



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования Первый Московский
государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Под редакцией С.В. Тарасенко

УЧЕБНИК

Министерство науки и высшего образования РФ

Рекомендовано Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» в качестве учебника для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования уровня специалитета по направлению подготовки 31.05.03 «Стоматология»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	9
Предисловие	10
Список сокращений и условных обозначений	12
Введение. Хирургическая стоматология: содержание, связь с другими медицинскими дисциплинами и этапы развития	14
Глава 1. Организация стоматологической хирургической помощи населению (Тарасенко С.В., Ершова А.М.)	20
1.1. Нормативные требования к учреждениям, оказывающим хирургическую стоматологическую помощь	21
1.2. Оснащение и оборудование хирургического отделения (кабинета)	23
1.3. Организация труда и работы в хирургическом отделении, кабинете	24
1.4. Организация работы хирургического стоматологического стационара	26
1.5. Профилактика внутрибольничных инфекций. Асептика и антисептика в хирургической стоматологии	27
1.6. Правовые аспекты амбулаторного хирургического лечения в медицинских учреждениях стоматологического профиля	35
Глава 2. Особенности оперативных вмешательств в хирургической стоматологии (Ершова А.М., Морозова Е.А.)	40
2.1. Анатомо-топографические особенности челюстно-лицевой области	40
2.2. Принципы хирургических вмешательств при операциях в полости рта	44
2.3. Хирургический инструментарий	49
2.4. Шовные материалы	54
Глава 3. Обследование пациентов в клинике хирургической стоматологии (Тарасенко С.В., Ершова А.М.)	56
3.1. Основные и дополнительные методы обследования	56
3.2. Ведение медицинской документации, заполнение амбулаторных медицинских карт пациентов	77
3.3. Деонтология и врачебная этика	80
Глава 4. Обезболивание в хирургической стоматологии (Тарасенко С.В., Дьячкова Е.Ю.)	84
4.1. Общее обезболивание	84

4.2. Местное обезболивание	91
4.3. Иннервация органов полости рта	105
4.4. Инфильтрационная анестезия	114
4.5. Проводниковая анестезия	122
4.6. Осложнения обезболивания	151
4.7. Премедикация в хирургической стоматологии	177
4.8. Выбор метода обезболивания у пациентов с сопутствующими заболеваниями	182
Глава 5. Удаление зубов (Ашурко И.П.)	187
5.1. Показания и противопоказания к удалению постоянных зубов	187
5.2. Подготовка к удалению зубов	191
5.3. Инструменты для удаления зубов	195
5.4. Методика удаления зуба	206
5.5. Удаление зубов с сохранившейся коронковой частью	211
5.6. Удаление корней зубов	220
5.7. Удаление зубов и корней с помощью физиодиспенсера	225
5.8. Обработка лунки удаленного зуба	227
5.9. Заживление лунки удаленного зуба	229
5.10. Интраоперационные и послеоперационные осложнения удаления зубов	230
Глава 6. Одонтогенные воспалительные заболевания (Тарасенко С.В., Морозова Е.А., Ашурко И.П.)	247
6.1. Классификация, этиология и патогенез	247
6.2. Особенности местного иммунитета полости рта	258
6.3. Типы воспалительных реакций	259
6.4. Острый периодонтит, хронический периодонтит, обострение хронического периодонтита	260
6.5. Хирургические методы лечения периодонтитов	277
6.6. Периостит челюстей	291
6.7. Топическая диагностика абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области	307
6.8. Одонтогенный остеомиелит челюстей	312
6.9. Лимфаденит, лимфангит	328
Глава 7. Болезни прорезывания зубов (Тарасенко С.В., Ашурко И.П.)	338
7.1. Перикоронит	341
7.2. Позадимолярный периостит	347
7.3. Задержка прорезывания и аномалия положения зуба	350
7.4. Удаление зубов при аномалии прорезывания и положения	353

Глава 8. Одонтогенный верхнечелюстной синусит (Тарасенко С.В., Дьячкова Е.Ю.)	356
8.1. Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит	362
8.2. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит	364
8.3. Обострение хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита	365
8.4. Перфоративный верхнечелюстной синусит	368
8.5. Лечение острого, хронического, перфоративного верхнечелюстного синусита	370
Глава 9. Специфические инфекционные воспалительные заболевания полости рта (Дьячкова Е.Ю.)	376
9.1. Актиномикоз	376
9.2. Туберкулез	385
9.3. Сифилис	392
Глава 10. Заболевания и повреждения слюнных желез (Тарасенко С.В., Ларионова Е.В.)	397
10.1. Классификация заболеваний слюнных желез	398
10.2. Методы обследования слюнных желез	401
10.3. Пороки развития слюнных желез	404
10.4. Сиаладенозы	405
10.5. Воспалительные заболевания слюнных желез. Сиаладениты	409
10.6. Слюннокаменная болезнь	420
10.7. Повреждения слюнных желез	424
Глава 11. Травма зубов (Тарасенко С.В., Гор И.А.)	427
11.1. Вывих зуба	427
11.2. Перелом зуба	432
Глава 12. Заболевания тройничного и других нервов лица (Ларионова Е.В.)	437
12.1. Классификация и анатомия	437
12.2. Невралгия тройничного нерва	439
12.3. Постгерпетическая невропатия (невралгия) тройничного нерва	447
12.4. Дентальная плексалгия	448
12.5. Невропатия тройничного нерва	449
12.6. Невралгия языкоглоточного нерва (синдром Сикара–Робино)	452
12.7. Невропатия ушно-височного нерва	453
12.8. Поражения лицевого нерва	454

Глава 13. Заболевания и повреждения височно-нижнечелюстного сустава (Тарасенко С.В., Бондаренко И.В.)	462
13.1. Анатомия височно-нижнечелюстного сустава	462
13.2. Классификация заболеваний височно-нижнечелюстного сустава	468
13.3. Обследование пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава	469
13.4. Вывихи нижней челюсти	472
13.5. Артриты	476
13.6. Остеоартроз	480
13.7. Анкилоз	482
13.8. Контрактура	486
13.9. Болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава	489
Глава 14. Хирургические методы лечения патологии пародонта (Тарасенко С.В., Ларионова Е.В.)	493
14.1. Классификация хирургических вмешательств на тканях пародонта	493
14.2. Показания и противопоказания к проведению хирургических вмешательств на тканях пародонта. Методы неотложной хирургии в пародонтологии	495
14.3. Операции, направленные на устранение пародонтальных карманов	496
14.4. Остеопластические материалы, применяемые при оперативных вмешательствах на пародонте	513
14.5. Мукогингивальная хирургия	515
14.6. Операции по устранению рецессий	525
14.7. Виды аутотрансплантатов и техники их забора	532
Глава 15. Онкологическая настороженность. Диагностика новообразований органов полости рта (Морозова Е.А.)	538
15.1. Онкологическая настороженность. Ранняя диагностика	538
15.2. Диагностика новообразований органов полости рта	544
Глава 16. Доброкачественные образования полости рта (Тарасенко С.В., Морозова Е.А.)	551
16.1. Плоскоклеточная папиллома	551
16.2. Фиброма	553
16.3. Гемангиома	554

Глава 17. Опухолеподобные образования мягких тканей челюстно-лицевой области. Кисты (Морозова Е.А., Тарасенко С.В.)	556
17.1. Сосочковая гиперплазия	556
17.2. Кератоакантома	556
17.3. Плоскоклеточный кератоз (кератотическая папиллома)	557
17.4. Себорейный кератоз	558
17.5. Ринофима	558
17.6. Фиброзное разрастание	560
17.7. Эпулис	560
17.8. Фиброматоз	562
17.9. Диффузный липоматоз	563
17.10. Системный гемангиоматоз	564
17.11. Гемангиома грануляционно-тканевого типа (пиогенная гранулема)	565
17.12. Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена)	565
17.13. Опухолеподобные поражения слюнных желез	566
17.14. Кисты малых слюнных желез	566
17.15. Киста подъязычной слюнной железы (ранула)	568
 Глава 18. Опухолеподобные образования челюстей. Кисты челюстей (Тарасенко С.В., Морозова Е.А.)	 570
18.1. Центральная гигантоклеточная гранулема (гигантоклеточная репаративная гранулема)	570
18.2. Фиброзная дисплазия	571
18.3. Эозинофильная гранулема	573
18.4. «Коричневая опухоль» (гиперпаратиреоидизма)	575
18.5. Деформирующий остеоит (болезнь Педжета)	576
18.6. Неэпителиальные кисты челюстей	577
18.7. Эпителиальные (одонтогенные) кисты челюстей	578
18.8. Эпителиальные (неодонтогенные) кисты челюстей	589
 Глава 19. Дентальная имплантация (Тарасенко С.В., Бондаренко И.В.)	 592
19.1. Краткая история дентальной имплантации	592
19.2. Материалы для изготовления дентальных имплантатов	595
19.3. Классификация дентальных имплантатов	598
19.4. Строение внутрикостных имплантатов	601
19.5. Остеоинтеграция	609
19.6. Показания и противопоказания к дентальной имплантации	612

19.7. Диагностика и планирование лечения пациентов с использованием дентальных имплантатов	613
19.8. Предоперационная подготовка и обезболивание	622
19.9. Оборудование и инструменты	624
19.10. Объем и размеры альвеолярного гребня	626
19.11. Плотность и архитектура костной ткани	629
19.12. Непосредственная и отсроченная дентальная имплантация	630
19.13. Дополнительные операции при дентальной имплантации	636
19.14. Осложнения дентальной имплантации	652
19.15. Гигиенические мероприятия при дентальной имплантации	655
 Список литературы	 658
Предметный указатель	663

Глава 1

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Стоматологическую хирургическую помощь взрослому населению на территории Российской Федерации оказывают лечебно-профилактические учреждения, деятельность которых регламентирована¹ и направлена на выявление, лечение и профилактику заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО).

К лечебно-профилактическим учреждениям, оказывающим стоматологическую хирургическую помощь, относят следующие.

- ▶ **Стоматологический кабинет** — структурная единица отделения, ограниченная одним помещением; иногда самостоятельное лечебное учреждение, оказывающее стоматологическую помощь согласно своему профилю.
- ▶ **Отделение хирургической стоматологии** — структурная единица лечебно-профилактического учреждения, стоматологической клиники или поликлиники для оказания стоматологической помощи своего профиля. Стоматологические отделения могут входить в состав многопрофильных поликлиник, многопрофильных больниц, научно-исследовательских центров и институтов, специализированных центров, клиничко-диагностических центров, госпиталей.
- ▶ **Стоматологическая поликлиника** (районная, городская, областная) — лечебное учреждение, предназначенное для оказания всех видов стоматологической помощи, кроме стационарной хирургической. Структура стоматологической поликлиники включает основные отделения (терапевтическое, хирургическое, ортопедическое) и вспомогательные службы (регистратура, рентгеновский кабинет, физиотерапевтический кабинет, зуботехническая лаборатория, диагностическая лаборатория, административно-хозяйственная часть).
- ▶ **Выездная стоматологическая бригада** — это бригада специалистов, оснащенная передвижным оборудованием, которая занимается оказанием помощи в отдаленных населенных пунктах, в образовательных учреждениях, на производстве и в других учреждениях, а также осуществляет выезд на дом к тяжелобольным и маломобильным пациентам.

Основное место в структуре стоматологической службы принадлежит стоматологическим поликлиникам. Согласно приложению № 1 приказа Мин-

¹ Приказ Минздравсоцразвития РФ № 1496н от 07.12.2011 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».

здравоохранения РФ № 633 от 13.10.2005 «Об организации медицинской помощи», выделяют три уровня оказания стоматологической помощи:

- ▶ **квалифицированная** (стоматологические кабинеты и отделения в поликлиниках общего профиля, районных больницах, медико-санитарных частях и др.);
- ▶ **специализированная** (отделения стоматологических поликлиник, стоматологические отделения в поликлиниках общего профиля, больницах и др.);
- ▶ **узкоспециализированная**, в том числе высокотехнологичная (отделения крупных многопрофильных поликлиник и больниц, стоматологические факультеты вузов, научно-исследовательские институты).

1.1. НОРМАТИВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К УЧРЕЖДЕНИЯМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ХИРУРГИЧЕСКУЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

Организацию и деятельность стоматологических лечебно-профилактических учреждений (поликлиники, отделения, кабинета) проводят в строгом соответствии с санитарными правилами устройства, оборудования, эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охраны труда и личной гигиены персонала².

Оптимальный вариант устройства и расположения стоматологических поликлиник — отдельно стоящее типовое здание. При соблюдении гигиенических условий, предусмотренных санитарными правилами, возможно размещение стоматологических кабинетов в оборудованных помещениях, встроенных в здания и жилые дома, при условии отсутствия в них рентгеновских и физиотерапевтических установок. Стоматологические отделения и кабинеты могут быть также организованы в многопрофильных поликлиниках, больницах, санаториях, общеобразовательных учреждениях и других учреждениях, где необходимо оказание стоматологической помощи.

Согласно санитарным правилам, для организации **хирургического отделения** в стоматологической поликлинике необходимо не менее пяти отдельных помещений.

- ▶ Помещение для ожидания пациентов (из расчета 1,2 м² на одного пациента, но не менее 4,8 м² — из расчета на четверых пациентов, одновременно ожидающих приема врача).
- ▶ Предоперационная (не менее 10 м²).
- ▶ Операционная (площадь помещения — не менее 23 м² на одно стоматологическое кресло /операционный стол, а при установке каждого дополнительного кресла/стола следует добавлять по 7 м²).

² СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2010 № 58; изменения внесены в 2016 г. и утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.03.2016 № 27).

- ▶ Стерилизационная (не менее 8 м²).
- ▶ Комната временного пребывания пациентов после операции.

Оперативные вмешательства, для проведения которых осуществляют медицинскую деятельность по анестезиологии и реаниматологии, проводят в условиях операционного блока. При этом оборудуют помещение для временного пребывания пациента после операции. В операционной при необходимости обеспечивают подачу медицинских газов.

Для открытия **хирургического кабинета** необходимо не менее трех отдельных помещений.

- ▶ Помещение для ожидания пациентов (при организации на базе лечебного учреждения допускают ожидание пациента в общем помещении).
- ▶ Комната для стерилизации инструментов, приготовления материалов, подготовки персонала (площадью не менее 10 м², оборудованная вытяжным шкафом).
- ▶ Операционная (площадь не менее 14 м² на одно стоматологическое кресло, при установке каждого дополнительного кресла добавляют по 7 м²).

Хирургические кабинеты в стоматологических поликлиниках оборудуют централизованными или автономными системами водоснабжения (холодного и горячего), канализации, отопления и вентиляции.

Для отделки стен в кабинетах применяют материалы, разрешенные для использования в помещениях с влажным асептическим режимом, устойчивые к дезинфектантам. Стены хирургического кабинета облицовывают керамической плиткой на высоту не ниже 1,8 м, а в операционной — на всю высоту. Углы и места соединения стен, потолка и пола кабинетов хирургического отделения стоматологической поликлиники и стационара (операционная, предоперационная, перевязочная) должны быть гладкими, без щелей (высота потолка — не менее 3 м, глубина помещения — не более 6 м). Дверные и оконные проемы также должны быть гладкими, легко подверженными влажной уборке.

Потолки стоматологических кабинетов, операционных, предоперационных, стерилизационных окрашивают водоэмульсионными или другими красками. Возможно использование подвесных потолков, если это не влияет на нормативную высоту помещения. Подвесные потолки выполняют из плит (панелей), имеющих гладкую неперфорированную поверхность, устойчивую к действию моющих веществ и дезинфектантов.

Пол в хирургических кабинетах и других помещениях хирургического отделения/кабинета должен быть антистатическим; его настилают рулонным линолеумом (поливинилхлорированный материал) или керамической плиткой, а в операционной — полимерцементной мастикой или керамической плиткой.

В стоматологических кабинетах оборудуют систему общеобменной механической вентиляции (приточно-вытяжной) с кратностью воздухообмена 3 раза в час по вытяжке и 2 раза в час по притоку. Автономные системы вентиляции предусматривают для операционных с предоперационными, а также для стерилизационных и рентгенологических кабинетов. Независимо от наличия общеобменной вентиляции, в кабинетах необходимы легко

открываемые фрамуги или форточки. В стоматологическом кабинете важно поддерживать температурный режим: 18–23 °С — в холодное время года, 21–25 °С — в теплое.

Кабинет должен иметь естественное и искусственное освещение. Допускают использование солнцезащитных приспособлений, однако в операционных и хирургических кабинетах солнцезащитные средства типа жалюзи размещают между оконными рамами. Общее искусственное освещение обеспечивают люминесцентные лампы или лампы накаливания. Для общего люминесцентного освещения рекомендуют использовать лампы со спектром излучения, не искажающим цветопередачу. Уровень освещенности кабинета должен составлять не менее 500 лк. Светильники общего освещения размещают с таким расчетом, чтобы они не попадали в поле зрения работающего врача. Создаваемая рефлектором (местным источником) освещенность не должна превышать уровень общего освещения более чем в 10 раз (в пределах 2000–2500 лк), чтобы не вызывать утомительной для зрения врача световой переадаптации при переводе взгляда с различно освещенных поверхностей.

В стоматологических кабинетах оборудуют отдельные или двухсекционные раковины для мытья рук и обработки инструментов. При наличии стерилизационной и организации в ней централизованной предстерилизационной обработки инструментария в кабинетах допускают наличие одной раковины. В операционном блоке раковины устанавливают в предоперационной. В хирургических кабинетах, стерилизационных, предоперационных устанавливают локтевые или сенсорные смесители.

Для обеззараживания воздуха в кабинетах предусмотрена установка бактерицидных облучателей. Облучатели включают перед началом работы и после ее окончания. После действия бактерицидного облучателя (30–60 мин) включают систему механической вентиляции для удаления из помещения окислов озона и азота, образующихся при работе облучателя. Для очистки и обеззараживания воздуха может быть рекомендовано применение рециркуляционных воздухоочистителей.

1.2. ОСНАЩЕНИЕ И ОБОРУДОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА)

Все хирургические кабинеты и хирургические отделения необходимо обеспечить изделиями медицинской техники и медицинского назначения в количестве, достаточном для бесперебойной работы, с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов. Обязательное оборудование — стоматологическое кресло (или несколько), бестеневая лампа, мебель (столики для инструмента, стул врача и др.), стоматологические наконечники, бактерицидные и ультрафиолетовые (УФ) лампы. Стоматологический инструментарий включает карпульные шприцы, пинцеты (стоматологические, хирургические, анатомические), зеркала, шпатели, наборы щипцов для удаления зубов, элеваторы, скальпели и ручки для держателя скальпеля, крючки, распаторы, кюретажные ложки, долота, кровоостанавливающие зажимы, иглы, иглодержатели,



Рис. 1.1. Физиодиспенсер

зонды прямые и изогнутые, зонды для исследования слюнных желез. Стерильные изделия выкладывают на стоматологический столик врача (на стерильный лоток или стерильную салфетку) непосредственно перед манипуляциями у конкретного пациента.

В хирургическом отделении (кабинете) необходимо наличие **физиодиспенсера** с набором наконечников (прямых и угловых), боров и фрез (рис. 1.1).

Влажную уборку проводят не реже 2 раз в день между рабочими сменами и в конце каждого рабочего дня (по режимам дезинфекции при бактериальных инфекциях) способами орошения и/или протирания. Мытье оконных стекол следует проводить не реже 1 раза в месяц изнутри и не реже 1 раза в 3 мес снаружи (весной, летом и осенью). Дезинфекцию поверхностей предметов, находящихся в зоне лечения (столик для инструментов, пульт управления, пустер, светильник, плевательница, подголовник и подлокотники стоматологического кресла), проводят после каждого пациента. Для этого используют дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в присутствии пациентов и обладающие широким спектром антимикробного действия (вирулицидным, бактерицидным, фунгицидным).

1 раз в неделю необходимо проводить генеральную уборку в операционном блоке, хирургическом кабинете и стерилизационной с использованием дезинфектантов. После дезинфекции кабинет облучают бактерицидной лампой и проветривают механической вентиляцией. Для оценки санитарного состояния помещения используют бактериологический контроль.

1.3. ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА И ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ, КАБИНЕТЕ

Штатные нормативы бюджетных медицинских организаций устанавливают на основании **приказа МЗ СССР № 504 от 31.08.1989**, согласно которому на 10 тыс. населения предусмотрено выделение четырех врачей-стоматологов. Число хирургов среди них зависит от обращаемости за помощью. Штат медицинских сестер устанавливают из расчета одна должность на каждую должность врача-хирурга, штат санитарок — из расчета одна должность на каждую должность врача.

В поликлинических условиях возможно проведение только таких стоматологических операций, после которых пациент может самостоятельно или в сопровождении родственников вернуться домой. Плановые операции назначают на специально предусмотренный операционный день.

В условиях **хирургического кабинета** возможно выполнение следующих видов оперативных вмешательств:

- ▶ удаление зубов;
- ▶ зубосохраняющие операции;
- ▶ операции на пародонте;
- ▶ удаление кист челюстей;
- ▶ дентальная имплантация;
- ▶ лечение нетяжелых гнойно-воспалительных процессов (абсцессы полости рта и кожи);
- ▶ лечение нетяжелых травм ЧЛЮ (ссадины, ушибы, поверхностные раны);
- ▶ первая врачебная помощь при переломах костей лицевого черепа;
- ▶ первая врачебная помощь при неотложных состояниях.

В **хирургических стоматологических отделениях** возможно проведение следующих оперативных вмешательств:

- ▶ удаление зубов;
- ▶ зубосохраняющие операции;
- ▶ операции на пародонте;
- ▶ удаление кист челюстей;
- ▶ дентальная имплантация;
- ▶ неоперативное лечение заболеваний слюнных желез;
- ▶ лечение нетяжелых гнойно-воспалительных процессов (абсцессы полости рта, абсцедирующий лимфаденит и др.);
- ▶ лечение нетяжелых травм ЧЛЮ (ссадины, ушибы, поверхностные раны);
- ▶ лечение неосложненных переломов лицевого черепа (в рамках консервативно-ортопедических мер);
- ▶ первая врачебная помощь при переломах костей лицевого черепа;
- ▶ первая врачебная помощь при неотложных состояниях;
- ▶ при наличии анестезиологической бригады и соответствующего оборудования возможны оперативные вмешательства под наркозом.

Работу кабинета хирургической стоматологии организуют с учетом разделения потоков «чистых» (плановых) и «гнойных» вмешательств. Плановые вмешательства проводят в специально выделенные дни с предварительным проведением генеральной уборки.

Первичные больные поступают в хирургическое отделение через регистратуру или переводом (направлением) из других отделений поликлиники. В первую очередь осуществляют обследование и проведение необходимых лечебных мероприятий больным, нуждающимся в оказании срочной неотложной помощи по состоянию здоровья и характеру заболевания. Пациентам, не нуждающимся в срочной помощи, после обследования назначают плановую операцию. В сложных случаях больных направляют на лечение в стационар.

На каждого пациента оформляют **медицинскую карту стоматологического больного**, которая служит не только медицинским, но и юридическим документом, и хранят в регистратуре в течение 5 лет, затем ее сдают в архив. В медицинской карте стоматологического больного подробно фиксируют жалобы, анамнез жизни и заболевания пациента, результаты обследования, диагноз, план лечения, результаты дополнительных методов обследования, этапы лечения, рекомендации, осложнения, повторные осмотры, данные динамического наблюдения.

Ежедневно проводят учет объема работы врача. Отчеты о работе врачей и выдачу листков нетрудоспособности ежемесячно анализирует руководитель. Количество выданных листков нетрудоспособности, длительность освобождения от работы и диагноз, на основании которого пациент был освобожден от работы, фиксируют в специальной учетной книге. Для учета объема работы хирургических стоматологических отделений (кабинетов) используют сводные ведомости учета врача-стоматолога, стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (форма № 039-2/у-88).

1.4. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Стационар предназначен для проведения обследования и лечения пациентов с заболеваниями ЧЛО, требующими хирургического или консервативного лечения в клинических условиях.

- ▶ **В срочном порядке** через службу неотложной помощи необходимо госпитализировать пациентов с острыми воспалительными заболеваниями ЧЛО (остеомиелит челюсти, абсцесс, флегмона, лимфаденит, фурункул, карбункул, травматические повреждения, кровотечения).
- ▶ **В плановом порядке** в хирургический стоматологический стационар поступают пациенты для лечения врожденных и приобретенных дефектов и деформаций лица, доброкачественных новообразований ЧЛО, для хирургического этапа лечения злокачественных новообразований ЧЛО, а также лечения пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

Хирургический стоматологический стационар имеет те же подразделения, что и хирургический стационар общего профиля: операционно-перевязочный блок, процедурная, палаты (в том числе палаты интенсивной терапии), пост медицинских сестер, пищеблок и др.

Хирургический стоматологический стационар оснащен следующим оборудованием: стоматологическое кресло/стол (или несколько), бестеневая лампа, мебель (столики для инструмента и др.), стоматологические наконечники, бактерицидные и УФ-лампы, хирургический инструментарий, анестезиологическое и реанимационное оборудование и оснащение.

Задачи **анестезиологической службы**:

- ▶ оценка функционального состояния пациента;
- ▶ решение о выборе метода обезболивания (местное или общее) и премедикации;

- ▶ подготовка пациента к операции;
- ▶ поддержание и восстановление функций основных систем организма;
- ▶ обеспечение анестезиологического пособия при проведении стоматологических операций в условиях поликлиники.

Обязательный аспект работы анестезиологической службы — ведение документации: запись в карте (истории болезни) и журнале анестезиологического обеспечения, отчетность по больнице/клинике/поликлинике.

В **дневном стоматологическом хирургическом стационаре** возможно проведение всех видов операций в ЧЛЮ, после которых нет необходимости в круглосуточном наблюдении за пациентами, при отсутствии тяжелых гнойно-воспалительных процессов, тяжелых травматических повреждений, распространенных злокачественных новообразований, необходимости проведения объемных реконструктивных вмешательств. Образование данной формы организации возможно на базе многопрофильной больницы (стационара), стоматологических факультетов, специализированных центров, научно-исследовательских институтов. Требования к помещению дневного стационара аналогичны хирургическому стационару общего профиля, то есть необходимы следующие подразделения: операционно-перевязочный блок, процедурная, палаты (в том числе палаты интенсивной терапии), пост медицинских сестер.

1.5. ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ. АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Врачей-стоматологов относят к группе риска по инфекционным заболеваниям. При проведении стоматологических манипуляций передача инфекции возможна от пациента врачу, от врача пациенту и от одного пациента к другому.

Источники инфицирования раны могут быть:

- ▶ экзогенными — заражение происходит из внешней среды воздушным или контактным путем;
- ▶ эндогенными — инфекция попадает в рану контактным, гематогенным или лимфогенным путем.

Для профилактики развития и распространения инфекции в хирургической стоматологии большое значение имеют асептика и антисептика.

Асептика

Общие сведения

Асептика — комплекс мер, направленный на профилактику инфицирования ран во время операций, а также предупреждение развития внутрибольничной инфекции.

Асептика включает:

- ▶ стерилизацию инструментов и материалов;
- ▶ специальную обработку рук хирурга;

- ▶ соблюдение правил при оперативных вмешательствах и инвазивных хирургических манипуляциях;
- ▶ осуществление специальных гигиенических и организационных мероприятий.

Выделяют пять путей инфицирования раневой поверхности:

- ▶ воздушный;
- ▶ капельный;
- ▶ контактный;
- ▶ имплантационный;
- ▶ смешанный.

Меры предупреждения занесения инфекции в рану воздушным путем в отделениях хирургической стоматологии:

- ▶ система приточно-вытяжной вентиляции;
- ▶ система фильтрации поступающего воздуха;
- ▶ система «шлюзов» операционного блока.

Источники инфицирования

Источниками инфицирования воздуха внутри операционной могут стать стены, пол, потолок, мебель, оборудование и инструментарий, персонал и пациенты. Именно поэтому хирургический кабинет, операционный зал, перевязочную и процедурный кабинет необходимо подвергать текущей, постоянной и генеральной уборке с использованием химических средств для дезинфекции и физических факторов (УФ-облучателей). Медицинский персонал в хирургическом кабинете/операционной должен находиться в специальной одежде, шапочке, маске, бахилах.

После проведения оперативных вмешательств проводят сортировку использованных материалов и отдельный сбор металлических инструментов (игл, лезвий скальпелей).

Источниками экзогенного контактного инфицирования могут стать руки врача, ассистента и операционной медицинской сестры, рабочий инструмент и операционное поле. Врачи, работающие в хирургических отделениях, должны коротко стричь ногти, следить, чтобы на руках не было трещин и порезов, лака на ногтях и искусственных ногтей. В операционную хирург входит в чистом хирургическом костюме, чистой медицинской обуви, шапочке и маске. Перед обработкой рук хирургов необходимо снять кольца, перстни, часы, браслеты.

Для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера) (рис. 1.2). Руки вытирают индивидуальным полотенцем (салфеткой), предпочтительно одноразовым. Гигиеническую обработку рук (без их предварительного мытья) проводят спиртсодержащим или другим разрешенным к применению антисептиком путем втирания его в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению (обращают особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей и между пальцами). Непременное условие эффективного обеззараживания рук — поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.



Рис. 1.2. Локтевые дозаторы для жидкого мыла, антисептика

Стерильные перчатки надевают сразу после полного высыхания антисептика на коже рук.

Хирургическую обработку рук проводят в два этапа.

► **Первый этап** — механическая очистка рук. Руки моют с мылом в течение 1 мин. Порядок мытья рук:

- ладонь к ладони, правая ладонь над тыльной стороной левой;
- левая ладонь над тыльной стороной правой, ногтевые ложа;
- ладонь к ладони, пальцы одной руки в межпальцевых промежутках другой;
- вращательное трение больших пальцев;
- вращательное трение ладоней.

Каждое движение повторяют 5 раз. Затем руки тщательно ополаскивают теплой водой и насухо промокают стерильной салфеткой.

► **Второй этап** — дезинфекция рук кожным антисептиком. 80% раствор этанола (Этилового спирта^а) в качестве кожного антисептика при хирургической обработке рук не используют. Руки протирают салфеткой (7×7 см), смоченной кожным антисептиком от кончиков пальцев до локтя. Особенно тщательно протирают ногтевые ложа, между пальцами и основание большого пальца. Руки протирают двукратно, разными стерильными салфетками по 1,5 мин (суммарно — 3 мин). При использовании кожных антисептиков, содержащих спирт, их можно по 2,5–3 мл втирать в кожу кистей рук и предплечий в течение 5 мин до полного высыхания. Затем на сухие руки надевают стерильные одноразовые перчатки. После снятия перчаток руки протирают салфеткой (7×7 см), смоченной кожным антисептиком, затем моют с мылом, тщательно ополаскивают и смягчают кремом.

Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно загрязненными микроорганизмами, слизистыми оболочками, поврежденной кожей. Недопустимо использование одной и той же пары перчаток при контакте (для ухода) с двумя и более пациентами, при переходе от одного пациента к другому или от загрязненного микроорганизмами участка тела к чистому.

Во избежание загрязнения рук выделениями, кровью и другими биологическими жидкостями при снятии перчаток их следует протереть тампоном (салфеткой), смоченной раствором дезинфицирующего средства (или антисептика). Перчатки снимают, погружают в раствор средства, затем их утилизируют. Руки обрабатывают антисептиком.

Перед проведением операции необходимо также **подготовить и операционное поле**: кожу в области операционного поля и по периферии двукратно обрабатывают спиртом, а слизистые оболочки в области операционного поля двукратно обрабатывают водными растворами антисептиков (хлоргексидином или его производными). Затем область операционного поля отграничивают стерильной простыней.

Все перечисленные меры создают барьер для экзогенной инфекции, которая в 90% случаев попадает из внешней среды при нарушении стерильности во время операций.

Эндогенными источниками инфицирования могут стать кожный покров, полость рта, ЛОР-органы, очаги хронической инфекции. Большое значение в активации эндогенной инфекции имеют факторы специфической и неспецифической защиты пациента.

Дезинфекция и стерилизация

В условиях работы амбулаторных и стационарных отделений приобретает значение перекрестная больничная инфекция, которая часто вызывает послеоперационные гнойные осложнения. Соблюдение асептики играет важную роль для предупреждения заражения врачей, медицинского персонала и пациентов вирусными гепатитами В, С, ВИЧ³-инфекцией, туберкулезом, сифилисом. Для профилактики внутрибольничных инфекций в лечебных учреждениях осуществляют дезинфекционные и стерилизационные мероприятия, которые включают профилактическую и очаговую дезинфекцию, дезинсекцию, дератизацию, обеззараживание, предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинского назначения.

В хирургических отделениях/кабинетах необходимы отдельные емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств, используемых для обработки различных объектов:

- ▶ для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации инструментария, а также для предварительной очистки (при использовании средств, обладающих фиксирующими свойствами);
- ▶ для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования;
- ▶ для обеззараживания уборочного материала, отходов классов Б и В.

Стерилизация — сложный многоступенчатый процесс, который состоит из предстерилизационной очистки, упаковки, собственно стерилизации и контроля качества стерилизации.

После применения все инструменты подлежат **дезинфекции** независимо от дальнейшего их использования (изделия однократного и многократного

³ ВИЧ — вирус иммунодефицита человека.

применения). Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и его назначения. Для дезинфекции изделий медицинской техники и медицинского назначения применяют **дезинфицирующие средства**, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное — с активностью в отношении грибов рода *Candida*) действия. При проведении дезинфекции растворами химических средств инструменты погружают в рабочий раствор средства; разъемные изделия — в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений.

Дезинфекцию способом протирания можно применять для медицинской техники и инструментария, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения (наконечники, переходники от турбинного шланга к наконечникам, микромотор к механическим наконечникам).

После дезинфекции инструменты многократного применения проходят **предстерилизационную очистку** ручным способом при комнатной температуре. Затем медицинские инструменты отмывают от остатков дезинфицирующего средства в соответствии с рекомендациями в инструкции по применению конкретного средства.

Обеззараживание стоматологических отсасывающих систем проводят после окончания работы, для чего через систему прокачивают раствор дезинфицирующего средства, рекомендованного для этих целей; заполненную раствором систему оставляют на время, указанное в инструкции по применению средства. После окончания дезинфекционной выдержки раствор из системы сливают и промывают ее проточной водой.

Предстерилизационную очистку инструментария осуществляют после дезинфекции или при совмещении с дезинфекцией в одном этапе (в зависимости от применяемого средства) — ручным или механизированным способом. Механическую очистку инструментов проводят с использованием щеток. Особенно тщательно обрабатывают боры, фрезы, кюретажные ложки, рашпили, иглодержатели и пинцеты, инструменты для остеотомии, щипцы для удаления зубов, имеющие замковые крепления и ретенционные пункты. Механическая и антисептическая очистка инструментария может быть дополнена ультразвуковой (УЗ) обработкой.

Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки азопирамовой или амидопириновой пробы на наличие остаточных количеств крови, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств (в соответствии с действующими методическими документами и инструкциями по применению конкретных средств). Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежит 1% каждого наименования изделий, обработанных за смену; результаты контроля регистрируют в специальном журнале.

Стерилизации подвергают все инструменты и изделия, контактирующие с раневой поверхностью, кровью или инъекционными препаратами, а также

отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждения. Стерилизацию инструментов проводят с использованием физических факторов или химических веществ. Для применения физического способа стерилизации применяют паровой и воздушный методы, а также облучение γ -лучами (на производствах для стерилизации шовного материала, остеопластических материалов, дентальных имплантатов и др.) (рис. 1.3).

Наконечники, в том числе ультразвуковые, стерилизуют только паровым методом.

Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств применяют для стерилизации только тех изделий, в конструкции которых имеются термолabile материалы, не позволяющие использовать другие методы стерилизации. При использовании химического метода с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой обработанные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 сут.

Стоматологические хирургические инструменты обрабатывают в упакованном виде, используя стерилизационные упаковочные одноразовые материалы или многоразовые контейнеры (стерилизационные коробки с фильтрами), разрешенные применительно к конкретному методу стерилизации.

Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде (рис. 1.4), осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указывают на упаковке и определяют видом упаковочного материала и инструкцией по его применению. Бактерицидные УФ-шкафы применяют только для хранения инструментов с целью снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации; запрещено применять их для дезинфекции или стерилизации инструментов.

Стерильный стол накрывают в стерильном халате, маске и перчатках с использованием стерильных простыней перед началом смены на 6 ч. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Малый стол накрывают на одну операцию. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию. Простерилизованные инструменты и материалы с истекшим сроком хранения после стерилизации использовать запрещено. Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в специальном журнале.



Рис. 1.3. Автоклав



Рис. 1.4. Инструмент после стерилизации

Стерильность хирургических кабинетов, операционных блоков, материалов и инструментария проверяют бактериологическим методом — посевом в аэробных и анаэробных условиях, а также помещением в биксы пробирок со спороносной непатогенной культурой микроорганизмов. Отсутствие роста микроорганизмов свидетельствует о стерильности инструментов и материалов.

В амбулаторных и стационарных отделениях по профилю хирургической стоматологии персонал ежегодно проходит диспансеризацию с исследованием крови на носительство опасных и вирусных инфекций (ВИЧ-инфекция, гепатиты В, С, сифилис). Кроме того, регулярно проводят ревакцинацию персонала.

Антисептика

Антисептика — комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микроорганизмов в ране, патологическом образовании или организме в целом.

Виды антисептики

Выделяют следующие виды антисептики: механическую, физическую, химическую, биологическую.

- ▶ Под **механическим видом антисептики** понимают удаление из раны инородных тел и проведение некрэктомии (удаление нежизнеспособных тканей).
- ▶ **Физический вид антисептики** обеспечивают за счет создания пассивного (использование перчаточных дренажей и трубок из поливинилхлорида) или активного (гигроскопичные повязки, повязки с гипертоническим раствором, вакуумное дренирование раны) оттока экссудата из раны, аэрации раны, применения физиопроцедур [ультрафиолетовое облучение (УФО)], УЗ-обработки и лазерного облучения.
- ▶ **Химическая антисептика** предусматривает воздействие химических веществ на микрофлору, клеточные элементы раны и организм в целом. Применяют фурановые препараты, группы кислот, окислители, детергенты, антисептики [йод + [калия йодид + этанол] (Йод*), повидон-йод (Бетадин*), гидроксиметилхиноксалиндиоксид (Диоксидин*), этилендиаминтетрауксусную кислоту (ЭДТА, от англ. EDTA — Ethylene Diamine Tetraacetic Acid) и др.].
- ▶ При **биологической антисептике** применяют антибиотики, протеолитические ферменты бактериального и растительного происхождения, бактериофаги, иммунные препараты.
 - Антибактериальные препараты могут назначать эмпирически, когда не установлен микробный агент или агенты. Если микроорганизмы выделены и идентифицированы, антибиотикотерапию проводят этиотропно. В определенных клинических ситуациях один антибактериальный препарат может быть заменен на другой (ступенчатая антибактериальная терапия).
 - Иммунные средства используют для активной и пассивной иммунизации (например, от столбняка и газовой гангрены).

- В комплексном лечении применяют неспецифические защитные препараты (например, стимуляторы фагоцитоза).
- Для коррекции специфического иммунитета необходима предварительная диагностика иммунологических нарушений и индивидуальный подбор иммунокорректора.

Особое внимание обращают на профилактику гепатитов и ВИЧ-инфекции. При проведении стоматологических вмешательств, особенно при оперативных манипуляциях, где используют режущие и колющие инструменты (иглы, скальпели, фрезы и др.), необходимо соблюдать особые меры предосторожности, а к крови и другим биологическим жидкостям относиться как к потенциально заразному материалу. Перед работой медицинскому работнику следует надевать пластиковые щиты или защитные очки, маску для лица, одноразовые перчатки. После осмотра больного, а также после каждой выполненной манипуляции при работе с инфицированным материалом необходимо тщательно вымыть руки. В случае опасности заражения ВИЧ-инфекцией медицинский работник должен проводить обследование больных и выполнять манипуляции в двойных перчатках.

Порядок действия медицинского персонала при контакте с биологическими жидкостями

Согласно Санитарно-эпидемиологическим правилам СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»⁴, для профилактики распространения вирусных заболеваний при возникновении «аварийных» ситуаций (контакте с биологическими жидкостями) необходимо провести следующие мероприятия.

- ▶ При попадании крови на неповрежденную кожу ее необходимо обработать 70% раствором этанола (Этилового спирта*) (или другой медицинской жидкостью, содержащей 70% раствор этанола) и тщательно вымыть под проточной водой; повторно обработать кожу 70% раствором этанола (Этилового спирта*); кожу в месте попадания крови не следует тереть.
- ▶ При уколах иглами от шприцев, порезах, загрязнении поврежденного кожного покрова биологическими жидкостями необходимо, не снимая перчаток, вымыть руки проточной водой с мылом и снять перчатки рабочей поверхностью внутрь. Если кровь идет из раны, не останавливать ее в течение 1–2 мин, в противном случае выдавить кровь из раны; промыть рану под проточной водой; обработать рану 70% раствором этанола (Этилового спирта*); обработать рану 5% спиртовым раствором йода + [калия йодид + этанол] (Йод*), рану при этом не тереть; заклеить бактерицидным пластырем.
- Сразу после травмы информацию об аварийной ситуации заносят в специальный журнал, сообщают руководителю учреждения, проводят профилактику ВИЧ-инфекции с помощью специальных антиретровирусных средств у инфицированного.

⁴ Утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11.01.2011 № 1.

- В случае нарушения целостности кожного покрова (ран, царапин, трещин, мокнувших дерматитов) медицинского работника отстраняют от работы.
- ▶ При попадании биологических жидкостей на слизистые оболочки: полость рта промывают большим количеством воды и полощут 70% раствором этанола (Этилового спирта⁵); слизистую оболочку глаз, носа обильно промывают водой (не тереть).
- ▶ За медицинским работником, получившим травму при оказании стоматологической помощи ВИЧ-инфицированному пациенту, устанавливают динамическое наблюдение в течение 12 мес с исследованием крови через 3, 6 и 12 мес в центре СПИД⁵.

1.6. ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ АМБУЛАТОРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Медицинскую деятельность в настоящее время все чаще подвергают контролю и экспертным оценкам. Это, прежде всего, обусловлено изменениями в законодательстве РФ в сторону приоритета прав человека в области охраны здоровья. Отнесение новым Гражданским кодексом РФ медицинской деятельности к сфере услуг существенно расширило права пациентов.

Амбулаторную стоматологическую помощь, в том числе и хирургическую стоматологическую, в настоящее время оказывают в следующих учреждениях:

- ▶ государственных и муниципальных стоматологических поликлиниках;
- ▶ стоматологических подразделениях в составе других государственных учреждений (поликлиниках, медико-санитарных частях, больницах, диспансерах, женских консультациях и др.);
- ▶ стоматологических кабинетах немедицинских организаций (детских садах, школах, вузах и др.);
- ▶ частных стоматологических клиниках и кабинетах.

Право на осуществление медицинской деятельности в РФ имеют лица, получившие медицинское образование в РФ в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

Аккредитацию специалиста осуществляют по окончании им освоения основных образовательных программ среднего, высшего и послевузовского медицинского образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже 1 раза в 5 лет. Лица, имеющие медицинское образование, не работавшие по своей специальности более 5 лет, могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности в соответствии с полученной специальностью после прохождения обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) и процедуры аккредитации. Лица,

⁵ СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита.

незаконно занимающиеся медицинской деятельностью, несут административную или уголовную ответственность⁶.

Частная медицинская практика — это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами.

Нормативные документы

Правовое регулирование медицинской деятельности **на федеральном уровне** осуществляют на основании следующих документов.

- ▶ Конституция РФ от 12.12.1993.
- ▶ Федеральный закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 № 323.
- ▶ Федеральный закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».
- ▶ Гражданский кодекс РФ.
- ▶ Налоговый кодекс РФ.
- ▶ Кодекс об административных правонарушениях РФ.
- ▶ Постановление Правительства РФ «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 04.10.2012 № 1006.
- ▶ Приказ Минздрава РФ от 27.06.2016 № 419н «Об утверждении Порядка допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала».
- ▶ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 07.12.2011 № 1496н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».
- ▶ Приказ Минздрава РФ от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».
- ▶ Этический кодекс специалистов стоматологического профиля от 15.09.1999, принятый на V съезде Стоматологической ассоциации России.

На **региональном уровне** медицинскую деятельность регулируют законами и подзаконными нормативными правовыми актами субъектов РФ.

⁶ Статья 6.2 Кодекса об административных правонарушениях РФ «Незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством)». Статья 235 Уголовного кодекса РФ «Незаконное занятие медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью».

Задачи, обязанности и права врача-стоматолога

Основные задачи врача стоматолога-хирурга — оказание в амбулаторных условиях квалифицированной лечебно-диагностической помощи пациентам с заболеваниями зубов и полости рта, ведущим способом лечения которых будет оперативный. В своей деятельности врач-стоматолог руководствуется указаниями и распоряжениями муниципальных органов здравоохранения, должностными инструкциями, а также методическими рекомендациями по улучшению стоматологической помощи населению.

Врач-стоматолог обязан:

- ▶ проводить амбулаторный прием по графику, утвержденному администрацией клиники, регулируя поток посетителей путем рационального распределения повторных пациентов;
- ▶ обеспечивать квалифицированное и своевременное обследование и лечение пациентов с заболеваниями зубов и полости рта, в том числе сотрудников клиники;
- ▶ оказывать вне очереди экстренную помощь пациентам с острой зубной болью, а также ветеранам войны и инвалидам;
- ▶ обеспечивать правильное проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- ▶ направлять пациентов (при наличии показаний) на дополнительные виды исследования (лабораторные, лучевые и др.);
- ▶ своевременно представлять пациентов с неустановленными формами заболеваний или длительно болеющих на консультацию к другим врачам-специалистам клиники и экспертной комиссии;
- ▶ консультировать пациентов по направлению других специалистов учреждения;
- ▶ осуществлять в соответствии с показаниями своевременную госпитализацию пациентов;
- ▶ соблюдать в своей работе принципы деонтологии;
- ▶ осуществлять контроль и руководство работой среднего медицинского персонала хирургического стоматологического кабинета;
- ▶ систематически повышать свою профессиональную квалификацию путем изучения соответствующей литературы, участия в конференциях, семинарах;
- ▶ участвовать в проведении среди населения пропаганды санитарно-гигиенических знаний по вопросам профилактики заболевания зубов и полости рта;
- ▶ вести медицинские карты стоматологических больных, дневник учета работы врача-стоматолога, листок ежедневного учета работы врача-стоматолога, журнал учета профилактических осмотров полости рта.

Врач-стоматолог имеет право:

- ▶ вносить предложения администрации клиники по вопросам улучшения организации лечебно-профилактической стоматологической помощи населению, организации условий своего труда и труда среднего медицинского персонала;
- ▶ участвовать в совещаниях по вопросам организации стоматологической помощи;

- ▶ назначать и отменять любые лечебно-профилактические мероприятия, исходя из состояния пациента;
- ▶ получать информацию, необходимую для выполнения должностных обязанностей;
- ▶ повышать свою квалификацию на курсах усовершенствования в установленном порядке.

Врач-стоматолог несет ответственность как за некачественную работу и ошибочные действия, так и за бездействие и непринятие решений, которые входят в сферу его обязанностей и компетенции, в соответствии с действующим законодательством.

Права пациента

В соответствии со **статьей 19 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»**, каждый гражданин имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

Пациент при оказании медицинской помощи имеет право на:

- ▶ выбор врача и медицинской организации;
- ▶ профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- ▶ получение консультаций врачей-специалистов;
- ▶ облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными средствами (ЛС);
- ▶ получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- ▶ получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- ▶ защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- ▶ отказ от медицинского вмешательства;
- ▶ возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- ▶ допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- ▶ допуск к нему священнослужителя.

Каждый гражданин (пациент) имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, результатах медицинского обследования, наличии заболевания, установленном диагнозе, прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания меди-

цинской помощи. Информацию о состоянии здоровья предоставляют пациенту лично лечащий врач или другие медицинские работники, принимающие непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении.

В соответствии со **статьей 13 ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», врачебная тайна** — сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Недопустимо разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных законом.

С письменного согласия гражданина или его законного представителя возможно разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, для:

- ▶ медицинского обследования и лечения пациента;
- ▶ проведения научных исследований и их публикации в научных изданиях;
- ▶ использования в учебном процессе и в других целях.

В соответствии с **Этическим кодексом стоматологического профиля**, специалисты стоматологического профиля, составляя достойную часть российского общества, выполняют все его законы, правила и нормы поведения.

Необходимое предварительное условие медицинского вмешательства при оказании стоматологической помощи — получение **информированного добровольного согласия** гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Гражданин, один из родителей или иной законный представитель имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, однако при этом в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях регламентирован приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 07.12.2011 № 1496н **«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»**, который устанавливает правила оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях медицинскими организациями, независимо от их организационно-правовой формы. Медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях предусматривает выполнение необходимых профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий; ее оказывают в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи. Медицинскую помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях и состояниях, представляющих угрозу жизни, оказывают в экстренной форме.