

Анализ информативности первичного осмотра медицинской карты стоматологического больного

В.В. АЛЯМОВСКИЙ, д.м.н., проф., зав. кафедрой

А.Н. ДУЖ, к.м.н., доц.

О.Р. СОКОЛОВА, к.м.н., доц.

С.А. НАРЫКОВА, к.м.н., доц.

Кафедра-клиника стоматологии ИПО

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Analysis of informational content of primary examination of the medical record of the dental patient

V.V. ALYAMOVSKIY, A.N. DUZH, O.R. SOKOLOVA, S.A. NARYKOVA

Резюме: В результате ретроспективного анализа 468 медицинских карт пациентов, обратившихся за стоматологической помощью, изучен объем информации о стоматологическом статусе пациента, полученной из данных записи результатов объективного исследования в ходе первичного осмотра. Показано, что в существующем Листе первичного осмотра, состоящем из 15 пунктов, третья часть показателей не информативна, еще третья часть показателей заполняется формально, что также несет сомнительную информацию. При первичном осмотре не оценивается состояние пародонта, наличие и использование съемного зубного протезирования, нет данных о курении, характере питания. Использование существующего Листа первичного осмотра не позволяет получить достаточно информации для объективной оценки состояния стоматологического здоровья пациента, следовательно, требует модернизации.

Ключевые слова: лист первичного осмотра, медицинская документация, медицинская карта стоматологического больного, стоматологический статус, стоматологическое здоровье.

Abstract: The retrospective analysis of 468 medical records of the patients seeking for dental care was carried out. Information on the dental status of the patients received during the primary examination was studied. It was noted that from 15 points on check-up list the third part of indicators aren't informative, the third part filled formally that calls in the question pithiness of information. Periodontal condition, availability and use of removable dentures, data on smoking and diet does not evaluate at the primary examination. The use of the existing Check-up list of primary examinations does not allow to get enough information for an objective assessment of oral health of the patient, therefore, it should be modernized.

Key words: check-up list of primary examination, medical records, medical records of dental patient, dental status, oral health.

Медицинская документация — это документы установленного образца, предназначенные для регистрации результатов диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических, санитарно-гигиенических и других мероприятий, позволяющих обобщать и анализировать данную информацию. К основному первичному учетному документу амбулаторно-поликлинической помощи относится медицинская карта амбулаторного больного для учреждений стоматологического профиля — «Медицинская карта стоматологического больного». Медицинская карта стоматологического больного — форма №043/у была утверждена и введена в действие 35 лет назад Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 г. №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации». Необходимо отметить, что данный Приказ

утратил силу еще в 1988 году в соответствии с другим Приказом Минздрава СССР от 05.10.1988 г. №750 [14]. Формально обязательность применения указанной формы медицинской карты в стоматологической практике весьма условна, поэтому многие стоматологические клиники полностью или частично игнорируют роль медицинской карты стоматологического больного: ее либо не применяют вообще, либо видоизменяют, модернизируют, предлагают собственные варианты. Вместе с тем, Минздрав РФ в новых нормативных документах периодически ссылается на те части Приказа Минздрава СССР №1030, которые касаются ведения медицинской документации, тем самым признавая его фактически действующим. Хотя некоторые положения приказа №1030 утратили силу, сохраняется требование, согласно которому все медицинские учреждения

(вне зависимости от форм собственности), обязаны вести медицинские карты установленной формы №043/у «Медицинская карта стоматологического больного». По инструкции Медицинская карта стоматологического больного является юридическим документом, не выдается на руки пациентам, хранится в регистратуре в течение 5 лет после последнего посещения, а затем сдается в архив со сроком хранения 75 лет. Записи в медицинской карте ведутся в соответствии с «Типовой инструкцией к заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений, утвержденных Приказом Минздрава СССР от 4 октября 1980 года №1030». Включение в медицинскую карту дополнительных разделов, необходимость которых определяет лечебное учреждение, допустимо лишь в виде вкладышей.

В одном из последних приказов Министерства здравоохранения РФ № 834н от 15 декабря 2014 г. «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» утверждена новая форма № 043–1/у «Медицинская карта ортодонтического пациента» [15]. Новая форма ориентирована только на пациентов с ортодонтической патологией и не предназначена для пациентов с другими видами стоматологических заболеваний.

Медицинская карта стоматологического больного состоит из трех основных разделов: паспортная часть, данные объективного исследования и общая часть. Паспортную часть оформляет медицинский регистратор, администратор клиники либо медицинская сестра. Все остальные записи в медицинскую карту вносятся только врачом, разборчиво, без исправлений (возможен печатный вариант внесения записи), с использованием только общепринятых сокращений.

Второй раздел — данные объективного исследования — заполняется при первичном ежегодном обращении пациента в клинику, что позволяет сравнить данные с данными предыдущего осмотра для заключения о динамике или стабилизации патологических состояний и содержит: данные внешнего осмотра; данные осмотра полости рта и таблицу состояния зубов, заполненную с использованием официально принятых сокращений; описание прикуса; описание состояния слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба; данные рентгеновских и лабораторных исследований.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ информации о стоматологическом статусе пациента, полученной из данных объективного исследования, внесенных врачом-стоматологом в медицинскую карту стоматологического больного в ходе первичного обращения для формирования объективного подхода к внесению изменений в существующий Лист первичного осмотра.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для оценки информативности и качества заполнения результатов объективного исследования при обращении пациента в стоматологическую клинику была проведена выкопировка данных и анализ 468 медицинских карт стоматологического больных отобранных рандомизированным методом по 15 параметрам Листа первичного осмотра, обратившихся в Стоматологическую поликлинику КрасГМУ в 2014 году.

Статистическая обработка данных проведена с помощью программы PASW Statistics 19.0 для Windows.

Общая характеристика группы, по данным медицинских карт стоматологического больного: женщины составили 53,6%, мужчины — 46,4%. Были изучены карты пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, средний возраст группы — $37,81 \pm 0,56$ лет.

Социальный статус группы выглядел следующим образом: учащиеся составили 7,4%, так как студенты КрасГМУ получают стоматологическую помощь в данной стоматологической поликлинике. Лица, указавшие место работы, — 59,8%, пенсионеры — 1,5%, нет ответа — 6,1%. Лица, определившие свой социальный статус как «временно не работает», составили 25,0%. Следовательно, четверть населения, получившего медицинскую стоматологическую помощь в объеме ОМС, гарантированного государством в стоматологической поликлинике, в 2014 году не имеет постоянного места работы или официального трудоустройства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

1. Анализ данных Листа первичного осмотра (хотя такого названия нет — это просто безымянный вкладыш медицинской карты стоматологического больного) позволил получить следующую информацию: 5 из 15 параметров относятся к внешнему осмотру пациента: тип лица, выраженность подбородочных и носогубных складок, характер смыкания губ, положение подбородка, высота нижней трети лица.

Эти показатели, по нашему мнению, имеют относительную информативность и не отражают состояние стоматологического здоровья пациента, например, критерий «Выраженность подбородочной и носогубной складок: выражены умеренно, сглажены, углублены».

На выраженность складок кожи лица оказывают влияние многие факторы: расовые особенности строения — подбородочный отдел у всех современных рас выступает вперед, однако в степени развития подбородочного выступа встречаются большие вариации: у одних негроидо-австралоидов он слабо выражен, у других — средне, как и у большинства монголоидов и европеоидов [9]; индивидуальные особенности строения элементов черепа и лицевой части головы — при глубоких клыковых ямках носогубная складка более выражена [13]; особенности конституции — у полных людей складки выражены слабее; процесс старения организма — в формировании носогубных складок принимает участие целая группа мимических мышц, деформируясь с возрастом, они могут находиться в двух состояниях — гипертонусе или гипотонусе, что по-разному влияет на форму носогубных складок. В случае гипертонуса кожа становится лишней и провисает. Носогубные складки при гипертонусе имеют достаточно плотную структуру и выглядят, словно поджаты внутрь. При гипотонусе щеки буквально сползают вниз из-за гравитационного птоза, особенно когда комок Биша достаточно велик, что приводит к появлению «колбасок» возле носа или более толстых «брылей» [4, 12].

Отсутствие важной диагностической информации для состояния здоровья полости рта этих показателей демонстрируют записи врачей в медицинской карте: у 91,2% обследованных подбородочные и носогубные складки выражены умеренно; у 95,1% губы смыкаются без напряжения; положение подбородка прямое у 95,9%; у 92,1% высота нижней трети лица не измене-

на; у 68,1% пациентов тип лица округлый и у 23,9% — конический.

2. Следующая группа показателей, по нашему мнению, заполняются врачом-стоматологом формально, так как у пациентов с различной степенью выраженности стоматологической патологии в медицинской карте описана физиологическая норма: лимфатические узлы безболезненные в 95,4% случаев; открывание рта свободное у 92,5% пациентов; движения нижней челюсти у 95,1% плавные; слизистая оболочка полости рта розовая или бледно-розовая у 97,3% и у 94,2% обследованных саливация нормальная.

Например, анализ медицинских карт выявил, что у 46,7% пациентов слизистая оболочка полости рта «розовая» и у 51,2% бледно-розовая, в 5,9% карт цвет не указан. В норме цвет слизистой оболочки может варьироваться от бледно-розового до красного в зависимости от степени васкуляризации подлежащей соединительной ткани у европеоидов. У представителей негроидной расы слизистая оболочка рта приобретает темный, розово-коричневый оттенок за счет физиологической пигментации слизистых оболочек. У жителей Средней Азии, Закавказья часто наблюдается очаговая пигментация. Патологическая пигментация — изменение цвета слизистой оболочки — может быть на месте патологического процесса вследствие отложения меланина или другого пигмента, что является важным диагностическим признаком. Патологическая пигментация наблюдается при отравлении солями тяжелых металлов, может быть началом проявления меланомы или признаком болезни Аддисона, когда слизистая оболочка окрашивается в цвета от коричнево-лилового до красновато-синюшного оттенка или отек красно-фиолетовая окраска языка — свекольный язык у больных сахарным диабетом. У курильщиков слизистая оболочка может приобретать матовый оттенок [2, 3, 5, 19]. Кроме этого, воспалительные заболевания пародонта сопровождаются изменением цвета десны в виде артериальной или венозной гиперемии, а по данным эпидемиологического обследования, распространенность заболеваний пародонта в возрастной группе 35–44 года у жителей Красноярского края составляет 80,0% [8] и увеличивается с возрастом [6, 8].

Данные индикаторы важны для диагностики, эффективно отражают состояние здоровья полости рта и риск развития стоматологической патологии, однако при формальном заполнении имеют сомнительную информативность. Возможно, это связано с тем, что данные характеристики, с точки зрения врача, не несут важной диагностической информации для заболеваний твердых тканей зубов, основной рутинной работы врача стоматолога-терапевта.

3. Следующая группа показателей — «Аллергологический анамнез» и «Сопутствующие заболевания» — заполняются врачом-стоматологом со слов пациента в ходе сбора жалоб и анамнеза, поэтому не могут рассматриваться как абсолютно объективные. Ретроспективный анализ медицинских карт показал, что неотягощенный аллергологический анамнез имеют 91,2% обследованных. У 23,4% пациентов в истории болезни указана какая-либо сопутствующая патология, а 76,3% отрицают наличие общесоматических заболеваний. Возможно, пациенты не считают необходимым информировать врача о наличии общесоматических проблем потому, что не видят взаимосвязи между этими заболеваниями и состоянием полости рта, не расценивают их как сопутствующую патологию.

4. Группа критериев, которые реально отражают состояние здоровья полости рта и факторы риска развития стоматологических заболеваний, — «Наличие патологических образований», «Гигиена полости рта» и «Состояние прикуса» — критерии, которые оцениваются врачами объективно.

Так, у 2,3% пациентов отмечено наличие патологических образований на слизистой оболочке полости рта, что согласуется с данными по распространенности заболеваний слизистой оболочки полости рта населения Красноярского края по результатам второго эпидемиологического стоматологического обследования населения [8].

В медицинской карте обследованных заполняется результат индивидуального показателя гигиены полости рта с подсчетом показателя в балловой системе. Однако какой именно индекс гигиены был использован не ясно, так как разные индексы содержат разное количество критериев оценки гигиены полости рта и разную балловую шкалу. Оценка гигиены полости рта как «хорошая» отмечена у 9,9% обследованных, «удовлетворительная» — у 61,1%, «неудовлетворительная» — у 20,7%. В 8,3% случаев данная графа была не заполнена.

Ортогнатический прикус имеют 58,6% пациентов проанализированных медицинских карт, прогнатический — 1,9%, перекрестный — 3,1%, открытый 1,9%, глубокий — 3,1%, другой — 15,3%. В 16,1% случаев графа была не заполнена. По данным Кузьминой Э. М. [8], интерес представляют сведения о распространенности различных видов прикуса и зубочелюстных аномалий среди детского населения. В старших возрастных группах показатели менее информативны вследствие наличия большого количества зубов, покрытых коронками и удаленных, а также высокой распространенности воспалительных заболеваний пародонта, тяжелые формы которых приводят к деформации зубного ряда.

5. Наибольший объем информации позволила получить заполненная зубная формула. По данным зубной формулы получена информация, которая объективно отражает состояние здоровья полости рта:

- индекс интенсивности кариеса КПУ с учетом и без учета восьмых зубов, доля кариозных, пломбированных и удаленных зубов, сравнение с предыдущим обследованием, позволяет судить о динамике заболевания и качестве проводимого лечения;
- наличие коронок и искусственных зубов позволяет судить о степени компенсации утраченной функции;
- некариозные заболевания зубов врачи также записывают в зубную формулу и, следовательно, ошибочно считают в значении индекса КПУ.

Показатели изучаемых параметров основных стоматологических заболеваний обследованной группы по данным анализа медицинских карт согласуются с данными других исследований [1, 7, 10, 11].

Заключение

Лист первичного осмотра медицинской карты стоматологического больного должен объективно отражать состояние стоматологического здоровья пациента, следовательно, содержать информацию, которая позволит оценить стоматологический статус, риски развития стоматологических заболеваний, степень компенсации утраченных функций и динамику происходящих изменений. В существующем Листе первичного осмотра часть показателей не информативна, часть показателей заполняется формально, что несет сомнительную информацию.

Оценка стоматологического здоровья населения европейских государств, начиная с 2008 года, проводится с использованием индикаторов глобального здоровья полости рта (EGOHID), содержащих 23 вопроса и карту клинического обследования респондента [18]. Предложенный способ сбора информации о состоянии стоматологического здоровья населения Европы дает возможность органам здравоохранения максимально объективно оценить факты, достижения и проблемы в стоматологии, необходимые для принятия правильного решения [16, 17, 20]. Часть критериев Листа первичного осмотра совпадают с индикаторами EGOHID, тем не менее, анализ первичного осмотра показывает, что многие важные факторы не учитываются. Полностью от-

сутствует оценка состояния тканей пародонта, наличие и использование съемного зубного протезирования, не упоминаются такие важные факторы развития стоматологических заболеваний как курение и характер питания. Кроме того, данная форма медицинской карты морально устарела и не отражает в полной мере как изменений в гражданском законодательстве, так и новых диагностических и лечебных стандартов, поэтому ее определенная модернизация становится неизбежной.

Поступила 20.01.2016

Координаты для связи с авторами:

660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алямовский В. В., Модестов А. А., Дубинина Л. М., Кан В. В. Гигиеническое воспитание и показатели интенсивности кариеса зубов у различных групп населения красноярского края // Сибирское медицинское обозрение. 2007. №4 (45). С. 58–61.
2. Aljamovskij V. V., Modestov A. A., Dubinina L. M., Kan V. V. Gigenichesкое воспитanie i pokazateli intensivnosti kariesa zubov u razlichnyh grupp naselenija krasnojarskogo kraja // Sibirskoe medicinskoe obozrenie. 2007. №4. (45). S. 58–61.
3. Боровский Е. В., Машкилейсон А. Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Руководство для врачей. — М.: МЕДпресс, 2001. — 320 с.
4. Borovskij E. V., Mashkilejson A. L. Zabolevanija slizistoj obolochki polosti rta i gub / Rukovodstvo dlja vrachej. — М.: MEDpress, 2001. — 320 s.
5. Гончарова Е. И. Пигментация тканей полости рта и красной каймы губ // Российский стоматологический журнал. 2003. №6. С. 45–48.
6. Goncharova E. I. Pigmentacija tkanej polosti rta i krasnoj kajmy gub // Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. 2003. №6. S. 45–48.
7. Губанова Е. И. Инволюционные изменения кожи нижней трети лица у женщин (клинико-функциональное исследование): Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2010. — 190 с.
8. Gubanova E. I. Involyucionnye izmenenija kozhi nizhnej treti lica u zhenshchin (kliniko-funkcional'noe issledovanie): Dis. ... d-ra med. nauk. — М., 2010. — 190 s.
9. Джумаев Х. Д. Биохимические аспекты меланоза слизистой оболочки десны // Пародонтология. 2012. Т. 17. №4 (65). С. 45–48.
10. Dzhumaev H. D. Biohimicheskie aspekty melanoza slizistoj obolochki desny // Parodontologija. 2012. T. 17. №4 (65). S. 45–48.
11. Иорданишвили А. К., Тихонов А. В., Арьев А. Л., Солдатов С. В. «Возрастная» эпидемиология заболеваний пародонта // Пародонтология. 2010. Т. 15. №1. С. 25–28.
12. Iordanishvili A. K., Tihonov A. V., Ar'ev A. L., Soldatov S. V. «Vozrastnaja» jepidemiologija zabolevanij parodonta // Parodontologija. 2010. T. 15. №1. S. 25–28.
13. Казарина Л. Н., Вдовина Л. В., Пурсанова А. Е. и др. Оценка стоматологического статуса у студентов 2-го и 3-го курсов стоматологического факультета нижегородской государственной медицинской академии // Стоматология детского возраста и профилактика. 2012. Т. 11. №2. С. 54–57.
14. Kazarina L. N., Vdovina L. V., Pursanova A. E. i dr. Ocenka stomatologicheskogo statusa u studentov 2-go i 3-go kursov stomatologicheskogo fakul'teta nizhegorodskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii // Stomatologija detskogo vozrasta i profilaktika. 2012. T. 11. №2. S. 54–57.
15. Кузьмина Э. М. Стоматологическая заболеваемость населения России. — М.: МГМСУ, 2009. — 225 с.
16. Kuz'mina E. M. Stomatologicheskaja zabolevaemost' naselenija Rossii. — М.: MGMSU, 2009. — 225 s.
17. Нестурх М. Ф. Человеческие расы. — М.: Просвещение, 1965. — 122 с.
18. Nesturh M. F. Chelovecheskie rasy. — М.: Prosveshchenie, 1965. — 122 s.
19. Оскольский Г. И., Ушницкий И. Д., Загородняя Е. Б. и др. Стоматологический статус населения Дальневосточного региона // Эндодонтия Today. 2012. - № 3. С. 10–14.

Oscol'skij G.I., Ushnickij I.D., Zagorodnjaja E.B., i dr. Stomatologicheskij status naselenija Dal'nevostochnogo regiona // Endodontija Today. 2012. №3. S. 10–14.

11. Пыжьянова М. Н., Соловьева А. М. Ретроспективный анализ эффективности эндодонтического лечения у населения крупного индустриального центра России // Эндодонтия Today. 2004. №1–2. С. 3–8.

Pyzh'janova M. N., Solov'eva A. M. Retrospektivnyj analiz effektivnosti jendodonticheskogo lechenija u naselenija krupnogo industrial'nogo centra Rossii // Endodontija Today. 2004. №1–2. S. 3–8.

12. Самищенко С. С. Судебная медицина: Учебник для юридических вузов. — М.: Юрайт, 2010. — 371 с.

Samishchenko S. S. Sudebnaja medicina: Uchebnik dlja juridicheskikh vuzov. — М.: Jurajt, 2010. — 371 s.

13. Сперанский В. С. Основы медицинской краниологии. — М.: Медицина, 1988. — 269 с.

Speranskij V. S. Osnovy medicinskoj kraniologii. — М.: Medicina. 1988. — 269 s.

14. Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 г. №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации» [Электронный ресурс]. — URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=ESU;n=13983> (дата обращения: 15.03.2015).

Prikaz Minzdrava SSSR ot 04.10.1980 g. №1030 «Ob utverzhdenii form pervichnoj medicinskoj dokumentacii» [Elektronnyj resurs]. — URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=ESU;n=13983> (data obrashchenija: 15.03.2015).

15. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.12.2014 г. N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению [Электронный ресурс]. — URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=175963> (дата обращения: 15.03.2015).

Prikaz Ministerstva zdravooohranenija RF ot 15.12.2014 g. N 834n «Ob utverzhdenii unificirovannyh form medicinskoj dokumentacii, ispol'zuemyh v medicinskih organizacijah, okazyvajushhih medicinskuju pomoshh' v ambulatornyh uslovijah, i porjadkov po ih zapolneniju [Elektronnyj resurs]. — URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=175963> (data obrashhenija: 15.03.2015).

16. Bourgeois D. M., Llodra J. C., Nordblad A., Pitts N. B. Report of the EGOHID I Project. Selecting a coherent set of indicators for monitoring and evaluating oral health in Europe: criteria, methods and results from the EGOHID I project // Community Dent Health. 2008. Vol. 25. P. 4–10.

17. Dănilă I., Saveanu I., Balcos C. Assessment of oro-dental health status using the CAO and EGOHID indexes at the young people // Romanian Journal of Oral Rehabilitation. 2010. Vol. 2. №3. P. 50–54.

18. Bourgeois D. M., Llodra J. C., Christensen L.-B., Pitts N. B., Ottolenghi L., Senekola E. Health surveillance in Europe. Oral health interviews and clinical surveys: guidelines. — Lyon: University Lyon I, Publisher, 2008. — 110 p.

19. Soliman M. M., Al Thomali Y., Al Shammrani A., El Gazeerly H. The use of soft tissue diode laser in the treatment of oral hyper pigmentation // Int J Health Sci (Qassim). 2014. Apr. №8 (2). P. 133–140.

20. Special Eurobarometer 330. [Электронный ресурс]. — URL: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/_330_en.pdf (дата обращения: 08.01.2013).

Special Eurobarometer 330. [Elektronnyj resurs]. — URL: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/_330_en.pdf (data obrashchenija: 08.01.2013).