

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКСПЕРТНЫХ ОЦЕНОК ПРИ РАЗРАБОТКЕ КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА РЕСТАВРАЦИИ РАЗРУШЕННЫХ ЗУБОВ

П.П. Зотов¹, С.Д. Арутюнов¹, И.С. Кицул², Т.О. Вартанов¹

¹Московский государственный медико-стоматологический университет, ректор — д.м.н., проф. О.О. Янушевич;

²Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах)

Резюме. В статье представлены результаты применения метода экспертных оценок при разработке критериев качества реставрации разрушенных зубов. Выделены приоритетные направления в системе оценки качества реставрации разрушенных зубов.

Ключевые слова: экспертные оценки, критерии качества, реставрация, разрушенные зубы.

EXPERIENCE OF USE OF EXPERT ESTIMATIONS IN WORKING OUT OF QUALITY CRITERIA OF RESTORATION OF THE DESTROYED TEETH

P.P. Zotov¹, S.D. Arutjunov¹, I.S. Kitsul², T.O. Vartanov¹

¹Moscow State Medico-Stomatological University; ²Irkutsk State Institute of Postgraduate Medical Education)

Summary. In the paper the results of application of a method of expert estimations of working out the quality criteria of restoration of the destroyed teeth have been presented. Priority directions in system of an estimation of quality of restoration of the destroyed teeth have been defined.

Key words: expert estimations, criteria of quality, the restoration, the destroyed teeth.

При создании систем оценки качества медицинской помощи большое значение имеет правильный выбор критериев, который зависит от оцениваемого объекта и быть специфичным для различных этапов оказания медицинской помощи и отдельных ее видов.

Сравнительно новым направлением в стоматологии является эстетическая реставрация зубов, которая, кроме лечения дефектов твердых тканей зубов, восстанавливает естественные анатомические формы. Эстетические требования к данным услугам со стороны пациентов очень высоки. Исходя из этого, в настоящий момент имеется насущная необходимость в адекватных критериях оценки качества, с учетом клинической, функциональной и эстетической результативности. Таким образом, разработка критериев качества эстетической реставрации зубов является актуальной как с научной, так и практической точек зрения проблемой для современной стоматологии.

Цель работы: на основании метода экспертных оценок обосновать наиболее значимые критерии для разработки показателей и системы оценки качества реставрации разрушенных зубов.

Материалы и методы

Была использована одна из разновидностей метода экспертных оценок — «метод Дельфи» или метод анонимной многоступенчатой экспертизы рассматриваемой проблемы по специально разработанному протоколу. В исследование было включено 36 калиброванных эксперта, со стажем работы по специальности «стоматология» не менее 10 лет, имеющих высшую квалификационную категорию. Каждая проблема оценивалась по балльной шкале (от 0 до 10 баллов). В результате было проведено ранжирование основных факторов, приводящих к снижению качества реставрации разрушенных зубов.

Результаты и обсуждение

Первый блок проблем, которые оценивали эксперты, был связан с причинами конфликтов врачей-стоматологов с пациентом (табл.1). Следует отметить, что значимость всех причин в данной группе экспертами оценивалась высоко и варьировала от 7,2 до 9,1 баллов (при максимальных 10). Это означает, что эстетическая реставрация зубов является одним из видов стоматологических услуг, при которых возможен риск

возникновения конфликтных ситуаций, жалоб и судебных разбирательств. Это объясняет необходимость совершенствования информационной работы с пациентами и тщательного проведения информированного добровольного согласия на лечение и реставрацию.

Среди наиболее значимых причин конфликтов, возникающих между врачом-стоматологом и пациентом, эксперты выделили, прежде всего, недостаточное предварительное информирование пациента о возможных изменениях в плане и стоимости лечения — $9,1 \pm 0,32$ балла. Объясняется это тем, что проведение работ по эстетической реставрации зубов трудно прогнозируется с точки зрения затрат времени и материалов. Врач в данной ситуации может менять план лечения, что приводит к изменению в финансовых затратах пациента, с которыми он не всегда может согласиться. Далее экспертами была выделена причина, связанная с отказом пациента от выбора ортопедических методов лечения при соответствующих показаниях ($8,9 \pm 0,47$ баллов). Значимость данной причины тоже очень высока. Очень часто прямая эстетическая реставрация с использованием композиционных материалов не показана пациентам по ряду причин: сохранность зубного ряда в целом, низкий уровень индивидуальной гигиены, выраженное разрушение коронковой части зуба, состояние тканей периодонта и т.д. Врач при этом «идет на поводу» у пациента и игнорирует показания к ортопедическому лечению. Необходимо также учитывать, что комплексное лечение предусматривает не только восстановление отдельного зуба, но функции зубного ряда в целом. Недоучет данного фактора часто приводит к следующим осложнениям: скол части реставрации, скол стенки зуба, откол коронковой части зуба вместе с реставрацией, продольный раскол корня, функциональная перегрузка одиночно стоящего зуба, увеличение подвижности зуба, боли при накусывании и др.

Это приводит к превышению возможностей врачом, при котором он проводит реставрацию при условии клинических показаний к ортопедическому лечению. Оценки экспертов по данному критерию составили $8,4 \pm 0,54$ баллов. Все последствия и осложнения в конечном итоге приводят к дополнительным затратам времени и средств на переделку работ, ортопедическое лечение, и, в ряде случаев, оплату судебных исков.

На результат реставрации также оказывает влияние и некачественное ранее проведенное эндодонтическое лечение, что по данным экспертных оценок составило $7,2 \pm 0,71$ баллов.

Таблица 1

Уровни значимости критериев качества прямой эстетической реставрации зубов по данным экспертных оценок (баллы, М±m)

Рассматриваемая проблема	Уровень значимости в баллах (М±m)
Причины конфликтов врачей-стоматологов с пациентом	
Некачественное ранее проведенное эндодонтическое лечение	7,2±0,71
Недостаточное предварительное информирование пациента о возможных изменениях в плане и стоимости лечения	9,1±0,32
Отказ пациента от выбора ортопедических методов лечения при соответствующих показаниях	8,9±0,47
Превышение возможностей врачом, при котором врач проводит реставрацию при условии клинических показаний к ортопедическому лечению	8,4±0,54
Нарушение технологии подготовки зуба к реставрации	
Игнорирование требований к качеству подготовки зуба	7,1±0,83
Отсутствие полноценной изоляции зуба от окружающих мягких тканей	6,5±0,59
Нарушения технологий (последовательности и полноты этапов реставрации)	9,3±0,66
Подбор цвета пломбировочного материала	
Факторы условий труда врача-стоматолога (освещение, усталость, поспешность, рабочая поза)	9,1±0,37
Опыт работы врача и его профессиональная подготовка	9,6±0,51
Неадекватность запросов пациента	8,9±0,42
Работа с новыми реставрационными материалами без должной подготовки	6,3±0,82
Низкое качество реставрационных материалов	5,9±0,73
Индивидуальные особенности цветовой гаммы зубов	5,4±0,48
Нарушение технологии реставрации	
Работа в контактных полостях без использования матричных систем	7,9±0,44
Нарушение требований послойного внесения материала	9,2±0,31
Неплотная конденсация пломбировочного материала	8,2±0,56
Неправильный выбор режима работы полимеризационной лампы	5,3±0,72
Нарушение времени полимеризации реставрационного материала	5,9±0,69
Формирование окклюзионной поверхности	
Недостаточные опыт и профессиональная подготовка врача	7,2±0,38
Отсутствие предварительного определения окклюзионных контактов до реставрации	9,0±0,29
Недостаточность инструментального оснащения	7,1±0,41
Окончательная обработка реставрации	
Недостаточное оснащение рабочего места	6,3±0,62
Поспешность в работе врача-стоматолога	8,2±0,51
Игнорирование этапа финишной обработки и полирования реставрации	5,2±0,38

Следующей группой проблем, приводящих к снижению качества является нарушение технологии подготовки зуба к реставрации.

Среди причин данной группы, наиболее значимой эксперты отметили причину нарушения последовательности этапов технологии, таких как последовательность внесения материалов в полость, адгезивной системы, высушивания, полимеризации адгезива и т.д., что составило 9,3±0,66 баллов. Эксперты также выделили частое игнорирование требований к качеству подготовки

зуба — 7,1±0,83 баллов, а также отсутствие полноценной изоляции зуба от окружающих мягких тканей — 6,5±0,59 баллов.

Эстетические результаты реставрации зубов пациентами оцениваются, прежде всего, на основании оценки цвета. Нарушения в подборе цвета пломбировочного материала наиболее значимо обусловлены опытом работы врача и его профессиональной подготовкой. Значимость данной причины эксперты оценили в 9,6±0,51 баллов. Эксперты также указали на факторы условий труда врачей-стоматологов (освещение, рабочая поза, усталость и поспешность) — 9,1±0,37 баллов. Это может приводить к тому, что расцветка естественных зубов пациента и реставрационного материала может определяться при отсутствии должного естественного освещения. Большое значение имеет неадекватность запросов пациентов, как фактор, влияющий на результат реставрации — 8,9±0,42. В результате нарушения цветовосприятия органов зрения у врача или у пациента, последний может настаивать на своих требованиях в выборе цветовой гаммы реставрационного материала. У пациентов могут возникать необоснованные и завышенные требования к результату реставрации при отсутствии реальных возможностей, связанных с клиническими условиями.

Также экспертами в данной группе причин были выделены следующие: работа с новыми реставрационными материалами без должной подготовки — 6,3±0,82 баллов; низкое качество реставрационных материалов — 5,9±0,73 баллов; индивидуальные особенности цветовой гаммы зубов — 5,4±0,48 баллов. Данные три причины по оценкам экспертов имели значения выше среднего и также оказывают влияние на качество и результат реставрации. Последняя из трех часто обусловлена наличием индивидуальных особенностей цветовой гаммы зубов пациента при которых возникают определенные сложности для воспроизведения пломбировочным материалом адекватного цвета реставрации. Примером этому может служить «разноцветие» зубов, связанное с изменением цвета соседних зубов, ранее леченных по поводу периодонтита или имеющих коронки из металлокерамики или пластмассы.

Среди причин, связанных с нарушением технологии реставрации, наиболее значимыми и часто встречаемыми эксперты выделили нарушения требований послойного нанесения материала (внесение материала одной порцией) — 9,2±0,31 балла, его неплотную конденсацию и работу в контактных полостях без использования матричных систем — 8,2±0,56 и 7,9±0,44 баллов соответственно. Определенный влияние на частоту случаев снижения качества реставрации зубов оказывает нарушение времени полимеризации реставрационного материала (5,9±0,69 баллов) и неправильный режим работы полимеризационной лампы (5,3±0,72 баллов). Последствия данных нарушений и несоответствий могут быть различными: от наличия пор в пломбировочном материале и неоднородности структуры реставрации до сколов и трещин.

Частой причиной низкого качества реставрации является неправильное формирование окклюзионных поверхностей. По мнению экспертов, чаще всего это связано с отсутствием предварительного определения окклюзионных контактов до реставрации — 9,0±0,29 баллов. Также это может быть связано с профессиональными характеристиками врача (7,2±0,38 балла) и инструментальным оснащением (7,1±0,41 балла).

Дефекты окончательной обработки реставрации, по данным экспертных оценок, также встречаются достаточно часто. При этом основной причиной является поспешность в работе врача (8,2±0,51 балла). Влияние оказывает также фактор оснащенности рабочего места (6,3±0,62 балла).

Интегральное обобщение экспертных оценок об основных причинах, снижающих качество проведения прямой эстетической реставрации зубов представлено на рисунке 1.

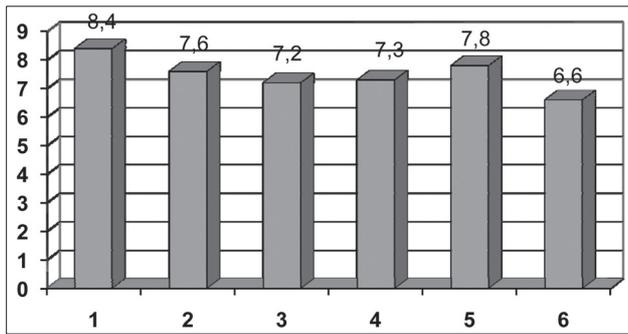


Рис.1. Значимость причин, приводящих к снижению качества проведения прямой эстетической реставрации зубов по данным экспертных оценок (баллы)

1 — конфликты врачей-стоматологов с пациентом — 8,4
2 — нарушение технологии подготовки зуба к реставрации — 7,6

3 — подбор цвета пломбировочного материала — 7,2
4 — нарушение технологии реставрации — 7,3
5 — формирование окклюзионной поверхности — 7,8
6 — окончательная обработка реставрации — 6,6

Ранжирование проводилось по шести группам причин. Каждая отдельная группа причин имеет самостоятельное статистически достоверное значение. При этом наиболее частыми причинами является следующие: конфликты врачей-стоматологов с пациентом, дефекты формирования окклюзионных поверхностей и нарушения технологии подготовки зуба к реставрации.

Представленные выше результаты экспертных оценок значимости необходимо использовать при комплексном обосновании и разработке критериев качества реставрации разрушенных зубов, которые могут быть включены в систему оценки качества стоматологических услуг организаций различных форм собственности.

Информация об авторах: 664079, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 100,

кафедра общественного здоровья и здравоохранения ИГИУВа, тел (3952) 464024, e-mail: zdravirk@mail.ru

Арутюнов Сергей Дарчоевич — заведующий кафедрой, д.м.н., профессор

Кицул Игорь Сергеевич — профессор, д.м.н.,

Зотов Павел Павлович — аспирант,

Вартанов Тимур Олегович — аспирант.

© КАРЕТНИКОВА В.М., ПЕТРУНЬКО И.Л. — 2010

К ВОПРОСУ О ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТАХ В СВЯЗИ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В.М. Каретникова, И.Л. Петрунько

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра медицинской экспертизы, зав. — к.м.н., доц. И.Л. Петрунько)

Резюме. Повсеместная распространенность бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) диктует необходимость мониторинга расходов на их лечение. Во всем мире на эти заболевания приходится немалая доля финансовых затрат. Остаются неизученными экономические потери на инвалидов в связи с астмой и ХОБЛ. В нашей работе рассчитаны финансовые затраты на 1 инвалида бронхиальной астмы и ХОБЛ в год. Изучена стоимость базисной терапии тяжелой степени БА и ХОБЛ за аналогичный период времени. Адекватная базисная терапия в половину менее затратна, чем расходы на инвалидов в связи с этими заболеваниями. Адекватная базисная терапия астмы и ХОБЛ — эффективный и экономичный способ профилактики инвалидности.

Ключевые слова: заболевания органов дыхания, бронхиальная астма, ХОБЛ, первичная инвалидность, экономический ущерб, финансовые затраты.

TO THE PROBLEM OF FINANCIAL EXPENSES IN CONNECTION WITH PHYSICAL DISABILITY IN BRONCHOOBSTRUCTIVE DISEASES

V.M. Karetnikova, I.L. Petrunko

(Irkutsk State Institute of Postgraduate Medical Education)

Summary. General prevalence of bronchial asthma and chronic obstructive disease of lungs (COPD) dictates necessity of monitoring expenses at their treatment. All over the world these diseases require considerable share of expenses. [5, 6]. The economic losses owing to invalidism in connection with asthma and COPD are unclear yet. In our work the financial expenses for 1 invalid with bronchial asthma and COPD per one year have been calculated. The cost of basic therapy of severe degree of asthma and COPD for the similar period of time has been calculated. Adequate basic therapy is 50 per cent less expensive than expenses for invalids in connection with these diseases. Adequate basic therapy of asthma and COPD is effective and economic way of preventing physical disability.

Key words: pulmonary diseases, asthma, COPD, disability, economic loss, financial expenses.

Повсеместная распространенность бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) диктует необходимость мониторинга расходов на их лечение. Во всем мире на эти заболевания приходится немалая доля финансовых затрат [6,8,9]. Финансовое бремя в Европе связи с БА составляет 17,7 млрд. в год [6]. В руководстве международных экспертов по ведению, диагностике и лечению пациентов с астмой указывается, что она остается одной из ведущих причин пропусков работы во многих странах, в том числе и таких как США, Швеция, Австралия и Великобритания

[8]. В странах Европейского сообщества, прямые расходы на лечение ХОБЛ составляют 6% от затрат на все болезни. В структуре расходов в связи с респираторными заболеваниями на ХОБЛ приходится 56%. Стоимость госпитализации пациентов с ХОБЛ в 2,7 раз превышала расходы на госпитализацию пациентов без ХОБЛ по данным исследований США [8]. Однако в международных руководствах не оцениваются финансовые затраты на инвалидов в связи с этими болезнями. Ежегодные экономические потери в связи с инвалидностью вследствие заболеваний определяются прямыми и непрямые