічної маніпуляції	Розрахункова тривалість процедури, хвилин
1	Лікування карієсу	40
2	Лікування пульпіту	70
3	Лікування періодонтиту	90
4	Професійна чистка зубів	60
5	Лікування стоматиту	30
6	Видалення зуба	30
7	Атипове видалення	60
8	Амбулаторне оперативне втручання	60

Додаток 5

ЖУРНАЛ
запису амбулаторних операцій ПСК

за _____ р.

Почато “ ____ ” _____ р. Закінчено “ ____ ” _____ р.

	Дата	Прізвище, ім'я, по батькові хворого, військове звання	Вік	Діагноз	Знеболювання	Опис операції	Прізвище хірурга і операційної сестри
1	2	3	4	5	6	7	8

Додаток 6

**ПЕРЕЛІК МЕДИЧНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ КОМПЛЕКТУВАННЯ ШАФИ
НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПЕРЕСУВНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО
КАБІНЕТУ**

	Назва	Од. виміру	кількість	Примітки
1.	Інструкція з надання невідкладної допомоги	шт.	1	
Інструменти				
2.	Бинт марлевий медичний стерильний (16 см х 10 см)	«-«	1	
3.	Вимірювач артеріального тиску	«-«	1	
4.	Джгут кровоупинний	«-«	1	
5.	Зажим кровоупинний прямий	«-«	2	

6.	Індивідуальний перев'язувальний пакет	«-«	2	
7.	Лейкопластир (5м x 5 см)	«-«	1	
8.	Напаличник гумовий	«-«	1	
9.	Ножиці	«-«	1	
10.	Пінцет хірургічний	«-«	1	
11.	Повітровід гумовий	«-«	1	
12.	Роторозширювач	«-«	1	
13.	Система для вливання кровозамінників та інфузійних розчинів	«-«	4	
14.	Скальпель	«-«	1	
15.	Стійка-флаконотримач	«-«	1	
16.	Шовний атравматичний матеріал «Трисорб Репід», зворотньо-ріжуча голка 3/8 окружності, USP 3/0 (10 шт. в упаковці)	уп.	1	
17.	Шприць одноразовий, 2 мл	«-«	10	
18.	Шприць одноразовий, 5 мл	шт.	10	
19.	Язикотримач	«-«	1	
Медикаменти				
20.	Аміаку розчин 10%-40 мл	«-«	1	
21.	Анальгін –Дарниця 50%-2мл №10	«-«	1	
22.	Атропін 0,1%-1 мл № 5	«-«	1	
23.	Валідол, 0,06, табл.. № 10	уп.	2	
24.	Вугілля активоване № 10	«-«	1	
25.	Глюкоза-Дарниця, 40%-20мл №10	«-«	1	
26.	Дибазол – Дарниця 1%-1 мл №10	«-«	1	
27.	Димедрол 1%-1 мл № 10	«-«	1	
28.	Еуфілін , 2,4%-1мл № 10	уп.	1	
29.	Календули настойка, 40 мл	«-«	1	

30.	Кальцію хлорид 10%-10 мл № 10	«-«	1	
31.	Капрамін 30 мл	«-«	1	
32.	Кетолонг-Дарниця, 30 мг- 1 мл № 10	«-«	1	
33.	Корвалол 25 мл	«-«	1	
34.	Кордіамін 25%-2 мл №10	«-«	1	
35.	Кофеїн 10%-1мл № 10	«-«	1	
36.	Лазикс 10мг- 1мл № 10	«-«	1	
37.	Лідокаїн 2%-2 мл №10	уп.	1	
38.	Магнію сульфат 250 мг/мл – 5 мл №10	«-«	1	
39.	Мезатон 10 мг/мл – 1 мл № 10	«-«	1	
40.	Налбуфін 10мг-1 мл, амп.	шт.	2	
41.	Нітрогліцерин 0,005	«-«	1	
42.	Папаверин - Здоров'я, 2%-2мл №10	«-«	1	
43.	Платифілін - Здоров'я, 0,2%-2мл №10	«-«	1	
44.	Преднізолон 30мг/мл – 1 мл № 3	«-«	1	
45.	Розчин NaCl 9 мг/мл , 200 мл	«-«	4	
46.	Розчин йоду 5%-40 мл	фл.	2	
47.	Сульфацил натрію 300 мг/мл – 10 мл	уп.	1	Очні каплі
48.	Супрастин 2%-1 мл № 10	«-«	1	
49.	Тавегіл 1 мг/мл, - 2 мл (розчин для ін'єкцій) №5	«-«	1	

Додаток 7.

КНИГА ОБЛІКУ РОБОТИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО КАБІНЕТУ (Форма 19)

№	Дата	військове звання	Звернення, І, П	Амбулаторний/ стаціонарний, А/С	Діагноз	Надана допомога	Від м. про сана цію
	ППП						
	2	3	4	5	6	7	8
Стоматологічний ЗВ							
Найменування предмета		Одиниця виміру		Кількість		Нова редакція	
МЕДИЧНІ ПРЕДМЕТИ ВИТРАТНІ							
Клейонка підкладна гумовотканинна		м		1,5			
Щітка для миття рук		шт.		2			
Шприц ін'єкційний одноразового використання 2 мл, голка 0,6x25 2А		компл.		100			
Шприц ін'єкційний одноразового використання 5 мл, голка 0,8x38 5Б		компл.		300			
ПРИЛАДДЯ ТА МАТЕРІАЛИ ДЛЯ СТОМАТОЛОГІЇ ВИТРАТНІ							
Голівка алмазна стоматологічна зворотно конічна діаметром 3мм		шт.		5			

для прямого наконечника АГКО-3П			
Дентин-паста 50 г у коробці	короб.	1	
Дискотримач для кутового наконеч- ника з правою різьбою*	шт.	2	
Дискотримач для прямого наконеч- ника з правою різьбою*	шт.	1	
Дрильбори машинні для кутового наконеч- ника №1, 2, 3, 4, 5 (50штук, в наборі)	наб.	1	
Дрильбори машинні для прямого наконеч- ника №1, 2, 3, 4, 5 (50штук, в наборі)	наб.	1	
Дрильбори ручні №№1, 2, 3, 4, 5 (50штук в наборі)*	наб.	1	
Кальміцин - пласт-масовий матеріал для підкладок під пломби	короб.	1	
Каналонаповнювач і конічні для прямого наконечника №1, 2, 3(50 штук в наборі)*	наб.	1	
Каналонаповнювач і для кутового наконечника №11	наб.	1	

1, 2, 3 (50 штук в наборі)*			
Набір борів для прямого наконечника (125штук)	наб.	1	
Набір борів кутового наконечника (175 штук)	наб.	1	
Пластинка скляна для замішування цементу	шт.	5	
Пульпоекстрактор із короткою ручкою №№1, 2, 3, 4, 5 довжиною 30мм (100штук в комплекті)	компл.	3	
Пульпоекстрактор із довгою ручкою №1, 2, 3, 4, 5 довжиною 50мм.(100штук в комплекті)*	компл.	3	
Смужки металічні сепараційні нержавіючої сталі 100штук в коробці*	короб.	1	
Сплав срібний тонкодисперсний для амальгами 68,5% в комплекті зі ртуттю (сплав срібра -50 г, ртуть -50 г)	компл.	1	
Цемент "СИЛЦІН" 12,16,19	компл.	4	
Цемент "Уніфас"	короб.	4	
Шнур для борма-шини еластичний безшовний	шт.	2	

ПРЕДМЕТИ АПТЕЧНІ ВИТРАТНІ			
Банки скляні із гвинтовою горловиною і пластмасовими кришками місткістю 50 мл	шт.	2	
ЛІКАРСЬКІ ПРЕДМЕТИ, АПАРАТИ ТА ХІРУРГІЧНІ ІНСТРУМЕНТИ			
Голкотримач загальнохірургічний легований із коробчатим замком довжиною 160 мм*	шт.	1	
Долото з рифленою ручкою жолобувате шириною робочої частини 4 мм*	шт.	1	
Долото з рифленою ручкою плоске, шириною робочої частини 4 мм*	шт.	1	
Затискач для тимчасового стискування судин з кремальєрою вигнутий по площині під кутом 120 гр. №1*	шт.	2	
Зонд хірургічний гудзиковий двосторонній*	шт.	1	
Корнцанг вигнутий "Щ-20-2"*	шт.	2	
Ложка вушна гостра мала*	шт.	2	
Молоток хірургічний металевий із гумовою	шт.	1	

накладкою середній*			
Ножиці тупокінцеві вертикально вигнуті довжиною 170 мм*	шт.	1	
Пінцет пластинчастий анатомічний загального призначення довжиною 150 мм*	шт.	2	
Скальпель гострий середній*	шт.	2	
Тазик ниркоподібний сталевий емальований	шт.	5	
Щипці-кусачки кісткові з круглими губками прямі*	шт.	1	
ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ СТЕРИЛІЗАЦІЇ			
Коробка стерилізаційна кругла без фільтра місткістю 3л (190x140 мм) КСК-3	шт.	1	
Стерилізатор сталевий емальований із кришкою	шт.	2	
АПАРАТУРА, ОБЛАДНАННЯ ТА ІНСТРУМЕНТИ ДЛЯ СТОМАТОЛОГІЇ			
Дзеркало стоматологічне*	шт.	5	
Екскаватор стоматологічний двосторонній № 1*	шт.	1	
Екскаватор стоматологічний двосторонній № 2*	шт.	1	

Екскаватор стоматологічний двосторонній № 3*	шт.	1	
Екскаватор стоматологічний двосторонній № 4*	шт.	1	
Елеватор стоматологічний прямий №1*	шт.	1	
Елеватор стоматологічний прямий №2*	шт.	1	
Елеватор стоматологічний прямий № 3*	шт.	1	
Елеватор стоматологічний кутовий лівий "НЛ-3"*	шт.	1	
Елеватор стоматологічний кутовий правий "НП-3"*	шт.	1	
Зонд зубний вигнутий №1*	шт.	5	
Зонд зубний списоподібний №2*	шт.	2	
Набір інструментів для пломбування зубів (7найменувань в наборі)*	шт.	1	
Набір інструментів для ендодонтії великий*	шт.	1	
Наконечник прямий швидкісний*	шт.	2	
Наконечник кутовий швидкісний*	шт.	2	
Пінцет зубий вигнутий*	шт.	6	

Ручка для стоматологічного дзеркала*	шт.	5	
Світильник переносний, який закріплюється в місця застосування	шт.	1	
Ступка скляна для готування і розчинення стоматологічних матеріалів	шт.	1	
Шпатель для цементу двосторонній	шт.	5	
Шпатель для замішування цементу пластмасовий № 3	шт.	1	
Щипці стоматологічні для дорослих для видалення нижньої корінних зубів № 13*	шт.	1	
Щипці стоматологічні для дорослих для видалення верхніх великих корінних зубів правих № 17*	шт.	1	
Щипці стоматологічні для дорослих для видалення верхніх великих корінних зубів лівих № 18*	шт.	1	
Щипці стоматологічні для дорослих для видалення великих корінних зубів № 22*	шт.	1	

Щипці стоматологічні для дорослих для видалення коренів нижніх зубів № 33*	шт.	1	
Щипці стоматологічні для дорослих для видалення корінних верхніх зубів № 51*	шт.	1	
Щипці зубів для дорослих для видалення коренів верхніх зубів № 51 а*	шт.	1	
АПАРАТИ, ПРИЛАДИ ТА ІНСТРУМЕНТИ ДЛЯ ЛАБОРАТОРІЙ			
Спиртівка лабораторна скляна з ковпачком	шт.	1	
САНІТАРНО-ГОСПОДАРСЬКЕ МАЙНО ІНВЕНТАРНЕ			
Викрутка мала з діелектричною ручкою довжин. 100 мм	шт.	1	
Лійка пластмасова діаметром 15 см	шт.	1	
Примус туристський "Джміль"	шт.	1	
САНІТАРНО-ГОСПОДАРСЬКЕ МАЙНО ВИТРАТНЕ			
Мило туалетне в шматках	шт.	1	
Мильниця пластмасова з кришкою	шт.	1	
КНИГИ І БЛАНКИ МЕДИЧНОГО ОБЛІКУ ТА ЗВІТНОСТІ			
Книга обліку роботи стоматологічного кабінету, ф.19	шт.	1	
ТАРА			
Ящик медичний укладальний №1	шт.	2	

РОЗДІЛ II.

ОРГАНІЗАЦІЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ У ВІЙСЬКОВІЙ ЧАСТИНІ

Надання стоматологічної допомоги особовому складу військової частини проводить лікар-стоматолог медичного пункту, який підпорядкований начальнику медичного пункту, а із спеціальних питань – гарнізонному стоматологу та виконує його вказівки. Організаційно-методичну роботу щодо надання стоматологічної допомоги у військових частинах очолює Головний стоматолог МО України і його вказівки з спеціальних питань обов'язкові до виконання лікарями-стоматологами усіх військово-лікувальних закладів.

При медичному пункті розміщується стоматологічний кабінет, який розгортається в ізольованій кімнаті площею не менше 14 м² і повинен відповідати санітарно-гігієнічним нормам та вимогам асептичної роботи для хірургічних кабінетів. При можливості створюється окремий кабінет для видалення зубів і інших стоматологічних хірургічних втручань. При цьому заборонено розміщати кабінети в прохідних кімнатах або разом з процедурними, перев'язочними або іншими функціональними підрозділами медичного пункту. Стоматологічний кабінет повинний бути оснащений таким устаткуванням: стоматологічна установка, робочий столик лікаря, сухожаровий стерилізатор, шафи для інструментів і медикаментів, стіл для стерильних інструментів, апарат для електроодонтодіагностики, стоматологічний діатермокоагулятор, набір інструментів для видалення зубів і проведення амбулаторних хірургічних втручань, комплект медикаментів для надання допомоги при невідкладних станах, умивальник, письмовий стіл, стілець, термометр, апарат для виміру кров'яного тиску, фонендоскоп, кушетка тощо.

Основними лікувально-профілактичними заходами при стоматологічних захворюваннях є:

➤ виявлення осіб з хворобами порожнини рота, особливо серед молодого поповнення та своєчасне проведення їм санації;

- забезпечення умов щодо догляду за зубами;
- лікування й пломбування зубів, які уражені карієсом, пульпітом та періодонтитом;
- лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота й тканин крайового пародонта, а також видалення зубних відкладень;
- своєчасна діагностика і лікування запальних захворювань, доброякісних і злоякісних новоутворень органів порожнини рота та щелепно-лицевої ділянки;
- проведення санітарно-просвітницької роботи з питань профілактики стоматологічних захворювань.

Функціональні обов'язки лікаря-стоматолога військової частини:

1. надання амбулаторної стоматологічної допомоги особовому складу частини;
2. надання першої лікарської допомоги при травмах щелепно-лицевої ділянки і забезпечення своєчасної госпіталізації і лікування хворих стоматологічного профілю;
3. проведення планової санації порожнини рота особовому складу частини;
4. направлення у відповідні лікувальні заклади осіб, які потребують кваліфікованого і стаціонарного лікування та протезування зубів;
5. постійне підвищення своєї професійної підготовки;
6. проведення санітарно-просвітницької роботи серед особового складу частини;
7. ведення обліку та звітності щодо виконаної роботи.

З метою виявлення осіб, які потребують санації порожнини рота, проводять профілактичні огляди. Виділяють такі види медичного контролю (профілактичних оглядів): первинний - проводиться молодому поповненню протягом двох тижнів після їхнього прибуття в частину; черговий - особовому складу частини 2 рази на рік (на початку літнього і зимового періодів навчання); хворим, що перебувають на лікуванні в лазареті медичного пункту протягом 3 днів із моменту їхньої госпіталізації; контрольний - проводиться особам, що знаходяться під диспансерним спостереженням з приводу хронічних захворювань, а також тим, хто має постійний контакт з професійними шкідливостями (не рідше 1 разу в 3 місяця).

Дані медичних оглядів заносяться в медичні книжки (для рядового складу - форма № 1, для офіцерів і прапорщиків - форма № 2), а також в журнал профілактичних оглядів (додаток 2).

На підставі даних профілактичних оглядів виділяють 5 груп стоматологічних хворих:

1. з неускладненим карієсом;
2. яким необхідно видалення зруйнованих зубів;
3. з ускладненим карієсом (пульпіт, періодонтит);
4. які потребують диспансерного спостереження (хронічні захворювання пародонта, слизової оболонки порожнини рота, доброякісні новоутворення щелепно-лицевої ділянки тощо);
5. які потребують протезування зубів.

У першу чергу необхідно санувати представників 1 і 2 груп.

У Збройних Силах України використовується принцип планової санації ротової порожнини, що є частиною загального плану оздоровчих заходів. Безпосередня розробка плану санації покладається на лікаря-стоматолога військової частини, для чого виділяється половина робочого часу.

На підставі перерахованих вище даних складається календарний план санації особового складу військової частини, який підписується начальником медичної служби частини і лікарем-стоматологом, а затверджується командиром частини і, таким чином, є наказом командира, тобто обов'язковим до виконання всьому особовому складу (додаток 3.). При складанні плану санації необхідно враховувати, що вона повинна бути завершена до закінчення періоду навчання, тобто до приходу нового поповнення. Всі військовослужбовці, що знаходилися на лікуванні в лазареті повинні бути сановані до виписки.

Робота лікаря-стоматолога військової частини оцінюється на підставі виконання плану санації (додаток 4).

Порядок і час прийому хворих у стоматологічному кабінеті визначаються правилами внутрішнього розпорядку частини. При цьому необхідно виділяти час

для планової санації, амбулаторного прийому, а також години (або дні) для видалення зубів та інших маніпуляцій (типовий розпорядок дня у додатку 1).

Для розрахунку часу, який необхідний для лікування зубів, у військових існують такі розрахункові норми: карієс поверхневий або середній - 20 хвилин, карієс глибокий - 30, пульпіт - 60, періодонтит - 70, видалення зуба - 15, складне видалення - 50, оперативне втручання - 40 хвилин. Особи, які потребують невідкладної амбулаторної допомоги (гострий пульпіт, одонтогенний остеомиєліт, травма), така допомога надається негайно (незалежно від планових заходів).

Військовослужбовці, яким необхідне протезування зубів, після відповідної підготовки порожнини рота направляються до стоматологічних поліклінік або відділень госпіталю.

Обсяг терапевтичної стоматологічної допомоги у медичному пункті частини залежить від кваліфікації лікаря, оснащення кабінету і, відповідно до цього, включає лікування:

- карієсу і його ускладнень;
- захворювань пародонта;
- захворювань слизової оболонки порожнини рота;
- некаріозних поразок твердих тканин зубів;
- захворювань язика та губ.

Для хірургічного прийому виділяються окремі дні або години. Доцільно для хірургічного прийому виділяти години на початку робочого дня. При цьому достатньо двох годин, тому що кількість хірургічних маніпуляцій в загальному обсязі стоматологічної допомоги в частині складає не більш 20 - 25%. Видалення зубів і амбулаторні хірургічні втручання лікар-стоматолог частини проводить при обов'язковій присутності медичної сестри або санінструктора медичного пункту.

Обсяг хірургічної стоматологічної допомоги у медичному пункті частини відповідає кваліфікації лікаря і оснащенню стоматологічного кабінету та включає:

- видалення зубів і коренів;
- лікування альвеолітів;

- амбулаторні втручання на альвеолярному відростку (резекція верхівки кореня зуба, цистектомія, гінгівектомія, розкриття субперіостальних і підслизових абсцесів, висічення капюшона при утрудненому прорізуванні "зуба мудрості" тощо);
- надання першої лікарської допомоги при травмах і опіках щелепно-лицевої ділянки;
- лікування хворих із травмованими ділянками та ізольованими поверхневими ушкодженнями м'яких тканин лиця;
- консервативне лікування неускладнених форм фурункулів щелепно-лицевої ділянки.

Лікар-стоматолог частини повинен завжди пам'ятати, що перевищення обсягу медичної допомоги є порушенням визнаного в армії і історично перевіреного принципу етапного надання допомоги та може призвести до невиправданих післяопераційних ускладнень.

У своїй повсякденній лікарській діяльності стоматолог частини повинен намагатися впроваджувати досягнення сучасної стоматології (нові пломбувальні матеріали, інструменти, медикаменти, перспективні методи лікування), постійно підвищувати свій фаховий рівень, ширше використовувати фізіотерапевтичні методи.

РОЗДІЛ III

ОРГАНІЗАЦІЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У З'ЄДНАННІ

В окремому медичному батальйоні (ОМедБ) з'єднання є стоматологічний кабінет, до штату якого входить лікар-стоматолог (начальник стоматологічного кабінету ОМедБ) та медична сестра. Оснащення стоматологічного кабінету та вимоги до нього практично не відрізняються від оснащення подібного кабінету частини.

У своїй повсякденній діяльності начальник стоматологічного кабінету ОМедБ зобов'язаний:

проводити профілактичні огляди і санацію порожнини рота стаціонарним хворим, а також особовому складу ОМедБ і закріплених за ним частин і підрозділів (які не мають штатного лікаря-стоматолога);

- проводити лікувально-профілактичні заходи при захворюваннях щелепно-лицевої ділянки;
- вести облік осіб, що потребують зубного протезування і проводити підготовку їх до протезування;
- вести облік осіб, які потребують диспансерного спостереження;
- надавати кваліфіковану стоматологічну допомогу при травмах і опіках щелепно-лицевої ділянки;
- вести облік і звітність з виконаної роботи;
- проводити санітарно-просвітницьку, науково-практичну і раціоналізаторську роботу в галузі стоматології.

На лікаря-стоматолога ОМедБ покладається організація планової санації порожнини рота всього особового складу ОМедБ і хворих, що знаходяться на лікуванні, а також особового складу частин з'єднання, що не мають штатних стоматологів. При лікуванні зубів у хворих, що знаходяться на стаціонарному лікуванні, потрібно враховувати, що вони повинні бути цілком сановані до моменту виписки зі стаціонару. В першу чергу стоматологічна допомога надається хворим, що готуються до операції і з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

Виділяють два шляхи санації порожнини рота особового складу частин, що не мають лікарів-стоматологів:

- 1) виклик військових закріплених частин до себе;
- 2) виїзд стоматолога у закріплені за ним частини.

Обсяг хірургічної стоматологічної допомоги в ОМедБ ширше, ніж в частині, і включає такі заходи:

- видалення зубів і коренів;
- втручання на альвеолярному відростку (резекція верхівки кореня зуба, цистектомія, гінгівектомія, розкриття субперіостальних і підслизових абсцесів, висічення капюшона при утрудненому прорізуванні "зуба мудрості" тощо);
- надання кваліфікованої медичної допомоги при травмах і опіках щелепно-лицевої ділянки;
- розкриття абсцесів та флегмон щелепно-лицевої ділянки поверхневої локалізації;
- видалення доброякісних новоутворень шкіри і слизової оболонки або м'яких тканин дно порожнини рота (атероми, фіброми, ліпоми, ранули тощо).

Начальник стоматологічного кабінету може лікувати військовослужбовців із захворюваннями щелепно-лицевої ділянки в умовах хірургічного відділення. Оснащення медичної роти дозволяє проводити оперативні втручання як в умовах перев'язувальної, так і в операційній. Більшість оперативних втручань проводиться під місцевою анестезією. Наявність штатного відділення анестезіології і реанімації дозволяє деякі втручання проводити під потенцьованим і загальним знеболюванням. При лікуванні хворих з одонтогенними запальними захворюваннями стоматолог широко використовує можливості фізіотерапевтичного кабінету і весь наявний в аптеці ОМедБ арсенал лікарських засобів.

Начальник стоматологічного кабінету ОМедБ є позаштатним лікарем-стоматологом гарнізону, де дислокується з'єднання. У зв'язку з цим, на нього додатково покладаються наступні завдання:

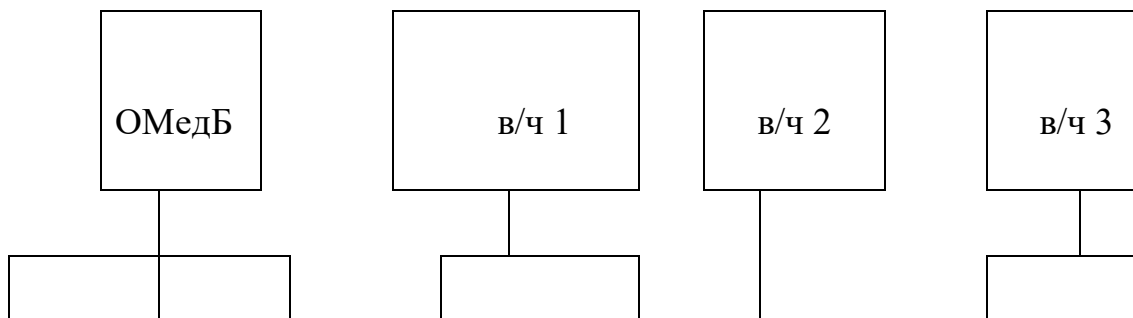
- розробка системи стоматологічної допомоги в гарнізоні;
- контроль за роботою стоматологічних кабінетів гарнізону;
- консультативна і методична допомога лікарям-стоматологам частин;

- участь в роботі гарнізонної військово-лікарської комісії;
- облік щелепно-лицевого травматизму у гарнізоні;
- розробка і впровадження нових методів діагностики і лікування стоматологічних захворювань у гарнізоні.

Розробка системи стоматологічної допомоги у гарнізоні полягає в рівномірному закріпленні за лікарями-стоматологами особового складу частин і підрозділів, що не мають у штаті стоматологів, з метою проведення планової санації порожнини рота всього особового складу гарнізону. При закріпленні частин враховуються близькість розташування до відповідних стоматологічних кабінетів, можливості кабінетів (оснащення, професійна підготовка лікаря тощо). В закритих військових гарнізонах, де іноді відсутні цивільні лікувальні заклади, на гарнізонного лікаря-стоматолога покладається організація амбулаторної стоматологічної допомоги членам сімей військовослужбовців, військовим пенсіонерам та іншим мешканцям військових містечок, а також санація порожнини рота учням і дітям у розташованих на їх території шкіл та дошкільних закладів. При необхідності гарнізонний стоматолог повинен бути готовим до "маневру силами стоматологічної служби" (відрядження, відпустка, хвороба, навчання одного із стоматологів).

Робоча схема організації стоматологічної допомоги у гарнізоні

Схема надання стоматологічної допомоги в N - гарнізоні



в/ч 4	в/ч 7	в/ч 9	в/ч5	в/ч6	в/ч8	в/ч 11	в/ч 10
-------	-------	----------	------	------	------	--------	--------

ДОДАТКИ ДО РОЗДІЛУ II

Додаток 1

Розпорядок роботи стоматологічного кабінету у військовій частини
(зразок)

РОЗПОРЯДОК РОБОТИ	
СТОМАТОЛОГІЧНОГО КАБІНЕТУ в/ч 0000	
9. 00-11. 00	хірургічний прийом
11. 00-14. 00	планова санація
14. 00-16. 00	обідня перерва
16. 00-18. 00	амбулаторний прийом
18. 00-18. 42	робота з документацією

Додаток 2

Журнал профілактичних оглядів особового складу
військової частини

№	Найменування підрозділу та список осіб, які потребують санації	Рік служби	Діагноз	Санований (дата)

Додаток 3

ЗАТВЕРДЖУЮ

командир в/ч 0000

п/п-к

" ____ " _____ 20__ р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН
САНАЦІЇ ПОРОЖНИНИ РОТА ОСОБОВОМУ СКЛАДУ ВІЙСЬКОВОЇ
ЧАСТИНИ

Найменування підрозділу	Кількість днів необхідних для санації порожнини рота	Місяць і час проведення санації	Відмітка про виконання
1 рота	23	17.11 - 13.12 11.00 - 14.00	
2 рота	20	14.12 - 5.01 11.00 - 14.00	

Начальник медичної служби в/ч 0000 м-р м/с

А.Сергієнко

Лікар-стоматолог в/ч 0000ст.л-т м/с

Є.Тепленко

ЯКІСНІ ПОКАЗНИКИ РОБОТИ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Охоплено профоглядом (в % до числа о/с)	Сановано (в % до числа потребуючих санації)	Оцінка результатів планової санації
вище 90 %	вище 80%	відмінно
80 - 90%	70 - 80 %	добре
75 - 80%	65 - 70%	задовільно
нижче 75%	нижче 65%	незадовільно

Коефіцієнти складності основних стоматологічних втручань
(в умовних одиницях праці)

п/п	Найменування втручання	Коефіцієнт складності
Терапевтичний стоматологічний прийом		
1.	Огляд хворого	0,5
2.	Зняття м'якого зубного нальоту (з усіх зубів)	0,75
3.	Зняття зубного каменю, нальоту інструментальним способом (з усіх зубів)	4,0
4.	Зняття зубного каменю, нальоту за допомогою ультразвукового апарату (з усіх зубів)	3,0
5.	Закриття фісур одного зуба герметиками	0,5
6.	Лікування одного зуба при поверхневому і середньому карієсі (без накладання пломби)	0,75
7.	Лікування одного зуба при глибокому карієсі (без накладання пломби)	1,25

8.	Усунення дефекту пломби	0,5
9.	Лікування пульпіту (без накладання пломби):	
	однокореневого	2,0
	багатокореневого	3,0
10.	Лікування періодонтита:	
	однокореневого	3,0
	багатокореневого	4,0
11.	Накладання тимчасової пломби	0,5
12.	Накладання пломби з цементу	0,25
13.	Накладання пломби з композитного матеріалу	0,75
14.	Накладання пломби з фотополімерного матеріалу	1,5
15.	Відновлення зруйнованої коронки однокореневого зуба композитним матеріалом	4,0
16.	Відновлення зруйнованої коронки однокореневого зуба фотополімерним матеріалом	5,5
17.	Відновлення зруйнованої коронки багатокореневого зуба композитним матеріалом	5,0
18.	Відновлення зруйнованої коронки багатокореневого зуба фотополімерним матеріалом	6,5
19.	Накладання лікувальної пов'язки на ясна та зубоясневі кишені (одне відвідування)	0,5
20.	Обробка уражених поверхонь слизової оболонки (одне відвідування)	0,75
21.	Кюретаж зубоясневих кишень 2-х зубів	1,0

Хірургічний стоматологічний прийом

1.	Огляд хворого	0,5
2.	Знеболення провідникове	0,5
3.	Знеболення інфільтраційне, аплікаційне	0,25
4.	Видалення зуба	1,0

5.	Атипове видалення зуба	3,0
6.	Розкриття субперіостального абсцесу	1,0
7.	Гінгівектомія	1,5
9.	Гінгівопластика	3,0
10.	Видалення доброякісних новоутворень альвеолярного паростка та м'яких тканин	2,0
11.	Цистектомія радикулярної кісти	3,0
12.	Резекція верхівки кореня зуба	2,0
13.	Пластика вуздечки язика	1,5
14.	Первинна хірургічна обробка рани	2,0
15.	Транспортна іммобілізація	1,0
16.	Шинування при переломах щелеп	5,0
17.	Зупинка луночкової кровотечі	0,5
18.	Вправлення звичного вивиху скронево-нижньощелепного суглобу	0,5
19.	Зняття швів	0,25

РОЗДІЛ IV

НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗОНІ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА ВІЙСЬКОВОЇ ЧАСТИНИ.

Профілактична спрямованість є характерною рисою військової медицини взагалі та військової стоматології зокрема. Лікар-стоматолог зобов'язаний не лише надавати повсякденну амбулаторну та невідкладну стоматологічну допомогу військовослужбовцям, піклуватися про своєчасну госпіталізацію хворих стоматологічного профілю, але й приділяти увагу профілактичній плановій санації.

Під час планування роботи лікар-стоматолог військової частини має керуватися єдиним планом (місячним, річним, перспективним) медичного забезпечення, що розробляється в частині та до складу якого вносяться усі питання, що стосуються роботи медичної служби, у тому числі й організації стоматологічної допомоги.

Плануючи власну роботу, лікар-стоматолог військової частини має враховувати необхідність здійснення профілактичних оглядів усього особового складу та подальшого планового лікування військовослужбовців, у яких були встановлені захворювання зубів та слизової оболонки ротової порожнини. Крім того, має бути передбачене проведення диспансерного динамічного спостереження за особами з хронічними захворюваннями зубів та слизової оболонки ротової порожнини, масової та індивідуальної профілактики захворювання зубів та пародонту, санітарно-просвітницької роботи серед особового складу.

У плані роботи медичної служби частини передбачені також заходи щодо надання стоматологічної допомоги особовому складу військових частин гарнізону, які не мають у штаті стоматологів. За необхідності надання стоматологічної допомоги, до військовослужбовців окремих частин, за поданням

провідного стоматолога та рішенням начальника ВМКЦ, направляється військовий лікар-стоматолог для планової санації особового складу. При відсутності у даному гарнізоні лікувальних закладів Міністерства охорони здоров'я, за рішенням начальника Військово-медичного клінічного центру, військові лікарі-стоматологи надають допомогу працівникам та службовцям Збройних Сил України та членам сімей військовослужбовців.

Профілактичні огляди ротової порожнини здійснюються, як правило, у ті ж строки, що й поглиблені медичні обстеження, але не рідше двох разів на рік. Первинний огляд молодого поповнення здійснюється у перші один-два тижні після його прибуття до частини.

При проведенні диспансерного динамічного спостереження та поглиблених медичних оглядів, варто охоплювати увесь особовий склад профілактичними оглядами. Однак, зазвичай у цей період не вдається повністю оглянути усіх військовослужбовців (відрадження, відпустки, шпиталізація і т. п.). Тому треба скласти список осіб, які не пройшли огляд та оглянути їх якнайшвидше. Дуже важливо при цьому встановити та зареєструвати усі захворювання зубів, форм захворювання пародонту та хвороби слизових оболонок, звертаючи особливу увагу на встановлення і облік початкових форм захворювань крайового пародонту та хронічних хвороб слизової оболонки ротової порожнини.

Під час проведення профілактичних оглядів та санації ротової порожнини складаються списки осіб, що потребують протезування. Ці списки, затверджені командиром частини, надаються до Військово-медичного клінічного центру для подальшого розгляду та ухвалення рішення щодо здійснення протезування. Терміни направлення військовослужбовців на протезування погоджуються керівником закладу, який здійснює протезування. Якщо осіб, які потребують протезування виявлено багато, доцільно організувати протезування зубів на місці за допомогою спеціалістів пересувного стоматологічного кабінету. Направленню на протезування підлягають лише особи після завершення санації ротової порожнини.

Данні, отримані під час проведення профілактичних оглядів, заносяться до «Журналу обліку профілактичних оглядів ротової порожнини» форма №49/0 та медичну книжку військовослужбовця (форма №1, 2, 3, затверджені у МО України), форма 043.

Під час проведення профілактичних оглядів або амбулаторного прийому, санації ротової порожнини, у графі «Діагноз» необхідно вказати усі встановлені захворювання зубів та слизової оболонки ротової порожнини.

Найменування хвороб у книзі обліку роботи стоматологічного кабінету, книзі профілактичних оглядів, медичній книжці та інших медичних документах має чітко відповідати Міжнародній статистичній класифікації хвороб 10 перегляду (прийнятої 43-ю Всесвітньою Асамблеєю Охорони Здоров'я) у зв'язку з переходом України на МКХ з 01.01.1999 р. (наказ МОЗ від 08.10.1998 р. № 297).

Для якісного визначення захворюваності є необхідним правильне розуміння поняття «первинне звернення» за стоматологічною допомогою.

Первинним, при захворюваннях зубів, вважається звернення військовослужбовця під час перебування на військовій службі до стоматолога з приводу захворювання зубів або слизової оболонки ротової порожнини, незалежно від того, коли вони виникли (під час проходження служби або до призова). Звернення не можна розглядати як первинне, якщо з приводу даного захворювання військовослужбовець раніше звертався до іншого медичного пункту або лікувального закладу. До переліку первинних звернень належить також захворювання, які вперше встановлені під час профілактичних медичних оглядів та обстежень.

Усі захворювання зубів, встановлені у військовослужбовців під час профілактичного огляду або амбулаторного прийому, реєструються як одне первинне звернення, незалежно від кількості уражених зубів.

Після повного завершення лікування виявлених захворювань зубів та слизової оболонки ротової порожнини, звернення військовослужбовця з приводу хвороб зубів та слизової оболонки (карієс, пульпіт, стоматит тощо), що виникли знову, або не встановлених раніше захворювань, варто розглядати як первинне.

Повторним зверненням вважається будь-яке звернення військовослужбовця за медичною допомогою, що здійснюється за первинним одразу, або з перервою, з приводу одного й того ж раніше вже зареєстрованого захворювання.

Первинне звернення у медичній документації відмічається цифрою I, повторне II.

Після завершення профілактичного огляду складається календарний план санації ротової порожнини для особового складу частини.

Затверджую
Командир військової частини А0000
капітан 1 рангу П.І.Б.
« _____ » _____ 20__ р.

Календарний план

санації ротової порожнини особовому складу військової частини А0000.

Підрозділ	Кількість діб, необхідних для санації порожнини рота	Термін санації	Відмітка про виконання
БЧ-1	9	з 01.03. по 10.03	
БЧ-3	12	з 12.03. по 24.03	
1-рота	14	з 01.04. по 18.04	
2-рота	21	з 01.05 по 26.05	

Для цього встановлюють обсяг роботи лікаря та час, необхідний для її виконання по кожному підрозділу, узгоджують строки санації. Час, необхідний для санації, та обсяг роботи розраховують в умовних одиницях працеемності (УОП).

Приблизний розрахунок часу, необхідного для лікування захворювань, виявлених при профілактичному огляді підрозділу (роти) військової частини, наводиться у таблиці (таблиця №1).

При розрахунку часу, необхідного для виконання встановленого обсягу роботи враховується, що стоматолог щоденно витрачає 4 години (60%) власного робочого часу для здійснення планової санації, а решту часу - для надання амбулаторної стоматологічної допомоги за зверненням військовослужбовців, працівників ЗСУ та членів сімей військовослужбовців, для диспансерного динамічного спостереження за хворими, для роботи за спеціальністю у лазареті медичного пункту, для проведення санітарно - просвітницької роботи, удосконалення за фахом, забезпечення кабінету медичним майном і т.д. Усі ці заходи мають бути оформлені в плані роботи медичної служби військової частини на місяць, рік і відображені в розкладі роботи стоматологічного кабінету.

Таблиця №1

Вид лікарської роботи	Встановлений обсяг роботи				Потреба у робочому часі	
	кількість	умовні трудові одиниці за нозологію	час витрачений за УОП	усього УОП	хвилини	дні
Пломбування зубів з приводу :						
карієсу	00	3,5	48	50	4800	50
хронічного пульпіту	0	4,25	72	2,5	720	7,5
хронічного періодонтиту	5	4,75	92	7,5	2300	24
Зняття зубних відкладень	20	4,5	64	540	7680	80
Екстракція зубів	0	1,5	32	05	2240	23
Оперативне втручання		2,0	40	6	120	1,25
Лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота	5	2,5	24	7,5	360	3,75
Інша робота	—	18	15		270	2,9
Разом	—	560,5			1186,5	193

Календарний план санації ротової порожнини для особового складу складається стоматологом і є розділом єдиного плану лікувально – профілактичних заходів військової частини. План підписує начальник медичної служби і затверджує командир частини.

Час роботи лікаря – стоматолога з реалізації плану санації має узгоджуватись з командиром кожного підрозділу, у відповідності до розкладу роботи медичного пункту частини. За необхідності повторного відвідування, лікар-стоматолог має зробити про це відмітку у книзі запису хворих роти (підрозділу), медичній книжці із зазначенням дати та часу прибуття хворого на прийом

ВИМОГИ ЩОДО МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОБОТИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО КАБІНЕТУ.

Загальні вимоги до розташування стоматологічного кабінету викладені у «ДБН В.2.2.-10-2001 Заклади охорони здоров'я. Будинки і споруди.»

Стоматологічний кабінет медичного пункту військової частини на 1 крісло розгортається в ізольованій кімнаті площею не менше 14 м². При необхідності розміщення двох крісел площа кабінету має бути збільшена на 7 м².

Забороняється розгортати стоматологічні кабінети у прохідних кімнатах, спільно з процедурними, оглядовими та у приміщеннях іншого призначення. Для хірургічного прийому хворих облаштовується окремий кабінет. За відсутності такої можливості, виділяються спеціальні дні для здійснення хірургічних втручань у стоматологічному кабінеті. Перед хірургічним прийомом підлогу та стіни кабінету обробляють згідно правил, які передбачені для операційних.

Оснащення кабінету має відповідати вимогам наказу МОЗ України №158 від 11.04.2005р. «Про затвердження таблицю оснащення обладнанням одного робочого місця лікаря - стоматолога та зубного техника».

Забезпеченість немедичним майном стоматологічного кабінету має відповідати вимогам наказу МОЗ від 21.12.1992р №187. «Про затвердження таблиців оснащення м'яким інвентарем лікарень, диспансерів, пологових будинків, медико-санітарних частин, поліклінік, амбулаторій»

При неможливості забезпечити збереження препаратів групи А та Б у стоматологічному кабінеті, доцільно організувати їх зберігання у аптеці медичного пункту в окремій металевій шкатулці. У цьому випадку щоденно перед початком роботи стоматолог отримує медикаменти групи А та Б у аптеці, а після завершення роботи повертає їх в опломбованій шкатулці до аптеки на зберігання.

Однією з важливих складових санації повітря та поверхонь у стоматологічному кабінеті є застосування бактерицидних ультрафіолетових опромінювачів. Ультрафіолетове опромінення має значний антимікробний вплив на різні види мікроорганізмів, як-то: бактерії, віруси, спори та гриби. При правильному розрахунку та експлуатації установки, знищенню підлягає приблизно 70% збудників. Шкідливі бактерії дуже чутливі до впливу ультрафіолетового опромінення, вірулентність бактерій, як залишаються живими, також зменшується. У кожному стоматологічному кабінеті мають бути обов'язково встановлені бактерицидні УФ-опромінювачі. Використання бактерицидного опромінювача фіксуються у спеціальному журналі, форма якого додається.

Журнал роботи бактерицидного опромінювача стоматологічного кабінету.

Розпочатий *Завершений*

Дата	Години праці	Накопичувальний підсумок (кількість годин)	Наростаючий підсумок	Підпис особи, що здійснювала знезараження	Здійснена заміна лампи
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

Строк використання бактерицидних ламп не повинен перевищувати нормативного, вказаного у паспорті (не більше двох років). Лампи, які відпрацювали певну кількість годин, замінюють на нові.

Бактерицидні лампи необхідно тримати у чистоті, не зафарбовувати, не забілювати скло колб та віддзеркалюючої поверхні, навіть тонкий шар пилу суттєво затримує потік опромінення. Один раз на тиждень лампи протирають чистою марлевою серветкою. У приміщення після вимикання ламп можна заходити через 30 хвилин (в результаті роботи бактерицидних ламп відбувається іонізація повітря у приміщенні, утворюється окиси азоту та озон).

Мають бути наявні прилади та необхідні розчини для миття та обробки рук лікаря, передстерелізаційної обробки інструментів та контролю за якістю її проведення.

Спеціально облаштовується шафа з наборами (укладками) медикаментів та предметів, необхідних для надання невідкладної допомоги при екстремальних станах. Мають бути також наявні термометр, медичний апарат для вимірювання кров'яного тиску, фонендоскоп та інструкції з надання невідкладної допомоги при екстремальних станах.

Вимоги до оснащення м'яким інвентарем викладені у наказі МОЗ від 21.12.1992р №187. «Про затвердження табелів оснащення м'яким інвентарем лікарень, диспансерів, пологових будинків, медико-санітарних частин, поліклінік, амбулаторій».

САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНІ ВИМОГИ. УМОВИ ПРАЦІ ТА ПРАВИЛА ОСОБИСТОЇ ГІГІЄНИ ПЕРСОНАЛУ.

Внутрішньолікарняна інфекція за визначенням ВООЗ — це будь яке клінічно розпізнане інфекційне захворювання мікробного походження, яке вражає хворого в результаті його госпіталізації в стаціонар, або звернення до лікарняного закладу за медичною допомогою, або будь-яке інфекційне захворювання персоналу лікарні, що розвинулося внаслідок його професійної діяльності, незалежно від часу появи симптомів захворювання.

Адміністрація установи зобов'язана забезпечувати своїх співробітників побутовими приміщеннями, засобами індивідуального захисту (масками, захисними щитками, окулярами, рукавичками), спецодягом (халатами,

шапочками, індивідуальними рушниками) і здійснювати централізоване прання спецодягу.

З метою профілактики зараження парентеральними вірусними гепатитами та ВІЛ-інфекцією стоматологічні роботи треба здійснювати у гумових рукавичках. Крім того, після завершення робочого дня, протягом якого мав місце контакт рук із хлорвмістними препаратами, шкіру рук необхідно обробити ватним тампоном, змоченим 1%-вим розчином гіпосульфиту натрію для нейтралізації залишків хлору.

Усі працівники мають бути щеплені проти дифтерії у пунктах щеплення за місцем проживання. Медичний персонал, який належить до групи ризику (проведення парентеральних маніпуляцій і контакту з пошкодженою шкірою та слизовими оболонками), також має бути щеплений проти гепатиту В. Відомості про імунізацію вносять до особистої медичної книжки.

Попередні та періодичні профілактичні медичні огляди. Відповідно до статті 21 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6 квітня 2000 р. № 1645-III та статті 31 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII для попередження виникнення і розповсюдження інфекційних і професійних захворювань, медичний персонал зобов'язаний проходити попередні (під час вступу на роботу) і періодичні профілактичні медичні огляди за рахунок роботодавців у порядку, встановленому законодавством.

Перелік необхідних обстежень лікарів-спеціалістів, видів клінічних, лабораторних та інших досліджень, необхідних для проведення обов'язкових медичних оглядів, а також періодичність їх здійснення визначено наказами Міністерства охорони здоров'я України «Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб» від 23 липня 2002 р. № 280 та «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій» від 21 травня 2007 р. № 246. Дані про проходження медичних оглядів

підлягають внесенню до особистих медичних книжок працівників закладу охорони здоров'я.

Власники та керівники закладів охорони здоров'я несуть відповідальність за своєчасність проходження працівниками обов'язкових медичних оглядів, а також за шкідливі наслідки для здоров'я населення, спричинені допуском до роботи осіб, які не пройшли обов'язковий медичний огляд. Працівники, які від нього відмовляються, до роботи не допускаються.

УНІВЕРСАЛЬНІ ЗАХОДИ ІНФЕКЦІЙНОЇ БЕЗПЕКИ

Під час роботи медичному персоналу слід уникати контактів шкіри і слизових оболонок із слиною, кров'ю та іншими біологічними рідинами пацієнтів, задля чого слід працювати в гумових рукавичках, спецодязі, змінному взутті, масках і захисних окулярах. Усі пошкодження шкіри на руках медичного персоналу повинні бути закриті лейкопластирем або напальчиками.

Для захисту рук потрібно надягати гумові рукавички, при цьому знімати прикраси та наручні годинники. Під час лікування пацієнта необхідно уникати контактів, які сприяють забрудненню об'єктів і розповсюдженню інфекції (наприклад, не можна вести записи, торкатися телефонної слухавки тощо).

Так, при забрудненні шкіри рук слиною або кров'ю їх ретельно миють проточною водою з милом, після чого дезинфікують руки етиловим спиртом (70%), а при пошкодженні шкіри (випадковий укол голкою, поріз тощо), не зупиняючи кровотечі, з пошкодженої поверхні видавлюють кров. Шкіру обробляють етиловим спиртом (70%), потім йодом і накладають пов'язку.

При попаданні крові пацієнта на обличчя, його ретельно миють із милом, очі промивають водою або розчином марганцевокислого калію (0,05%), а при попаданні на спецодяг, забруднене місце негайно обробляють одним із дезинфікуючих розчинів, передбачених наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» від 25 травня 2000 р. № 120.

Шкіру тіла під забрудненим одягом протирають етиловим 70% спиртом.

Після лікування запального процесу, пародонтозу, розкриття абсцесів і оброблення їх порожнин, інфікованих корневих каналів, лікування пацієнта, в анамнезі якого перенесений гепатит В, або статусність носія HBS-антигена, обов'язковим є гігієнічне оброблення рук. Руки дезінфікують одразу після зняття рукавичок. Миють руки в теплій воді з милом при двократному намилюванні, витирають індивідуальним рушником.

ПРАВИЛА ПРИБИРАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ КАБІНЕТІВ.

Прибирання стоматологічних кабінетів необхідно проводити не рідше ніж двічі на день із застосуванням миючих та дезінфікуючих засобів. Під час прибирання методом протирання дезінфікуючим розчином, знезаражують устаткування, крани, раковини, дверні ручки та підлогу. Після вологого прибирання вмикають бактерицидні лампи. Режим дезінфекції визначають відповідно до інструкції із застосуванням бактерицидних ламп для знезараження повітря і поверхонь у приміщеннях.

Службові приміщення для медичного персоналу прибирають щодня, а коридори і санвузли — двічі на день з використанням дезінфікуючих засобів.

Один раз на місяць у терапевтичних і ортопедичних кабінетах проводять генеральне прибирання з миттям стін, вікон, підвіконь, меблів та устаткування. Хірургічні кабінети у зазначений спосіб прибирають щотижня. Для цього рекомендоване застосування дезінфікуючого засобу з мийними властивостями в тих же концентраціях, що й при поточній дезінфекції. Дезінфікуючий розчин наносять на стіни, вікна, підвіконня, двері, столи, підлогу і вмикають бактерицидну лампу. Потім усі поверхні відмивають стерильною тканиною, змоченою водопровідною водою, і знов вмикають бактерицидну лампу.

Інвентар для прибирання, що використовується для миття та дезінфекції меблів, устаткування, підлоги, стін, має бути відокремленим і відповідно промаркованим. Після використання м'який інвентар для прибирання знезаражують у дезінфекційному розчині, прополіскують і сушать.

Крім того, інвентар для прибирання у стоматологічному закладі повинен бути роздільним для терапевтичних, хірургічних, ортопедичних кабінетів і мати чітке маркування.

Перед початком роботи і після її завершення, усі поверхні в кабінеті, у т. ч. маніпуляційний стіл, стіл для зберігання стерильних інструментів, стоматологічне крісло, медичні шафи, раковини для миття рук та інструментів, крани тощо дезінфікують. Під час роботи та після кожного пацієнта обробляють підголівник і сидіння крісла розчином дезінфікуючого засобу, дозволеного до застосування у присутності пацієнта.

Стерильні інструменти, простерилізовані у відкритому вигляді, зберігають на стерильному столі, який накривають на 6 годин. Для тривалого зберігання стерильних медичних інструментів (протягом семи діб) використовують відповідне обладнання. Стерилізацію стоматологічних інструментів здійснюють безпосередньо перед накриттям стерильного столу у тих випадках, коли інструменти стерилізують без упакування. Інструменти, стоматологічні набори, тощо, простерилізовані в індивідуальній упаковці, можна зберігати в спеціально виділеній шафі. Скляні ємності для зберігання вати на маніпуляційному столі стерилізують щодня.

Для подовження терміну використання стерильних ватяних тампонів їх складають до крафт-пакетів (по 20 — 25 штук). У цьому випадку, при розкритті бікса, з нього виймають необхідну кількість пакетів, а решту використовують на другу та третю добу.

Перед початком лікування пацієнта, ватяні тампони дістають із ємностей (пакету) пінцетом, що входить до стоматологічного набору. Під час лікування з цією метою використовують додатковий стерильний пінцет.

Для кожного пацієнта застосовують індивідуальний стоматологічний набір, до складу якого входять: зонд, пінцет, зуболікарське дзеркало, гладилка, штопфер, а також бори та необхідні ендодонтичні інструменти. Все це має бути стерильними. Після стерилізації їх зберігають у стерильному лотку під стерильною серветкою.

При лікуванні пацієнтів із пульпітом і періодонтитом, для використаних пульпекстракторів відводять окремі ємності з дезінфекційним розчином. Повторно використовувати пульпекстрактор, у т. ч. для одного пацієнта, неприпустимо. Одразу після закінчення процедур усі інструменти, матеріали й інші вироби медичного призначення підлягають знезараженню.

Бори та ендодонтичні інструменти (дрільбори, кореневі голки, каналонаповнювачі тощо) рекомендовано знезаражувати за допомогою дезінфекційних засобів, які дозволяють об'єднати дезінфекцію і предстерилізаційне очищення в один процес. Дезінфекцію проводять у закритих ємностях при повному зануренні інструментів у розчин дезінфекційного засобу. Після цього стоматологічні інструменти багаторазового застосування піддають предстерилізаційному очищенню та стерилізації.

Корпускулярні шприци після кожного пацієнта дезінфікують дворазовим протиранням стерильним тампоном, змоченим етиловим 70% спиртом, у кінці зміни піддають дезінфекції, предстерилізаційному очищенню та стерилізації.

Наконечники до бормашин дезінфікують шляхом дворазового протирання (до і після маніпуляцій) зовнішніх поверхонь і каналу для бору стерильним марлевим тампоном, змоченим етиловим 70% спиртом.

Наконечники для діатермокоагуляції, скелери для зняття зубних відкладень, наконечники для ополіскування після кожного використання піддають дезінфекції, очищенню та стерилізації. Двічі на день після першої зміни та наприкінці робочого дня дезінфікують відсмоктувач установки.

Хірургічний кабінет має бути забезпечений достатньою кількістю інструментарію (дзеркала, елеватори, щипці, гладилки й інші інструменти) для безперебійної роботи протягом однієї зміни при одноразовій стерилізації. Для цього слід суворо стежити за терміном використання стерильного матеріалу й інструментів.

У тих випадках, коли стоматологічні інструменти стерилізують у повітряних стерилізаторах без упаковки, стерилізацію необхідно здійснювати безпосередньо

перед накриттям стерильного столу, який накривають на 6 годин. Усі маніпуляції з його підготовки потрібно проводити у стерильних рукавичках, халаті та масці.

Предмети зі стерильного столу медична сестра зобов'язана брати корнцангом або довгим пінцетом, який разом із ємністю для його зберігання щодня піддають стерилізації. Під час роботи пінцет для стерильних виробів зберігають у дезінфекційному розчині. Невикористані протягом зміни матеріали й інструменти зі стерильного столу направляють на повторну стерилізацію. Зберігати на стерильному столі шприци із набраними ліками заборонено.

Хірургічний кабінет забезпечують засобами для оброблення рук. Усі маніпуляції проводять тільки в стерильних рукавичках, які змінюють після кожного пацієнта. Для дезінфекції повітря та поверхонь у хірургічних кабінетах використовують бактерицидні лампи. Їх слід зберігати у чистоті, оскільки навіть тонкий шар пилу істотно затримує потік випромінювача. Один раз на тиждень ультрафіолетові опромінювані протирають сухою марлевою серветкою.

Бактерицидні лампи вмикають перед початком роботи та після закінчення зміни за відсутності людей. Після їх вимикання до приміщення заходять через 30 хвилин, що пов'язано із утворенням озону в повітряному середовищі, який може суттєво зашкодити здоров'ю людини.

Вологе прибирання приміщень і дезінфекцію поверхонь проводять так само, як і в кабінеті терапевтичної стоматології.

САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНІ НОРМИ ДЛЯ ОРТОПЕДИЧНОГО КАБІНЕТУ.

У роботі ортопедичного кабінету, окрім індивідуального стоматологічного набору та спеціальних борів для різних видів робіт, використовують стоматологічні диски (алмазні та кам'яні), фрези, дискотримачі, коронкорізи, коронкознімачі, ложки для зняття зліпків (металеві або пластикові), шпатель ортопедичні, чашки гумові, ножі-шпатель та інші інструменти. Кабінет має бути забезпечено достатньою кількістю коронкознімачів (не менше двох на кожне лікарське крісло) і гачків до них.

Усі інструменти, що використовуються для лікування пацієнта, мають бути стерильними. Їх зберігають так само, як і в терапевтичному кабінеті. Інструменти, використані для роботи з пацієнтом, підлягають дезінфекції. Кам'яні диски, як правило, використовують одноразово і після дезінфекції утилізують. Решту стоматологічних інструментів — гумові чашки, шпатель, ортопедичні ножі-шпатель, тощо — знезаражують у дезінфекційному розчині.

Після дезінфекції всі інструменти, за винятком шпатель ортопедичних, ортопедичних ножів-шпатель, піддають передстерилізаційному очищенню та стерилізації.

Ложки для зняття зліпків очищують від залишків зліпочної маси і занурюють у дезінфекційний розчин. Дезінфекцію та передстерилізаційне очищення рекомендовано проводити в ультразвукових ваннах із використанням одного із засобів, а стерилізацію — паровим або повітряним методом. Зберігають ложки для зняття зліпків в упаковці, в якій здійснювалася стерилізація. Повторне використання пластикових ложок, що не підлягають стерилізації, заборонено.

Наконечники до бормашин обробляють так само, як і в терапевтичному кабінеті.

Дезінфекції підлягають і зубопротезні вироби. Її проводять перед направленням до зуботехнічної лабораторії та перед встановленням до ротової порожнини.

Зліпки, зубопротезні заготовки заздалегідь миють водою із дотриманням протиепідемічних заходів індивідуального захисту, потім дезінфікують. Ємності закривають кришкою. Після закінчення дезінфекції, зліпки та зубопротезні заготовки промивають проточною водою протягом 30 секунд. При зміні зовнішнього вигляду розчину його слід замінити.

Знезаражені зубопротезні вироби вкладають до індивідуальної упаковки для зберігання. Перед встановленням до ротової порожнини протез ополіскують водопровідною водою. Знезараження носених протезів, отриманих від пацієнтів на корекцію (відновлення), здійснюється в окремій ємності.

САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНІ НОРМИ ДЛЯ ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНОГО КАБІНЕТУ.

Під час маніпуляцій, що здійснюються у фізіотерапевтичному кабінеті лікарем-стоматологом, також використовують індивідуальний стоматологічний набір. Усі інструменти, що входять до нього, обробляють у тому ж режимі, що й у терапевтичному кабінеті.

Так, ясеневі електроди, що знімаються, піддають дезінфекції шляхом кип'ятіння у спеціально відведених ємностях із кришкою. Кип'ятіння здійснюють у дистильованій воді протягом 30 хвилин з моменту закипання. Тубуси до апарату КУФ, призначеного для ультрафіолетового опромінювання, також знезаражують кип'ятінням протягом 30 хвилин.

Світловоди для встановлення лазерного опромінювання, скляні електроди до апарату дарсонвалізації після кожного пацієнта протирають тампоном, змоченим етиловим спиртом, і занурюють у етиловий 70% спирт на 30 хв. Замінюють спирт через три доби.

Кореневі голки, що використовувалися для електрокоагуляції, піддають передстерилізаційному очищенню та стерилізації та використовують одноразово.

РОЗДІЛ V

МЕДИЧНА ОБЛІКОВО-ЗВІТНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Медична документація (лат. documentum – свідчення) система обліково-звітних документів встановленої форми, призначених для реєстрації та аналізу даних, що характеризують стан здоров'я окремих осіб та різних груп населення, обсяг, зміст та якість надаваної медичної допомоги, а також діяльність лікувально-профілактичного закладу. Медична документація використовується для управління, планування організації медичної допомоги населенню. На підставі даних медичної документації формується статистична звітність, що є базисом для медико-статистичної інформації. Система медичної документації будується на принципах єдності програми звітно-статистичних показників, методики та отримання, дотримання строків підготовки звітності та надання її до вищих інстанцій. Форми первинної медичної документації закладів (підприємств) охорони здоров'я затверджені наказами Міністерства охорони здоров'я України: №302 від 27.12.1999р. «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовуються в поліклініках (амбулаторіях)»; №369 від 29.12.2000р. «Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовуються в стаціонарах і поліклініках (амбулаторіях)» (з наступними змінами та доповненнями наказ МОЗ України №181 від 15.05.2001г.). Ці накази дозволяють впорядкувати ведення та використання єдиної системи стандартів бланків, забезпечення повноти та достовірності інформації, що відображає діяльність медичних організацій різних форм власності. Ведення та використання будь-яких інших форм первинної медичної документації (часто практикується комерційними клініками та військовими частинами), які не затверджені МОЗ України, не допускається.

У стоматологічних кабінетах ведення обліково-звітної документації здійснюють особисто лікарі.

До первинної облікової документації належать:

№	№ форми	Назва форми	Термін зберігання
1	025-6/0	Талон амбулаторного пацієнта	
2	037-/0	Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету.	1 рік
3	037-1/0	Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога-ортопеда (зубного лікаря) стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету.	1 рік
4	037-2/0	Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога-ортодонта.	1 рік
5	039-2/0	Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога	1 рік
6	039-3/0	Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога - ортодонта	1 рік
7	039-4/0	Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога - ортопеда.	1 рік
8	039-5/0	Щоденник обліку роботи рентгенодіагностичного відділення (кабінету)	1 рік
9	043/0	Медична карта стоматологічного хворого	5 років
10	049/0	Журнал обліку профілактичних оглядів порожнини рота	1 рік
11	069/0	Журнал запису амбулаторних операцій	5 років
12	028/0	Консультативний висновок спеціаліста	1 рік
13	074/0	Журнал реєстрації амбулаторних хворих	10 років
14	290	Журнал обліку отримання та витрат дезінфекційних засобів	3 роки

Журнал профілактичної роботи лікаря-стоматолога форма 049/0.

Первинне звернення за стоматологічною допомогою військовослужбовця необхідно підкреслити червоним олівцем або відмітити в інший спосіб. У цьому журналі доцільно вести поіменний облік осіб, які своєчасно не з'явилися для огляду. Це допоможе у найближчий час викликати їх та оглянути ротову

порожнину. Крім того, у журналі зазначаються дата завершення санації ротової порожнини та кількість відвідань, які було витрачено для завершення санації. Аналіз цих даних дозволить зробити висновок про результати проведення планової санації ротової порожнини та вжити заходів щодо усунення недоліків та покращення організації стоматологічної допомоги.

Книга обліку роботи стоматологічного кабінету (форма 19, яка прийнята у МО України) ведеться для встановлення обсягу лікарської роботи, яка виконується при кожному відвідуванні хворим стоматологічного кабінету військової частини. Реєстрацію хворих та облік праці лікарів з хірургічної та терапевтичної стоматологічної допомоги доцільно вести у окремих книгах. Підрахунок та аналіз кількісно-якісних показників роботи лікарів необхідно здійснювати щомісячно. Це дозволить своєчасно вживати заходів щодо усунення недоліків у роботі та полегшить підготовку щорічного звіту. У книзі обліку роботи стоматологічного кабінету при кожному відвідуванні хворого треба відмічати не всю патологію, яку було встановлено, а лише те, що було зроблено під час даного відвідування.

Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету) форма 037/0. Щоденний облік у військовій частині є необхідний, передовсім для оперативного аналізу виконаної роботи та підготовки у майбутньому місячного, квартального та річного звіту. Підрахунок щоденно виконаних кількісно-якісних показників лікарської допомоги здійснюється на підставі записів у книзі обліку роботи стоматологічного кабінету.

Календарний план санації ротової порожнини особового складу є частиною річного (місячного) плану роботи медичної служби частини та складається відповідно до правил, зазначених у розділі «Планування роботи».

Інструкція з надання невідкладної допомоги складається лікарем-стоматологом спільно з начальником медичної служби військової частини у відповідності до Таблиці невідкладної допомоги при гострих захворюваннях та травмах. Інструкція має бути вивчена та засвоєна особовим складом стоматологічного кабінету. Бажано щоб інструкція знаходилась поруч із

обладнанням та устаткуванням для надання невідкладної медичної допомоги в окремій рамочці.

Облік військовослужбовців, які потребують диспансерного динамічного спостереження, здійснюється у відповідності до вимог наказу Міністра оборони України 2006р. № 645 та інших документів. Для більшої оперативності та кращого контролю за регулярністю медичних обстежень доцільно на всіх військовослужбовців, які потребують догляду, завести картки динамічного спостереження.

Диспансерного динамічного спостереження потребують особи, у яких встановлено пародонтоз, хронічні захворювання слинних залоз, папіломи, лейкоплакії, тріщини, дифузні та осередкові дискератози нижньої губи, слизової оболонки ротової порожнини, доброякісні пухлини та утворення щелепно-лицьової області (епулід, адамантинома, остеобластокластома, цементома, еозинофільна гранулема та ін.).

Книга обліку матеріальних засобів (наказ МО СРСР №260, 1979 р.) ведеться у відповідності до існуючих вимог. Форма 27 для інвентарного майна, форма 26 для витратного майна.

Облік заходів із санітарної освіти, що здійснюються лікарем-стоматологом, доцільно вести у спеціальному зошиті або окремим розділом в одному з журналів.

Графік роботи стоматологічного кабінету, який укладається лікарем-стоматологом спільно із начальником медичної служби та затверджений командиром військової частини, вивіщується на входні двері кабінету та медичного пункту. Усі книги мають бути пронумеровані, прошнуровані, скріплені печаткою для пакетів частини та зареєстровані у несекретному діловодстві.

Своєчасна та чітка реєстрація лікарем-стоматологом виконаної роботи є підставою для оцінювання кількісно-якісних показників стану стоматологічної допомоги у військовій частині.

РОЗРАХУНОК ВИКОНАНОГО ОБСЯГУ РОБОТИ ЛІКАРЯ

Обсяг роботи, який виконано лікарем-стоматологом, має обраховуватись у відповідності до коефіцієнта складності, який виражається у одиницях праці згідно з наказом МОЗ від 28.12.2002р. №507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» розділ 1.1.14., 1.1.15., 1.1.24., 1.1.28.. Облік виконаної роботи необхідно здійснювати з двох позицій – по відношенню до обсягу лікарської роботи, який передбачено штатними нормативами і по відношенню до нормативів, які мають бути виконані за фактично відпрацьований час. Штатний норматив обсягу лікарської роботи визначається множенням норми у одиницях праці за день (25 при п'ятиденному робочому тижні) на кількість календарних робочих днів за місяць (20-23 при п'ятиденному робочому тижні)

Відповідно, штатний об'єм лікарської роботи на місяць (25x22) дорівнює 550 одиницям праці. Це є тією нормою, яка має бути виконана із розрахунку на одну штатну посаду стоматолога. Поряд із цим, відомо, що лікар-стоматолог з тих чи інших причин (хвороба, відрядження та ін.) не завжди працює за спеціальністю усі календарні робочі дні. У таких випадках треба розраховувати норму об'єму лікарської роботи за фактично відпрацьований робочий час. Ця норма обраховується множенням норми одиниць праці за день (25) на кількість фактично відпрацьованих днів за місяць. Припустимо, що фактично відпрацьовано 16 днів. Тоді норма обсягу лікарської допомоги роботи лікаря за фактично відпрацьований лікарем час становитиме $25 \times 16 = 400$ одиниць праці при п'ятиденному робочому тижні.

Припустимо, що при реальному підрахунку обсягу лікарської допомоги за місяць при п'ятиденному робочому тижні з'ясувалось, що виконано 488 одиниць праці, тобто лікар за 16 відпрацьованих днів за спеціальністю завдячуючи власній майстерності виробляв щоденно не 25 одиниць праці, а 28 ($28 \times 16 = 488$). Тоді виявляється, що фактично виконаний обсяг лікарської роботи 488 одиниць праці по відношенню до обсягу лікарської роботи штатної посади лікаря (550 одиниць

праці) виконаний лише на 81,5 % , а по відношенню до норми обсягу лікарської роботи за фактично відпрацьовані дні (400 одиниць праці) виконаний на 112 %.

У даному випадку, не зважаючи на те, що лікар працював із перевантаженням (112%), обсяг лікарської роботи за посадою не виконаний (81,5%) і необхідно, аби у майбутньому невиконаний обсяг лікарської роботи за штатними нормативами посади було виконано за той місяць, коли він виявився невиконаним. У практиці охорони здоров'я обсяг медичної допомоги визначається за кількістю УОП, які має виконати лікар-стоматолог протягом року.

При цьому враховується необхідність використання кожним лікарем 4 – годинного робочого часу щомісяця для проведення санітарно-просвітницької роботи, втрати робочого часу через тимчасову непрацездатність через хворобу лікарів-стоматологів та для відвідування лікарських та науково-практичних конференцій. Крім того, у кожному лікувально-профілактичному закладі є план професійного удосконалення лікарів (1 раз на 5 років). Сума усіх цих витрат робочого часу з урахуванням 31 робочого дня, який використовується на відпустку, має вираховуватись із загальної кількості робочих днів. У такому випадку формула розрахунку планового річного обсягу діяльності лікаря-стоматолога має такий зміст:

$$B = 25 \times (365 - v - n - z - c - z - k - y),$$

де:

B – річний запланований обсяг роботи лікаря-стоматолога;

25 - норма навантаження лікаря-стоматолога на день, що затверджена наказом МОЗ України;

365 - (366) – кількість днів на рік;

v - число вихідних днів на рік (з урахуванням п'ятиденного робочого тижня);

n – число святкових днів на рік;

z – число днів основної (24) та додаткової (7) відпусток;

c – число днів для проведення санітарно-просвітницької роботи (4 години на місяць x 10,5 міс.= 42 год., або 7 робочих днів);

з – число робочих днів, які було втрачено у зв'язку із хворобою лікаря (середня кількість таких днів, виходячи з практики становить від 10 до 12);

к – число робочих днів, які витрачено на проведення конференцій (2 години на місяць x 10,5 міс. = 21 година, або 3,5 робочих дня);

у – число робочих днів, витрачених на курси удосконалення (не менше 144 годин, або 24 робочих дні 1 раз на п'ять років).

У результаті вказаних розрахунків, кількість днів на рік, коли лікар безпосередньо виконує власну лікарську функцію, складає орієнтовно 175, при цьому максимально можливою є кількість 4525 УОП.

Особливості ведення медичної документації.

Аналіз інформації та даних первинної медичної документації здійснюється з метою :

- 1) оцінки усіх компонентів якості надання стоматологічної допомоги пацієнтам;
- 2) оцінки спадковості лікувально-діагностичного процесу;
- 3) визначення ефективності різних методів лікування та діагностики, нових медичних технологій та нових форм організації праці персоналу;
- 4) удосконалення організації роботи лікарів, поточного та перспективного планування.

Особливе значення система медичної документації набуває в умовах запровадження медичного страхування, появою платних послуг, розвиток приватного сектору у системі стоматологічної допомоги. Варто також зазначити, що сучасні тенденції правового регулювання охорони здоров'я (зокрема, Закон України Про Захист прав споживачів, Цивільний кодекс, Основи законодавства України про охорону здоров'я) обумовили якісно новий рівень відповідальності медичних організацій та лікарів перед пацієнтами. У зв'язку з чим вважаємо за необхідне акцентувати увагу на правильність оформлення форми № 043 при наданні стоматологічної допомоги.

Заповнення та ведення медичної карти стоматологічного хворого ґрунтується на принципах та має слугувати цілям :

- документування проведених досліджень та їх результатів;
- підтвердження обґрунтованості та повноцінності діагностики;
- документування лікувально-профілактичного процесу – підтвердження обґрунтованості та повноцінності лікування та необхідних профілактичних заходів, їх відповідності встановленому діагнозу;
- документування інформованості пацієнта – підтвердження проведення необхідних роз'яснень, обговорення плану діагностики та лікування та можливостей їхнього розвитку.

Медична картка стоматологічного хворого заповнюється при первинному зверненні хворого до клініки. Паспортні данні вносяться медичною сестрою або реєстратором, на титульній сторінці карти вказується прізвище, ім'я, по-батькові пацієнта, його домашня адреса. Усі наступні розділи медичної карти заповнюються лікарем-стоматологом на підставі усього комплексу даних, що отримуються під час :

- анамнезу торбі;
- огляду, пальпації, перкусії, зондування;
- електродіагностики;
- одонтопарадонтोगрами;
- рентгенологічних досліджень;
- інших методів дослідження, з допомогою яких здійснюється формування діагнозу у відповідності до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям, 10 перегляду.

Діагноз варто формулювати так, щоб охарактеризувати причину хвороби (етиологію) та патогенез, надати уявлення про патологоанатомічну основу хвороби, її локалізації, вказати на ступінь та характер функціональних розладів, уточнити особливості перебігу та форму захворювання. У рядку «діагноз» на титульній сторінці карти лікарем-стоматологом вказується діагноз після завершення огляду хворого. Обов'язковими даними медичної карти є номери

контактних телефонів - домашнього, робочого чи мобільного, які дозволяють підтримувати зв'язок з пацієнтом.

Титульна сторінка медичної карти не може містити спеціальної інформації, як то діагноз стоматологічного захворювання чи супровідних захворювань (наприклад, цукровий діабет, ішемічна хвороба серця тощо). З точки зору медичної етики, ці дані про пацієнта є конфіденційними і не повинні потрапляти на очі стороннім людям, непричетним до його лікування.

Інформація стосовно супровідних та перенесених хвороб є дуже важливою і повинна братись до уваги лікарем. Для цього перед лікуванням пацієнт власноручно заповнює медичну анкету (якщо потрібно, за допомогою медичного працівника). Така інформація поновлюється щороку.

Графи "первинні скарги", "зовнішньоротовий огляд" "прикус" та "стан слизової оболонки" заповнюються за загальними правилами. Графа "гігієнічний статус" позначається лікарем стоматологом-гігієністом у відсотках.

Внутрішнє наповнення картки складається з обов'язкових та спеціальних документів.

До обов'язкових документів медичної карти, згідно даних професора Я.В.Заблоцького, належать:

- *Інформаційний листок*, де роз'яснено, що значить попередній план лікування, прогноз лікування, гарантійні зобов'язання клініки та порядок сплати.
- *угода на лікування* між клінікою та пацієнтом.
- *медична анкета*, яка заповнюється власноручно пацієнтом.
- *план стоматологічного лікування*, який складається після обстеження пацієнта за обов'язкової наявності ортопантомограми.
- *план стоматологічного лікування дитини*.

До спеціальних документів належать:

- *згода пацієнта на ендодонтичне лікування*
- *згода на ортопедичне лікування*
- *згода на лікування дитини*

- згода на лікування дитини під загальним знеболюванням
- спеціальна згода пацієнта на проведення операції імплантації.

Окрім обов'язкових та спеціальних документів, в щоденнику за потребою робляться спеціальні помітки, які скріплюються підписом пацієнта. *Наприклад*, при відхиленні пацієнтом запропонованого плану лікування, звичайно хоча б за мінімальних показів, в медичній карті робиться спеціальний запис: "Рекомендоване виготовлення коронково-кореневої вкладки та металокерамічної коронки. За бажанням пацієнта проведено пломбування зубу фотополімерним матеріалом. Пацієнт попереджений про ризик можливих ускладнень, зокрема про злам коронки зубу."

Стоматологічний статус пацієнта прийнято фіксувати у зубній формулі. З допомогою умовних позначок у зубній формулі можна оцінити стан зубів, ясен, а також сформулювати думку про рівень надання стоматологічної допомоги. Одним з найбільш уживаних у стоматології вважається індекс «КПВ», динаміка індексу «КПВ» є об'єктивним показником активності каріозного процесу у дорослого населення. Під зубною формулою лікарем-стоматологом вписуються додаткові дані відносно зубів, кісткових тканин альвеолярних відростків (зміна їх форми, положення і т.п.), прикусу. У медичній карті мають бути задокументовані дані обстеження: рентгенівські знімки, результати аналізів. Консультації інших спеціалістів, стоматологічний статус, план лікування.

Записи повторних звернень пацієнта з даним захворюванням, а також у випадку звернень з новими захворюваннями робляться у «щоденнику карти».

Вимоги про включення підпису пацієнта до форм медичної звітності:

1. При заповненні історії хвороби, медичної карти та інших форм медичної звітності до яких вносяться записи про стан здоров'я пацієнта, лікар зобов'язаний ознайомити пацієнта із цими записами і запропонувати йому поставити власний підпис під записом лікаря у такій формі : «Із записом ознайомлений.» Підпис.
Дата

2. У випадках, коли лікар пропонує метод медичного втручання або діагностики, підпис пацієнта із вказівкою дати ставиться під словами: «З методом медичного втручання / методом діагностики погоджуюсь».

3. У випадках, коли лікар встановив діагноз, він зобов'язаний перед тим, як ознайомити пацієнта з діагнозом, з'ясувати у нього, чи хоче він його знати. У випадку відмови від ознайомлення з діагнозом, з пацієнта береться розписка у формі «Від ознайомлення з діагнозом відмовився. Дата. Підпис». У решті випадків підпис пацієнта із вказівкою дати ставиться під словами «З діагнозом ознайомлений».

4. У всіх випадках, коли пацієнт перебуває у адекватному стані свідомості, лікар має спитати його згоди на те чи інше втручання. Згода пацієнта може бути надана у письмовій або усній формі. Письмова згода необхідна лише тоді, коли медичне втручання супроводжується найменшим ризиком для здоров'я пацієнта, тобто існує вірогідність завдати шкоду .

4.1. Письмова згода не може бути замінена розпискою такого (та подібного) змісту: «З будь-якими наслідками медичного втручання погоджуюсь». Така розписка не має правових наслідків, оскільки пацієнт, що не володіє спеціальними медичними знаннями, має право оскаржити результати втручання, якщо його не попередили про конкретні наслідки. Практика стягнення з пацієнтів таких розписок вводить в оману пацієнтів та медичний персонал відносно правових наслідків.

4.2. Письмова згода пацієнта має бути надана у відповідь на найбільш повне роз'яснення про попереднє втручання у зрозумілій для пацієнта формі. Оптимальним роз'ясненням є протокол ризику медичного втручання.

4.3. Ризик медичного втручання – вірогідність надання шкоди здоров'ю пацієнта або вірогідність недосягнення тих результатів втручання, заради яких здійснюється втручання.

4.4. Ризики медичного втручання є підставою для розмежування відповідальності між медичною організацією та пацієнтом у випадку виникнення спорів з приводу завдання шкоди здоров'ю пацієнта, яке ушкоджене під час або

після втручання, не пов'язаного з ним. Частина ризиків може взяти на себе пацієнт, а частину – медична організація. Ризики, не роз'яснені пацієнту і не відображені у протоколі, покладаються на медичну організацію і лікаря, що здійснює лікування, тобто у випадку ушкодження здоров'я пацієнта лікар та медична організація зобов'язані довести, що шкоди завдано за обставин, які не залежать від них. У випадку, якщо шкода була прогнозованою, лікар (медична організація) зобов'язані також довести те, що пацієнт був поінформований про ризик, однак наполягав на втручанні і погоджувався із ризиком.

4.5. Протокол ризику медичного втручання – опис, що включає: найменування втручання; визначення сенсу втручання (при якому захворюванні, для вирішення яких проблем здійснюється); визначення форми втручання (якими методами, інструментами, медикаментами); болісність та тривалість втручання; вимоги щодо поведінки пацієнта перед, під час та після втручання, якщо це необхідно; можливі прямі та опосередковані наслідки, включно із тими, які не залежать від якості проведення процедури, якщо наявні відомості про такі; очікувані результати прогноз, статистика результатів та наслідків); строки появи очікуваних результатів та наслідків.

4.6. Підпис пацієнта під протоколом ризику медичного втручання оформлюється у такий спосіб: *«З протоколом ризику медичного втручання (вказати найменування втручання) ознайомлений. На здійснення втручання з урахуванням ризиків, прогнозів та зазначених можливих додаткових наслідків погоджуюсь. Дата. Підпис».*

4.7. Пацієнт може погодитись із частиною ризиків – тоді у протоколі зазначається, з якими саме ризиками він погоджується. Частина ризиків, що залишилася, підлягають обговоренню з точки зору додаткової діагностики, вибору форм та методів втручання, аби мінімізувати або зовсім виключити ризики.

4.8. Пацієнт може не погодитись із протоколом і зробити відповідний запис на ньому: *«З протоколом не погоджуюсь, на проведення втручання (вказати найменування втручання) наполягаю. Дата. Підпис».* Відмова пацієнта підписати

протокол ризику медичного втручання за умови, якщо він наполягає на його проведенні, фіксується за участі посадової особи медичної організації як факт ознайомлення пацієнта з протоколом у формі «Пацієнт (прізвище, ім'я, по батькові) з протоколом ознайомлений. Підписати протокол відмовився. На втручання наполягає. Дата. Підписи лікаря та посадової особи». Відмова пацієнта підписати відповідний протокол не є підставою відмовити йому у наданні медичної послуги за умови ознайомлення пацієнта із протоколом.

5. Відмова пацієнта від підпису у будь-якій формі медичної звітності фіксується у цій формі звітності лікарем, що готує звітність, та підписується ним спільно із посадовою особою медичної організації. Адміністрація медичної організації, якщо не вдалося врегулювати проблему з пацієнтом спільно, має право (за наявності письмової згоди пацієнта) звернутися до незалежних експертів з метою розв'язання конфлікту та його попередження.

У медичній установі на хворого оформлюється лише одна медична карта, до якої вносяться записи усіма лікарями-стоматологами, до яких хворий звертався. За умови звернення до іншого лікаря, наприклад, до лікаря-стоматолога-ортопеда або ортодонта, може виникнути необхідність внесення змін до діагнозу, доповнень до зубної формули, до описів стоматологічного статусу, загальносоматичних даних, а також запис усіх етапів лікування з власним самостійним наслідком та настановами. З цією метою треба взяти вкладиш із вписаним таким самим номером карти та прикріпити до заведеної раніше. При повторних зверненнях до спеціалістів будь-якого профілю через рік-два, треба знову взяти вкладиш (перший лист медичної карти), відбивши в ньому увесь статус. Порівняння цих даних з попередніми дозволить зробити заключення про динаміку або стабілізацію патологічних станів.

Медична карта стоматологічного хворого як юридичний документ зберігається у реєстратурі протягом п'яти років після останнього відвідування хворого, після чого передається до архіву.

Серед типових помилок, яких припускаються при веденні амбулаторних карт та які стали причиною виникнення конфліктних ситуацій, можна виділити такі :

- недбале заповнення паспортної частини, внаслідок чого потім пацієнта важко відшукати, аби запросити на повторний огляд для вивчення віддалених результатів;

- неприпустиме скорочення, використання не прийнятих скорочень у записах, що може стати причиною різноманітних помилок, аж до надання неадекватної допомоги;

- несвоєчасний запис про виконання медичних втручань (деякі лікарі роблять запис про лікувальні заходи не того дня, коли вони проведені, а під час наступних відвідувань), що може спричинити появу додаткових помилок, особливо коли пацієнта приймає інший лікар, якому, використовуючи записи лише з амбулаторної карти, важко зрозуміти обсяг та характер допомоги на попередніх етапах лікування. З цієї причини іноді проводяться зайві (а навіть помилкові) маніпуляції;

- не внесення до амбулаторної карти результатів огляду пацієнта (аналізи, дані рентгенологічного обстеження та ін.), через що доводиться повторно вдаватися до зайвих (а до того ж не завжди приємних) маніпуляцій;

- не заповнюється зубна формула, яка є основним джерелом інформації про стоматологічний статус пацієнта;

- не відображаються відомості про попередні втручання відносно хворого зуба;

- не обґрунтовуються методи лікування, що застосовуються;

- не фіксується момент завершення лікування;

- не відображаються відомості про ускладнення, що виникають при застосуванні тих чи інших методів лікування;

- не допускаються виправлення, викреслення, стирання, приписки, що, як правило, робиться у тому випадку, коли у пацієнта виникають ускладнення або він вдається до конфлікту з лікарем.

Серед найбільш поширених порушень, які є приводом для звернень до суду – порушення алгоритму у лікуванні, що виражається у недоотриманні інформації про лікувальні -діагностичні заходи, які виконувались на попередніх етапах діагностики та лікування, внаслідок чого погіршується стан здоров'я пацієнта, це

призводить до помилкового лікарсько-експертного рішення та, як наслідок, завдання пацієнту моральної шкоди.

Суд має право встановити, що відомості про обставини, які містяться у медичній карті та на які посилається пацієнт, фактично визнані стоматологічною організацією. Варто зазначити, що при розгляді справи у суді, усі неоднозначні записи у медичній карті трактуються на користь пацієнта. Під час формування нового правового простору в охороні здоров'я України з'явився ще один елемент, який необхідно враховувати при наданні стоматологічної допомоги – інформована добровільна згода. У ст. 39,43 Основ законодавства України про охорону здоров'я закріплено, що при зверненні за медичною допомогою та її отриманні пацієнт має право на інформовану добровільну згоду на медичне втручання. Доктрина інформованої згоди полягає у тому, що перед тим, як лікар попросить пацієнта про згоду на проведення курсу лікування або окремої процедури, які пов'язані із ризиком та мають альтернативні варіанти, особливо там, де шанси досягти успіху є незначними, пацієнту необхідно надати таку інформацію :

- у чому полягає запропоноване лікування (процедура);
- охарактеризувати ризики та заходи, що рекомендуються, спеціально підкресливши ступінь небезпечності найбільш несприятливих результатів (загибелі або важкої інвалідності);
- вказати на альтернативні методи лікування (процедури), також охарактеризувавши ризики, безпеку несприятливих наслідків;
- що буде, якщо не починати, або відкласти лікування;
- охарактеризувати вірогідність успішного результату і у чому конкретно лікар вбачає цей успіх;
- роз'яснити вірогідні труднощі та тривалість періоду реабілітації пацієнта та повернення до нормального для нього обсягу діяльності;
- надати інші додаткові відомості у формі відповідей на питання та розповісти про аналогічні ситуації зі свого досвіду.

Природно, інформація має бути викладена у доступній для пацієнта формі, на зрозумілій для нього мові. Інформація про згоду пацієнта або відмову від медичного втручання має фіксуватися у амбулаторній картці стоматологічного хворого. Отримання поінформованого стану пацієнта є обов'язковим при усіх видах надання стоматологічної допомоги, що є вельми складним, оскільки вимагає значних витрат часу. Тим не менш необхідно підписувати інформовану згоду з кожним пацієнтом на такі види лікування: ендодонтичне, пародонтологічне, ортодонтичне, ортопедичне, хірургічне та імплантацію.

До сьогодні не розроблені уніфіковані форми інформованої згоди. Однак існує певний досвід їх використання у окремих стоматологічних організаціях. Лист інформованої згоди є своєрідною дозволом пацієнта, що надається лікарю для здійснення медичного втручання, без якого лікар теоретично не має права розпочати лікування.

Таким чином, ведення первинної медичної документації у суворій відповідності із вимогами законодавства України є обов'язковим та гарантує дотримання інтересів медичної установи у випадку виникнення спору з пацієнтом.

Стоматолог військової частини починає прийом військовослужбовців зі знайомства із даними медичної книжки, яка є основним медичним документом та закінчує прийом, вносячи до неї відомості про встановлену патологію, проведене лікування та профілактичних заходів, а також рекомендацій щодо диспансерного динамічного спостереження.

ВИМОГИ ДО ВИКОНАННЯ ОСНОВНИХ КІЛЬКІСНО-ЯКІСНИХ ПОКАЗНИКІВ ЛІКАРСЬКОЇ РОБОТИ.

Оцінка роботи лікаря-стоматолога військової частини в основному визначається результатами планової санації і виконанням нормативів об'єму лікарської роботи. При цьому насамперед враховуються кількість відвідувань військовослужбовцями стоматологічного кабінету для завершення санації порожнини рота, об'єм виконаної роботи за одне відвідування

військовослужбовцем кабінету, число осіб санацію яких здійснено стоматологом за місяць, співвідношення кількості вилікуваних і видалених зубів тощо.

Кількісно-якісні показники роботи лікаря стоматолога частини (шпиталю)
за підсумками планової санації.

Охоплено профілактичним оглядом по відношенню до загальної кількості особового складу частини, %	Проведено санацію ротової порожнини з числа тих, що її потребують %	Відмітка
Більше 90	Більше 80	Відмінно
80-90	70-80	Добре
75-80	65-70	Задовільно
Нижче 75	Нижче 65	Незадовільно

Додаток. Основна увага приділяється даним 1 рядка. Оскільки при охопленні профоглядами менше 75 % особового складу ставиться оцінка «Незадовільно», незалежно від відсотка санованих .

Кількість відвідувань хворим лікаря для завершення санації ротової порожнини - величина цього показника свідчить про ступінь відриву військовослужбовців від бойової підготовки для проведення планової санації ротової порожнини. Досвід роботи стоматологічних кабінетів демонструє можливості проведення санації ротової порожнини одного військовослужбовця в середньому менше ніж за два відвідування.

Досягти такого показника можливо завдяки максимальному виконання обсягу лікарської допомоги за одне відвідання, використанню сучасних знеболювальних засобів при лікуванні зубів та широкому застосуванню у повсякденній практиці односеансних та фізичних методів лікування пульпітів та періодонтитів. Односеансові методи лікування, забезпечуючи найкращі безпосередні та віддалені результати лікування, дозволяють знижувати кількість відвідувань військовослужбовцями стоматологічних кабінетів. Саме тому у відповідності до сучасних вимог односеансові методи мають застосовуватись не менше ніж у 25%, а фізичні методи лікування не менше ніж у 30% випадків.

Максимальне виконання обсягу лікарської допомоги за одне відвідування.

Оцінка виконання лікарської допомоги за кількістю відвідувань втратила своє значення. Більше того, оцінка виконання лікарської роботи у відповідності до коефіцієнта складності передбачає зменшення загальної кількості відвідувань за рахунок максимального збільшення обсягів лікарської роботи за одне відвідування.

У той же час тривалість перебування хворого у лікаря-стоматолога під час планової санації ротової порожнини не повинна перевищувати 40-50 хвилин. За цей час за нормативами лікар має виконати обсяг роботи, який дорівнює 4,5 одиницям праці, тобто завершити пломбування трьох-чотирьох каріозних порожнин, або завершити лікування одного зуба з пульпітом. При цьому кількість відвідувань стоматологічного кабінету за день скорочується до 9-11, зменшується й «середня кількість відвідувань на одну пломбу», яке також вважається одним з якісних показників роботи стоматолога, а кількість осіб, які повністю пройшли санацію за день, збільшується.

Це дозволяє в результаті максимально збільшити кількість санованих по відношенню до кількості осіб, які санації потребують, тобто покращується основний якісний показник роботи лікаря. При такій напруженій та ефективній праці лікареві вдається завершити санацію ротової порожнини в середньому за день у чотирьох - п'яти хворих і в стислий термін завершити проведення планової санації у частині.

Співвідношення кількості накладених пломб до кількості видалених - у відповідності до існуючих вимог, які викладено у керівних документах з організації стоматологічної допомоги, цей показник оцінюється позитивно при співвідношенні кількості вилікуваних зубів шляхом накладення пломб, видалених зубів (співвідношення 3:1 та більше). Видалення зуба з приводу пульпіту або однокореневого зуба з хронічним періодонтитом має бути лише винятковим та завжди чітко обґрунтованим. Зуби, уражені періодонтитом, з добре збереженою коронковою частиною та незначними змінами у періодонті, підлягають консервативному лікуванню. Цілком обґрунтованим є також збереження зубів, уражених хронічним періодонтитом, шляхом резекцій верхівок коренів. Цю

операцію можна проводити в умовах стоматологічного кабінету військової частини. Показаннями до операції є: погана прохідність корневих каналів, великі гранулеми або невеликі верхівчасті кісти.

Тривалість збереження пломб - у стоматологічному кабінеті військової частини має вестися облік збереження пломб та причин їх випадіння або дефектів, які потребують повторного пломбування. Необхідно систематично реєструвати дефекти власної роботи, аналізувати їх та шукати шляхи усунення. Доцільно враховувати строки збереження пломб, відмічати складнощі у діагностиці захворювань, нетипові безпосередні та віддалені результати лікування того чи іншого хворого та інші моменти лікарської діяльності. Гарантійні терміни зберігання пломби визначені у наказі МОЗ від 28.12.2002 р. №507 Додаток 1.1.24.

Нині стоматологічні матеріали, які використовуються для пломбування зубів, забезпечують збереження пломб при правильній технології їх приготування та накладення протягом двох років та більше. Передчасне випадіння пломби або її дефекти, як правило, є наслідком зневажливого ставлення до вимог, які висуваються до обробки та формування каріозної порожнини, порушення технології приготування пломбу вального матеріалу та правил накладення пломби.

Оцінка стану пломб - функціональну повноцінність пломб безпосередньо після накладення та в окремі строки оцінюють за різними клінічними тестами: крайове прилягання, стан контактного пункту, ступінь стирання, наявність вторинного (рецидивного) карієсу, стійкість кольору та ін. Для клінічного оцінювання стану пломб розроблені спеціальні категорії, які дозволяють зробити висновок про ефективність пломбування та якість пломбувальних матеріалів, що, у свою чергу, дозволяє здійснювати оцінку стану зубів з пломбою. Опираючись на ці критерії, запропоновано чимало клінічних систем для комплексної оцінки системи «зуб-пломба».

Варто розрізняти дві основні принципові групи досліджень для оцінки пломб :

- при постановці;
- у віддалені строки.

Оцінка при постановці здійснювалась за такими параметрами: простота маніпуляцій (робочі характеристики), отримання апроксимального контакту, простота обробки та полірування, добір та відповідність кольору, загальний вигляд. Кожен цей параметр оцінюється окремо за п'ятибальною шкалою.

Для *віддалених* спостережень треба зупинитися на основних. *Клінічне оцінювання у практичному аспекті* передбачає такі критерії: резистентність на виламування/відколювання, естетика (відповідність кольору), стійкість до мікропідтікання, зносостійкість, загальний вигляд та задоволеність пацієнта цією реставрацією. Усі категорії також оцінюються за п'ятибальною шкалою.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ДЕЯКИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОЇ ЧАСТИНИ

В сучасних умовах при лікуванні стоматологічних хворих необхідно дотримуватись наступних наказів МОЗ України :

Наказ МОЗ від 27.07.1998 р № 226.

Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей. Терапевтична та хірургічна стоматологія.

Наказ МОЗ від 28.12.2002 р № 502.

Про затвердження Тимчасових нормативів надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів. Дитяча ортодонтія, дитяча стоматологія, дитяча щелепно-лицева хірургія.

Наказ МОЗ від 28.12.2002 р. № 507

Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги та показників якості медичної допомоги.

Ортодонтія, терапевтична стоматологія, хірургічна стоматологія.

Наказ від 22 листопада 2000 р № 305.

Про затвердження Критеріїв медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I,II та III рівнях (амбулаторна допомога)

Наказ від 23.11.04 р. № 566 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонтія», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія».

Спільний наказ Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України від 28.04.04 р № 222/33. та від 11.09.03 р. № 423/59

З питань надання невідкладної стоматологічної допомоги треба керуватися загальноармійськими вказівками «Організація та надання невідкладної допомоги в Збройних Силах України на мирний час», загальна редакція Головного хірурга МО України д.мед.н., полковника м/с Луріна І.А. (вказівки обговорені та прийняті на III Зборах хірургів та анестезіологів ЗС України 8-9 жовтня 2008р. м. Вінниця).

При лікуванні хвороб твердих тканин зубу треба застосовувати провідникове та інфільтраційне знеболення. Слід обов'язково проводити діагностичні тести щодо алергодіагностики місцевого анестетика. Це питання регулює спільний наказ МОЗ України та Академії медичних наук України від 02.04.2002 N 127/18 «Про організаційні заходи по впровадженню сучасних технологій діагностики та лікування алергічних захворювань»

До осіб з нестійкою психікою застосовують комплексне знеболення, включно із анальгетиками та транквілізаторами.

Знеболення при лікуванні зубів дозволяє виконати максимальний обсяг робіт за одне відвідування хворим лікаря та сприяє завершенню запланованої санації ротової порожнини у більш стислі терміни. При випадковому розкриванні рогу

пульпи або при глибокому карієсі з початковими ознаками пульпіту, треба передовсім взяти усіх доступних заходів задля збереження пульпи. Життєздатна пульпа захищає періодонт від проникнення інфекції та наступного розвитку у ньому запального процесу. Початкові форми пульпіту зі збереженням життєздатної пульпи можна лікувати біологічним методом.

Після обережного розкривання каріозної порожнини та видалення з неї розм'якшеного дентину, формують порожнину для утримання пломби та вимивають її теплим 0,05% водним розчином хлоргексидину. Порожнину злегка підсушують та вкладають на її дно кальційвмістні препарати та вкривають тимчасовою пломбою зі штучного дентину. За відсутності скарг накладають постійну пломбу.

У випадку виникнення повторних скарг (до пломбування) покладання ліків до каріозної порожнини можна повторити. У даному випадку відмову від рішучих дій, що дозволяють запломбувати зуб під час одного візиту (девіталізація під провідниковою анестезією та пломбування каналів), варто визнати цілком обґрунтованою.

Ампутаційний метод лікування пульпітів зі збереженням кореневої пульпи в умовах військової частини не повинен застосовуватись, оскільки залишена коренева пульпа є джерелом рецидиву захворювання та подальшого розповсюдження процесу до верхівчастого пародонту.

Гострі пульпіти в умовах частини треба намагатися лікувати за один сеанс (не менше 25% випадків), тому відкривати пульпову камеру треба під провідниковим або інфільтраційним знеболенням. Часто після ін'єкції анестетика різка біль при торканні до пульпи зберігається, тому після 10-15 хвилин після першої ін'єкції анестезію треба повторити. Це є цілком закономірним і не є порушенням під час застосування анестезії.

Після видалення запаленої пульпи її культя може кровоточити, не зважаючи на застосування сухих ватяних турунд або турунд з перекисом водню. У таких випадках доцільно увести до кореневого каналу активний голчастий електрод

діатермокоагулятора та увімкнути струм 60 мА на 3-4 секунди, після чого кровотеча зазвичай зупиняється.

Лікування пульпіту у два сеанси з використанням задля девіталізації пульпи девіталізуючої пасти здійснюється за загальноприйнятою методикою. Відкривати пульпову камеру під час першого відвідування бажано із застосуванням доступних засобів та способів знеболення. Обробка каналів та їх пломбування здійснюється за загальними правилами. Лікування періодонтитів незалежно від причини їхнього виникнення краще за все здійснювати з застосуванням фізичних методів (діатермокоагуляція, іоногальванізація). За наявності гнійного ексудату це лікування може мати кілька етапів – аж до стихання гострого запалення. При хронічних формах періодонтиту лікування здійснюється, як правило, за один сеанс методом діатермокоагуляції.

Особливу увагу при лікуванні періодонтитів треба звернути на ретельність обробки каналів. З цією метою їх розширюють та роблять легкодоступними для механічної та медикаментозної обробки.

Передовсім вичищають каріозну порожнину від розм'якшеного дентину. Далі до кореневого каналу на одну третину від його глибини уводять активний електрод і протягом трьох секунд пропускають струм 60мА, коагулюючи вміст каналу. Просувають електрод до середньої третини каналу і тут коагулюють його вміст у тому ж режимі протягом двох секунд. Знову просувають голку, тепер вже до верхів частого отвору і тут обробляють струмом тієї ж сили протягом однієї секунди. У багато кореневих зубах кожен канал коагулюють окремо. Потім евакуюють пухликий розпад, канали вимивають та обробляють, як зазвичай, висушують та перед пломбуванням прогрівають током 35-40 мА протягом восьми секунд. Пломбують за загальноприйнятою методикою.

Протягом 2-3 днів після пломбування можлива поява болі під час накушування на зуб, гіперемія, набряк та інфільтрація перехідної складки у проекції запломбованого зуба. У таких випадках доцільною є протизапальна терапія, розтин за перехідною складкою, УВЧ- терапія. Пломбування каналів при гострому гнійному періодонтиті є можливим лише після стихання гострих

проявів. Під час першого візиту канали мають бути пройдені, розширені, оброблені антисептичними розчинами. Часто треба одночасно здійснювати розтин за перехідною складкою над проекцією хворого зубу.

При гострому гнійному періодонтиті може постати питання і про видалення зуба. Воно є доцільним, якщо зуб не має ані функціональної, ані косметичної цінності, його канали є непрохідними, а також у низці випадків у зв'язку із загальним захворюванням.

Хірургічна стоматологічна допомога в умовах військової частини обмежується видаленням зубів, їх коренів та невеликими операціями на альвеолярних відростках: резекція верхівок коренів, цистектомія, гінгівектомія, розкривання понадкісткових та підслизових абсцесів одонтогенного походження. Для надання невідкладної медичної допомоги у екстремальних ситуаціях у стоматологічному кабінеті усе має бути готове до здійснення трахеотомії.

Показання до видалення зубів та здійснення хірургічних втручань у стоматологічному кабінеті військової частини можуть бути невідкладними та плановими.

Невідкладні втручання (видалення зуба при гострій одонтогенній інфекції, розтин абсцесів) виконуються, як правило, негайно після звернення хворого за медичною допомогою, тому у стоматологічному кабінеті доцільно мати іншу кімнату для хірургічних втручань.

Планові операції на альвеолярних відростках, видалення зубів, коренів зубів, гінгівектомії здійснюються або у спеціально відведені операційні дні (після відповідної підготовки інструментарію та приміщення), або у обладнаному з цією метою хірургічному стоматологічному кабінеті. Як правило, усі операції у стоматологічному кабінеті військової частини здійснюються під інфільтраційною та провідниковою анестезією.

Після видалення зуба або іншого оперативного втручання, хворого слід оглянути повторно через 15-20 хвилин, щоб переконатися, що кровотеча зупинилась та надійно сформувався згусток. Лікар має бути переконаний, що у

військовослужбовця, відправленого до казарми або на навчання, не почнеться кровотеча після припинення дії адреналіну.

Після видалення зубу з приводу гострого одонтогенного процесу, а також після більшості операцій на альвеолярному відростку, військовослужбовця треба доправити до лазарету частини або, за наявності відповідних показань, призначити антибіотики. Фізіотерапевтичні процедури треба призначати не раніше ніж за 1-2 дні після операції.

У профілактиці гострих одонтогенних запальних процесів велике значення має раннє розпізнавання ускладненого прорізування зуба мудрості. Обов'язкове рентгенологічне дослідження для прийняття вірного рішення щодо тактики ведення хворого. Поява больових відчуттів у ретромоларному просторі, однобічне відчуття болю при ковтанні, а потім хоча б незначне ускладнення при відкриванні роту є показанням для втручання. Військовослужбовець з такими ознаками має перебувати під спостереженням лікаря та без попереднього лікування не може бути допущений до виконання завдань за межами частини.

При правильному розташуванні зуба та наявності достатнього місця для прорізування на початковій стадії запалення варто обмежитись розсіканням капюшону слизової оболонки над коронкою зуба мудрості. У решті випадків зуб видаляють. Якщо ускладнення при відкриванні роту перешкоджають здійсненню провідникової (мандибулярної) анестезії, вдаються до анестезії за Берше-Дубовим. У тих випадках, коли зовнішній огляд не дає можливості визначити положення зубу, який ще не прорізавсь, хворого доцільно спрямувати до шпиталю, де видалення зубу здійснюватиметься після попереднього рентгенологічного обстеження. У решті випадків, коли ставиться питання про видалення зубів або їх коренів, треба намагатися здійснити попередній рентгенологічний огляд. Це дозволить уточнити діагноз, правильно обрати тактику лікування, уникнути можливих помилок та ускладнень.

Початкові форми захворювань пародонту у військовослужбовців строкової служби трапляються досить часто. У цих випадках стоматолог частини може обмежитись систематичним (один раз на три-чотири місяці) зніманням зубних

відкладень з одночасною обробкою ясеневих кишень за звичними правилами та навчанням військовослужбовців здійсненню самомасажу ясенів. Здійснювати масаж треба великим та вказівним пальцями, якими обхоплюють ясна по черзі біля кожного зубу та здійснюють рухи: на верхній щелепі згори вниз, а на нижній - знизу догори. Масаж протипоказаний у період абсцедування, за наявності необроблених глибоких ясеневих кишень та при невидалених зубних відкладеннях. У зимово-весняний період цим військовослужбовцям періодично призначають полівітаміни курсом 10 днів (один курс кожні два місяці): аскорбінової кислоти (на прийом)- 0,3 г; нікотинової кислоти – 0,03 г; тіаміну бромату – 0,05 г; рибофлавіну- 0,001 г (із додаванням глюкози або цукру) – по одному порошку три рази на день.

У всіх випадках вираженого пародонтозу хворих доцільно скеровувати до клініки щелепно-лицьової хірургії та стоматології ВМКЦ КР. Лише там хворий може отримати увесь комплекс лікувальних заходів на найсучаснішому рівні.

При виразкових гінгівітах та стоматитах, що протікають без видимої загальної реакції організму, хворих треба лікувати амбулаторно, однак при підвищенні температури тіла або при загальному хворобливому стані їх доправляють до лазарету.

При цих захворюваннях передовсім прибирають усі місцеві подразнюючі фактори: видаляють зубні відкладення, корені зубів, нависаючі пломби та коронки. Рекомендується за можливістю молочно-рослинне харчування з зменшенням вмісту солі, їжа не повинна бути гарячою. Забороняється паління. Призначають полоскання роту розчином фурациліну (1 : 5000) та перманганату калію (1 : 4000) по чергово. Періодично (один-два рази на день) обробляють рот 2-3% розчином перекису водню. Перед їжею та після неї рот обробляють розчином лізоциму, утримуючи його у роті до 5 хвилин. Для отримання лізоциму до 0,5 л кип'яченої води або 0,25-0,5% розчину лідокаїну додають один білок свіжого курячого яйця, додають пів чайної ложки хлориду натрію. Добре збовтують. Зберігають у темному місці (краще у пляшці з темного скла). При

значному підвищенні температури призначають антибіотики, антигістамінні препарати (наприклад, супрастин).

При незначних ушкодженнях м'яких тканин обличчя, шкіру навколо рани промивають, обробляють спиртом, 2% розчином йоду, здійснюють інфільтраційну анестезію 0,5% розчином новокаїну, очищують рану, видаляють з неї чужорідні тіла, нежиттєздатні тканини, краї рани розсікають та накладають шви. Рану ретельно дрениують. Постраждалого доправляють до лазарету та призначають антибіотики. Протистовбнячний анатоксин вводять за загальними правилами. Здійснюючи хірургічну обробку ушкоджень м'яких тканин обличчя, треба обережно підходити до висічення країв рани та видалення тканин, враховуючи, що тканини обличчя щільно вкриті судинами, а тому їх життєздатність добре відновлюється. При обробці рани на обличчі треба максимально зберегти м'які тканини, що дозволяє надалі краще усунути косметичні дефекти.

При ушкодженні окремих зубів або альвеолярних відростків у місці розташування кількох зубів, застосовують анестезію за звичними правилами, репонують зуби та укріплюють їх з допомогою дротової шини-скоби. Скобу можна замінити дротовими лігатурами або швидко твердючою пластмасою. Надалі, за першої нагоди, хворому доцільно пройти рентгенологічний контроль та консультацію у стоматолога шпиталю.

При лінійних невогнепальних переломах щелеп без помітного зміщення уламків варто покласти назубні стандартні стрічкові або дротові алюмінієві шини, встановити міжщелепне витяжіння. Зуб у лінії перелому, в залежності від показань, видалити або залишити. Постраждалого доправити до лазарету частини, організувати харчування (годувати з напувальника, на носик якого вдягти гумову трубку), забезпечити догляд за ротовою порожниною. Лікування хворих з переломами щелеп у лазареті частини має обов'язково погоджуватись з провідним стоматологом ВМКЦ КР та здійснюватись лише у випадку, якщо воно здійснюватиметься у повному обсязі та забезпечуватиметься харчуванням за так званою щелепною дієтою.

При значних ушкодженнях м'яких тканин обличчя, ушкодженнях кісток лицьового кістяку зі значним зміщенням уламків треба надати постраждалому невідкладну медичну допомогу. Передовсім усунути причини, що перешкоджають диханню: усунути з ротової порожнини іншородні тіла, згустки крові, за необхідності прошити та підтягнути до рівня зубів язик, усунути «клапан», що звисає до ротоглотки, або зробити трахеотомію та через трахеостому очистити дихальні шляхи від аспірованої крові та блювотних мас. Зупинити кровотечу у рані з допомогою затискувача або прошиванням. Накласти пов'язку, що забезпечила б надійну ізоляцію рани та іммобілізацію уламків, за необхідності підсилити її стандартною транспортною пов'язкою для поранених у щелепу.

При загрозі больового шоку перед уведенням знеболюючих препаратів, хворих зі значними ушкодженнями м'яких тканин обличчя або ушкодженням лицьового кістяку після надання їм першої медичної допомоги та заповнення відповідних документів направляють на санітарній машині до гарнізонного шпиталю у супроводі лікаря.

При вогнепальних переломах щелеп зі значною рухливістю уламків обов'язково, у порядку підготовки до транспортування, здійснюється транспортна іммобілізація, вводяться знеболюючі препарати.

Виходячи із сучасних уявлень про етіологію та патогенез стоматологічних захворювань та у відповідності до рекомендацій Комітету експертів ВОЗ, профілактичні заходи прийнято поділяти на первинні, вторинні, третинні.

До первинної профілактики належить система заходів, спрямована на підвищення стійкості тканин зубів та пародонту до виникнення захворювань. До методів первинної профілактики у військовій частині можна віднести такі заходи: фторування води у місцевостях з низьким (менше 1 мг/л) вмістом фтору; гігієнічне виховання; уведення до раціону харчування військовослужбовців спеціальних протикаріозних продуктів або протикаріозних добавок, які легко засвоюються; використання місцевих засобів, які підвищують стійкість тканин зубу до карієсу.

Вторинна профілактика являє собою комплекс методів лікування карієсу зубів та його ускладнень, захворювань пародонту, застосування засобів, що підвищують стійкість тканин зубу до подальшого розповсюдження каріозного процесу. Методи терапевтичних та хірургічних втручань, що використовуються при цьому, мають бути спрямовані на забезпечення повноцінної функції зубів, пародонту та зубо-щелепного апарату у цілому. Основним організаційним методом вторинної профілактики є планова санація ротової порожнини.

Третинна профілактика – це відновлення втраченої функції зубо-щелепної системи у результаті втрати зубів або внаслідок захворювань, що спричинили необхідність використання складних реконструктивних хірургічних операцій на обличчі та щелепах.

Застосування методів первинної профілактики має здійснюватись лікарем-стоматологом під наглядом начальника медичної служби військової частини та провідного стоматолога.

Перед початком роботи з профілактики лікар-стоматолог має узгоджувати це питання з командуванням частини та отримати у СЕЗ данні про вміст та сезонні коливання фтору у питній воді, яку отримує частина.

У підрозділах, де мають здійснюватись профілактичні заходи, лікар-стоматолог розтлумачує роль та значення профілактики хвороби зубів у збереженні здоров'я; облаштовує виставковий стенд гігієни та профілактики.

Крім того, лікар-стоматолог, або за його дорученням фельдшер (санітарний інструктор) має перевірити особовий склад на наявність зубних щіток та зубної пасти, а також щоденно контролювати дотримання військовослужбовцями гігієни ротової порожнини.

Для визначення вихідного рівня ураження зубів карієсом, військовослужбовці проходять стоматологічний огляд. Отримані під час огляду данні заносяться до медичної книжки. Осіб, які потребують санації ротової порожнини, реєструють у журналі профілактичного огляду з позначенням встановленої патології. Особам, які санації не потребують, при проведенні первинного огляду обробляють зуби місцевими профілактичними засобами.

За результатами здійснених оглядів лікар-стоматолог частини разом із начальником медичної служби частини складає календарний план санації ротової порожнини на квартал або півріччя та затверджує його у командира частини. Лікувальні та профілактичні заходи, як правило, проводяться одночасно зі здійсненням санації ротової порожнини. По завершенню санації лікар-стоматолог обробляє військовослужбовцям зуби протикаріозним препаратом.

При повторних оглядах особового складу у строки, передбачені загальним планом поглибленого медичного обстеження, однак не рідше одного разу на шість місяців, військовослужбовцям знову обробляють зуби місцевими профілактичними засобами. Особам з високим ступенем активності каріозного процесу (що мають більше шести уражених карієсом зубів) профілактичні засоби призначають один раз на три місяці.

САНІТАРНО-ПРОСВІТНИЦЬКА РОБОТА

Санітарно-просвітницька робота у військовій частині має бути спрямована на роз'яснення ролі та значення гігієнічного догляду та санації ротової порожнини задля збереження здоров'я. Лікар-стоматолог організує систематичну перевірку усіх підрозділів на предмет наявності у особового складу зубних щіток, порошку (пасти) для чищення зубів. Через командирів підрозділів лікар-стоматолог має домогтися, аби були створені умови, необхідні для дотримання гігієни ротової порожнини, щоб кожний військовослужбовець оволодів правильними прийомами чищення зубів, розумів значення цієї гігієнічної процедури та постійно її виконував.

Санітарно-просвітницька робота має вестись у формі колективних та індивідуальних бесід, шляхом випуску санітарних бюлетенів, листівок, перегляду діафільмів та періодичних виступів по місцевому радіо.

Стоматолог військової частини має знати мінеральний склад води, яку вживають військовослужбовці у частині. У Криму, вода містить дуже мало мікроелементів і особливо фтору, що призводить до масового ураження зубів

каріозним процесом. Своєчасне додавання до питної води або їжі бракуючих мікроелементів значною мірою зменшує частоту захворювань зубів.

Стоматолог військової частини має слідкувати і за харчуванням військовослужбовців. Недостатність вітамінів внаслідок невмілої кулінарної обробки овочів у весняний період, коли вміст вітамінів у них різко зменшується, може бути причиною захворювань крайового пародонту у багатьох військовослужбовців. Своєчасне вживання заходів (додавання вітамінів у третє блюдо або видача їх у вигляді лікарських форм на руки) дозволяє попередити ці захворювання.

Стоматолог військової частини має допомагати начальнику медичної служби частини здійснити заходи профілактики травматизму, звертати особливу увагу на попередження травм, пов'язаних із нестатутними відносинами.

РОЗДІЛ VI. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ СТАЦІОНАРУ

Стаціонарні хворі в першу чергу потребують оздоровлення ротової порожнини, оскільки хронічні запальні явища у навкол зубних тканинах сенсibiliзують організм, створюють несприятливий фон і у такий спосіб ускладнюють перебіг низки хронічних соматичних захворювань, які безпосередньо або опосередковано пов'язані зі станом ротової порожнини.

Усе це, а також високий ступінь розповсюженості соматичних захворювань вимагає наявності у штаті багатопрофільного стаціонару лікаря-стоматолога, який разом з лікарями інших спеціальностей, має брати активну участь у оздоровленні стаціонарних хворих.

На сьогодні у багатопрофільних стаціонарах, у відповідності до наказу МОЗ України від 23.02.2000 № 33 року. *(Додаток №2)* уведено одну посаду лікаря-стоматолога-хірурга на 25 ліжок.

На стаціонарне лікування закладу покладаються завдання, пов'язані із їх участю у щорічній диспансеризації. Одне з них – санація ротової порожнини хворих під час перебування їх у стаціонарі.

Аналіз роботи лікарів стоматологів у багатопрофільних стаціонарах засвідчує, що їх діяльність переважно зводиться до надання невідкладної допомоги та проведення лікування за зверненням. Це не відповідає наказу МОЗ СРСР від 30.05.86 р., №770 за яким певній категорії хворих треба проводити обов'язкову санацію ротової порожнини. Однак зараз лікар-стоматолог стаціонару не має змоги надавати планову стоматологічну допомогу усім хворим, оскільки до 10% шпиталізується з санованою ротовою порожниною. Санована диспансерна група хворих становить за всіма відділеннями лише 28,4%.

Усе викладене певною мірою можна пояснити неправильним тлумаченням та невиконанням існуючих положень і наказів про порядок передстаціонарної підготовки хворих та проведення диспансеризації у амбулаторно-поліклінічних умовах, а також недосконалістю наявних правил прийому на планове стаціонарне лікування.

ФОРМИ ОРГАНІЗАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ СТАЦІОНАРУ

Тепер за діючих штатних нормативів існують кілька форм організації стоматологічної допомоги хворим багатопрофільних стаціонарів, в залежності від висунутих завдань. Перша форма організації, яка є найбільш доречною за даних обставин, полягає у прийомі госпіталізованих хворих лікарем - стоматологом стаціонару в основному за зверненням, проведенні консультації, а також санації ротової порожнини певної категорії хворих.

Інші форми організації допомоги пропонують проведення планового прийому хворих, кінцевою метою якого є санація ротової порожнини. Одна з них полягає у максимальному використанні періоду передгоспітальної підготовки. Цю роботу мають проводити лікарі – стоматологи військових частин та амбулаторно-поліклінічної ланки. Начмед зобов'язує здійснювати планову госпіталізацію лише з відміткою стоматолога про проведену санацію.

Наступна форма організації стоматологічної допомоги полягає у проведенні планової санації ротової порожнини в умовах стаціонарного лікувального

закладу. Це має низку переваг клінічного, організаційного та економічного плану (під час санації однієї особи в середньому економиться 7,5 години робочого часу).

Для здійснення цієї роботи треба збільшити кількість лікарів - стоматологів у стаціонарі в середньому у 2 - 2,5 рази. Це можливо здійснити в межах діючого нормативу забезпеченості лікарями – стоматологами, або за рахунок перерозподілу їх між стаціонарною та амбулаторно - поліклінічною службою. З цією метою, у випадку необхідності, у стаціонарі треба забезпечити додаткові робочі місця для лікарів-стоматологів, передбачивши можливість їх роботи у дві зміни.

За такої форми організації стоматологічної служби доцільним є проведення в умовах стаціонару санації ротової порожнини соматичним хворим у стадії ремісії, а також при проходженні диспансеризації.

РОЗТАШУВАННЯ ТА ОБЛАДНАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО КАБІNETУ БАГАТОПРОФІЛЬНОГО СТАЦІОНАРУ

Важливе значення для надання стоматологічної допомоги хворим стаціонару має вибір місця розташування стоматологічного кабінету та його обладнання. За наявності кількох лікувальних корпусів не поєднаних між собою утепленими переходами, стаціонарний стоматологічний кабінет розташовують в одному з них з урахуванням профілів його відділень. При цьому треба передбачити організацію пересувного стоматологічного кабінету. Необхідність наявності робочих місць у кожному лікувальному корпусі збільшується у випадках, коли в його відділеннях перебувають хворі, для яких санація ротової порожнини є обов'язковою, оскільки в зимовій період та під час можливого карантину надання їм стоматологічної допомоги ускладнюється.

Якщо лікувальні корпуси поєднані між собою утепленими переходами, стоматологічний кабінет розташовується в одному з них. У великому багатопрофільному стаціонарі де має бути 2 і більше посад лікарів-стоматологів, економічно доцільно організувати один кабінет на кілька крісел.

Час початку робочого дня лікаря – стоматолога, організація планового та рівномірного прийому хворих багато в чому визначається розкладом дня у різних відділеннях багато профільного стаціонару. Тому оптимальний графік прийому має укладатися з урахуванням розкладу дня різних за профілем відділень конкретного лікувального закладу.

У стаціонарі, де передбачена одна посада лікаря стоматолога, найбільш раціональним є роздільний вид прийому. При цьому першу половину робочого дня треба починати після сніданку хворих з перервою на час їх обіду та відпочинку.

За неможливості організації роздільного виду прийому робочий день у першу зміну треба також починати після сніданку хворих. Початок роботи у другу зміну визначається часом завершення обіду. Організація прийому у другу зміну є більш прийнятною, оскільки хворі у післяобідню пору вільні від проведення різних лікувальних процедур.

Нижче наводиться приблизний графік роботи лікаря – стоматолога у першу та другу зміну.

Перша зміна:

від 9.00 до 13.30 – плановий прийом хворих відповідного відділення; прийом повторних та хворих з гострим болем;

від 13.30 до 14.30 - обхід (консультації та надання стоматологічної допомоги хворим з постільним режимом).

Друга зміна:

від 14.00 до 15.00 - обхід;

від 15.00 до 20.36 - прийом планових хворих відповідного відділення; прийом повторних та хворих з гострим болем;

Запропоновані графіки прийому хворих мають бути більш конкретизовані та розписані за кожним днем тижня, оскільки навіть в одному багато профільному стаціонарі розклад дня у хворих різного профілю відділень є неоднаковим. При укладанні конкретного графіку прийому з метою забезпечення рівномірного

навантаження варто враховувати рух хворих у стаціонарі: виписування їх в основному практикується в останні дні тижня, надходження – у перші. Тому в перші дні тижня первинних хворих, як правило, більше.

У великих багато профільних стаціонарах, де працюють два та більше лікарів-стоматолога, доцільно вести прийом у дві зміни. При цьому, з метою рівномірного розподілу навантаження між ними, треба за кожним закріпити певні відділення з урахуванням не лише їх потужності, але й головним чином профілю, який обумовлює обсяг роботи в залежності від рівня потреб хворих у стоматологічній допомозі, важкості стану та строків перебування на ліжку.

Наприклад у гінекологічному, ЛОР відділеннях за однакової потужності вимагається втричі більший обсяг витрат для проведення планової санації ротової порожнини, ніж у нефрологічному, ортопедичному, кардіологічному, травматологічному та у два рази більший, ніж у офтальмологічному, урологічному, пульмонологічному, гастроентерологічному та терапевтичному.

При укладанні графіку прийому, з метою упорядкування потоку хворих, які надходять до стоматологічного кабінету, необхідно виділити певні дні тижня для кожного відділення. При цьому кількість днів у тижні у відведений для прийому хворих різних відділень час має бути узгоджене із середніми строками перебування у відділенні та з кількістю хворих, яким можна проводити лікування. Для відділень з високим показником обігу ліжка (оторіноларінгологічне, гінекологічне та ін.) може бути кілька таких днів. За наявності відділень малої потужності можливим є прийом в один день хворих кількох відділень. При укладанні графіку прийому треба особливо виділити такі відділення як ревматологічне, ендокринологічне, гастроентерологічне, пульмонологічне, де соматична патологія госпіталізованих взаємопов'язана зі станом ротової порожнини. Хворі цих та інших відділень з захворюваннями, перелік яких представлений у додатку № 1 наказу МОЗ СРСР від 30.05.86 р № 770., мають бути сановані в обов'язковому порядку.

Графік прийому хворих конкретного відділення має бути узгоджений з його начальником. У ньому указуються дата та час прийому

Санація ротової порожнини має розглядатися як складова частина комплексного лікування хворих із соматичною патологією, тому необхідною є взаємодія у роботі лікаря стоматолога та лікарями відділень.

Щоденно наприкінці робочого дня медична сестра стоматологічного кабінету бере у прийомному покої інформацію про прибулих хворих. При цьому особлива увага приділяється тим відділенням, в яких соматичні захворювання пов'язані зі станом ротової порожнини.

При первинному прийомі лікар-стоматолог детально знайомиться з основним захворюванням з медичної карти стаціонарного хворого (облікова форма 033/0), при цьому звертає увагу на загальний стан. За необхідності додаткові відомості отримує від лікаря що здійснює лікування.

Для забезпечення рівномірного навантаження протягом робочого дня при повторному призначенні хворих враховується обсяг майбутньої роботи і визначається відповідний час прийому. Його тривалість визначається у такий спосіб, аби здійснити максимум лікувальних заходів, скорочуючи кількість відвідувань. При роботі як у першу так і у другу зміни частина робочого дня лікаря - стоматолога припадає на час відпочинку хворих. В цей період доцільно робити обхід за викликами з метою надання допомоги хворим з постільним режимом, проведення консультацій.

Значну роль в організації та забезпеченні якості прийому відіграє медична сестра стоматологічного кабінету. Поряд з обслуговуванням лікаря – стоматолога на прийомі безпосередньо у кабінеті медична сестра має організовувати та регулювати надходження хворих, оскільки вона виконує функцію реєстратора та є проміжною ланкою між лікарем - стоматологом та хворим.

Крім того, медична сестра та санітарка виконують усю ту роботу із забезпечення стоматологічного кабінету, що і у амбулаторно-поліклінічних умовах. У зв'язку з цим чітка взаємодія між лікарем стоматологом та допоміжним персоналом, суворе розмежування та виконання кожним власних обов'язків відіграє велику роль у підвищенні ефективності праці.

РОЗПОДІЛЕННЯ ХВОРИХ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЧЕРГОВОСТІ ПРИЙОМУ ТА ЧАСУ ПРОВЕДЕННЯ САНАЦІЇ

З метою підвищення ефективності стоматологічного обслуговування у стаціонарі треба застосовувати принцип «сортування» тобто розрізнення хворих в залежності від черговості прийому на дві групи: ті, що потребують невідкладної стоматологічної допомоги та ті, які потребують санації ротової порожнини у зв'язку із загальними соматичними захворюваннями.

До першої групи відносимо:

а) хворих з гострим болем який обумовлений запальним процесом у тканинах пародонту;

б) післяопераційні хворі у важкому стані, а також у стадії декомпенсації, яким треба надавати допомогу з метою попередження стоматологічних захворювань;

в) особи у передопераційний період, які потребують санації ротової порожнини з метою попередження післяопераційних ускладнень (проходять санацію якщо дозволяє загальний стан).

До другої групи віднесено хворих із соматичною патологією, причому до першочергових належать ті, у яких санація ротової порожнини є обов'язковою та входить до комплексного лікування основного захворювання (Додаток № 9 наказу МОЗ СРСР від 30.05.86 р №770.). При санації таких хворих треба в першу чергу звернути увагу на встановлення та усунення хронічних одонтогенних осередків інфекції у ротовій порожнині.

Час та план проведення санації узгоджується з лікарем, що здійснює лікування. При прийнятті рішення про проведення санації треба враховувати не лише важкість стану хворого але і вид соматичної патології, оскільки при деяких захворюваннях здійснення лікувальних, особливо хірургічних маніпуляцій має бути відкладене до повного видужання та здійснюватись у стадії ремісії. Тому при декомпенсації або загостренні основного захворювання треба надавати лише невідкладну стоматологічну допомогу.

Нижче наводиться приблизна схема проведення санації ротової порожнини із зазначенням місця та часу в залежності від періоду захворювання та важкості стану хворих при деяких соматичних захворюваннях:

1. Хворим з захворюваннями шлунково-кишкового тракту після ліквідації гострих явищ у період перебування в стаціонарі проводиться санація ротової порожнини у повному обсязі.

2. Санація ротової порожнини хворим з серцево-судинними захворюваннями надається у стаціонарі після покращення загального стану та ліквідації гострих явищ. Хірургічні втручання в основному треба здійснювати у стадії ремісії, у цей період також проходять санацію хворі, які перенесли інфаркт міокарду.

3. Санацію ротової порожнини хворих ревматизмом проводять в стаціонарі в період припинення гострих явищ та покращення загального стану. Хірургічні втручання з метою видалення інфекційно-запальних осередків треба проводити під захистом антибіотиків та премедикації, попередньо проконсультувавшись з лікарем, що здійснює лікування. Оперативні втручання цій групі хворих проводять переважно в період ремісії.

4. При захворюваннях нирок санація ротової порожнини здійснюється в період покращення загального стану та ліквідації гострих явищ. Хірургічні втручання треба проводити при початкових явищах ниркової недостатності, в стадії компенсації та в період ремісії.

5. При захворюваннях ендокринної системи, зокрема цукровому діабеті, ротову порожнину санують в повному обсязі лише при покращенні загального стану хворого та обов'язково після погодження з лікарем, що здійснює лікування. Хворим з важкою формою цукрового діабету здійснювати санацію ротової порожнини треба в період ремісії.

6. При захворюваннях крові та кровоутворюючих органів, особливо гемофілії санація ротової порожнини здійснюється в стаціонарі лише після покращення загального стану та в тісному контакті з лікарем, що здійснює лікування.

Планові хірургічні втручання треба здійснювати в період ремісії за можливості в умовах стаціонару.

Недоцільним є здійснення санації ротової порожнини лежачим хворим, у першу чергу травматологічного відділення. Санацію таких хворих треба здійснювати у стоматологічному кабінеті після покращення загального стану та відміни постільного режиму, при цьому якість санації буде вищою, а зусиль та часу витрачено менше.

ФОРМИ ОБЛІКОВО - ЗВІТНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ.

Кожне відвідування хворого має фіксуватись у відповідній медичній документації. Лікарі – стоматологи стаціонарів мають вести облік відвідувань хворих та виконаної роботи відповідно до наказів МОЗ України. Усі необхідні дані вносити до «Медичної карти стаціонарного хворого» (форма № 003/0), причому необхідні записи робляться на окремому листку-вкладиші, який вклеюється до неї після завершення лікування.

Разом з цією медичною документацією лікар-стоматолог стаціонару має вести «Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету» (форма № 37/0), в якому зазначається обсяг роботи, яка виконана протягом дня.

Робота, виконана лікарем-стоматологом стаціонару за день, тиждень, місяць відбивається у "Щоденнику обліку роботи лікаря - стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)" (форма № 039-2/0).

Відповідальність та контроль за стоматологічною службою стаціонару покладається за адміністративною лінією на начальника медичної частини лікувального закладу, а також на начальника клініки, у безпосередньому підпорядкуванні яких перебуває лікар - стоматолог стаціонару.

Лікар-стоматолог стаціонару, згідно наказу Міністра оборони України 2006 р. № 645, бере участь у диспансеризації госпіталізованих хворих. Після лікування(огляду) лікар - стоматолог робить відмітку про проведену санацію або про потребу у лікуванні

«Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого» (форма №027/0), яка потім вклеюється до медичної книжки та враховується при диспансеризації.

ОРГАНІЗАЦІЯ САНІТАРНО-ПРОСВІТНИЦЬКОЇ РОБОТИ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

У комплексі заходів, спрямованих на попередження захворювань, важлива роль відводиться санітарно-просвітницькій роботі. Відповідно до цього, згідно наказу МОЗ СРСР від 07.01.80 р № 21., на проведення санітарно - просвітницької роботи відводиться 4 години робочого часу на місяць. В умовах багатопрофільного стаціонару наявні широкі можливості для її проведення. З цією метою треба використовувати різні методичні прийоми: усну пропаганду, друкований та наочний методи (випуск стінної газети, бюлетенів, плакатів – лозунгів). При цьому особлива увага приділяється роз'ясненню щодо стоматологічних та деяких загальних захворювань і у зв'язку з цим необхідності здійснення санації ротової порожнини.

Водночас ці методи пропаганди не можуть замінити особистого спілкування лікаря з хворим. Тому читання лекцій, бесіди про правила особистої гігієни ротової порожнини та інші питання, пов'язана з попередженням стоматологічних захворювань та їх лікуванням, не повинні зніматись з порядку денного

До проведення санітарно – просвітницької роботи треба залучати середній медичний персонал. Час проведення лекцій має точно визначатись з урахуванням розпорядку дня хворих та узгоджуватись з керівництвом лікувального закладу.

НОРМАТИВНІ АКТИ:

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. №2801 -XII (зі змінами та доповненнями).

2. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6 квітня 2000 р. № 1645-III (зі змінами та доповненнями).

3. Наказ МОЗ України «Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах» від 10 травня 2007 р. № 234.

4. Наказ МОЗ України «Про затвердження методичних рекомендацій «Епідеміологічний нагляд за інфекціями області хірургічного втручання та їх профілактика» від 4 квітня 2008 р. № 181.

5. Наказ МОЗ України «Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб» від 23 липня 2002 р. № 280

6. Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій» від 21 травня 2007 р. № 246.

7. Наказ МОЗ України «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» від 25 травня 2000 р. № 120.

8. Правила Головного державного санітарного лікаря СРСР «Санітарні правила влаштування, обладнання, експлуатації амбулаторно-поліклінічних установ стоматологічного профілю, охорони праці та особистої гігієни персоналу» від 28 грудня 1983 р № 2956а-83.

9. Наказ МОЗ СРСР «Про введення в дію галузевого стандарту ОСТ 42-21-2-85 «Стерилізація і дезінфекція виробів медичного призначення. Методи, засоби і режими» від 10 червня 1985 р. №770.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Іщенко П.В. Військова ортопедична стоматологія: підручник / П.В. Іщенко, В.А. Кльомін, Р.Х. Камалов, А.М. Лихота.-К.: ВСВ «Медицина», 2013.- 312 с.
2. Камалов Р.Х., Лихота А.М., Крячко А.Г. Надання стоматологічної допомоги у зоні відповідальності військово-медичного клінічного центру // Методичні рекомендації. - К.: УВМА, 2011.- 72 с.
3. Коваленко В.В. Особливості лікування сучасних вогнепальних поранень щелепно-лицевої ділянки // Проблеми військової охорони здоров'я. – Збірник наукових праць Української військово-медичної академії. – Випуск 30. - 2011. - С. 306-313.
4. Лихота А.М., Камалов Р.Х., Коваленко В.В. Особливості лікування сучасних вогнепальних поранень щелепно-лицевої ділянки // Матеріали третього Українського міжнародного з'їзду «ІІІ з'їзд Української асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів». К.: - 2013. С. 185 - 192.
5. Лихота А.М., Коваленко В.В. Сучасні принципи надання медичної допомоги та спеціалізованого лікування поранених в щелепно-лицеву ділянку // Наука і практика. – № 1-2 – 2015 С. 44 - 49.
6. Лихота А.М., Коваленко В.В. Особливості хірургічного лікування поранених з вогнепальними пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки // Сучасні аспекти військової стоматології. К.: - 2013. С. 22 - 29.
7. Лихота А.М., Коваленко В.В. Сучасні принципи надання медичної допомоги та спеціалізованого лікування поранених в щелепно-лицьову ділянку // Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал. - 2015.- №1-2(5-6). С. 44 - 49.
8. Лихота А.М., Коваленко В.В., Федірко І.В. Організація роботи пересувного стоматологічного кабінету // Методичні рекомендації. - К.: УВМА, 2015.-25 с.
9. Лихота А.М., Коваленко В.В., Лицишин М.З. Особливості медичної реабілітації учасників бойових дій з вторинною адентією // Проблеми військової охорони здоров'я. – Збірник наукових праць Української військово-медичної академії. - Випуск 43. - 2015. С. 217 - 225.

10. Маланчук В.О. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / В.О. Маланчук, І.П. Логвіненко, Т.О. Маланчук та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – Т. 1. – 672 с.
11. Маланчук В.О. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / В.О. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю. Гарляускайте та ін.. – К.: ЛОГОС, 2011. – Т. 2. – 607 с.
12. Военная стоматология / Под ред. Н.М.Александрова.- Л.,1987.- 365 с.
13. Организация работы стоматолога воинской части (корабля) и подвижного стоматологического кабинета. Методические указания / Под. ред. Н.М.Александрова. М.: Военное издательство, 1988. – 70с.
14. Організація стоматологічної допомоги в армії у мирний та воєнний часи. Навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів. – Донецьк: Лебедь, 2002. – 60с.
15. Сучасні аспекти військової стоматології: збірник наукових праць / під ред. Р.Х.Камалова. – К.: Науковий світ, 1999. – 143с
16. Приказ Министра обороны СССР № 10 от 04.01.89. « О введении в действие инструкции по организации стоматологической ортопедической помощи в СА и ВМФ.
17. Руководство по медицинскому обеспечению в СА и ВМФ.- М., 1989.- 242
18. http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/theacher/stomat_hir/skakun