

Г. М. ФЛЕЙШЕР

Советы стоматологического керамиста

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ,
ЗУБНЫХ ТЕХНИКОВ

Г. М. Флейшер

**Советы стоматологического
керамиста. Руководство для
врачей, зубных техников**

«Издательские решения»

Флейшер Г. М.

Советы стоматологического керамиста. Руководство для врачей,
зубных техников / Г. М. Флейшер — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-969686-1

Книга содержит советы для стоматологов-ортопедов, зубных техников об изготовлении металлокерамических и керамических протезов. Книга написана на основе многолетнего опыта работы стоматологом-ортопедом. Книга рекомендована врачам-стоматологам, стоматологам-ортопедам, зубным техникам, а также студентам и аспирантам медицинских колледжей и вузов.

ISBN 978-5-44-969686-1

© Флейшер Г. М.
© Издательские решения

Содержание

Об авторе	6
1. Врачебные ошибки при изготовлении металлокерамических протезов	9
1. Критерии оценки ортопедического лечения	10
2. Возможные ошибки при изготовлении металлокерамического протеза (МКП)	11
Конец ознакомительного фрагмента.	21

Советы стоматологического керамиста Руководство для врачей, зубных техников

Г. М. Флейшер

© Г. М. Флейшер, 2019

ISBN 978-5-4496-9686-1

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Об авторе



Флейшер Григорий Михайлович (Dr Grigori Fleicher) родился 11 января 1970 года в Перми.

Лето 1977—1978 гг. – школа юнг, Краснознаменный Черноморский Флот СССР (г. Одесса).

В 1980 г. награждён именной настольной медалью и кортиком-ручкой.

В 1987 г. – окончил школу №77 с углублённым изучением английского языка, г. Пермь.
1988—1993 гг. – учился на стоматологическом факультете Пермского государственного медицинского института.

1995—1996 гг. – член Международной ассоциации молодых стоматологов (Young Dentists Worldwide, YDW).

1995—1996 гг. – член Международной ассоциации стоматологов (FDI World Dental Federation).

С 1997 г. по н. в. – действительный член Международной академии пародонтологии (International Academy of Periodontology, IAP, New-York).

С 1997 г. по н. в. – член Стоматологической ассоциации России (СтАР).

В 2001 году была совместно написана и опубликована работа с проф. Г. А. Пашиным (г. Москва). Д-р Г. М. Флейшер является учеником профессоров А. В. Алимского и Г. В. Банченко (ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» МЗ РФ, г. Москва). Совместно были написаны и опубликованы в различных медицинских изданиях работы, посвященных изучению заболеваний слизистой оболочки полости рта, гальванозу, гигиенистам стоматологическим и детской стоматологии.

Впервые в России с 1999 по 2010 гг на базе Стоматологического центра КМСЧ ОАО НЛМК Д-р Г. М. Флейшер на общественных началах организовал кабинет профилактики стоматологических заболеваний, в котором находилась Выставка средств гигиены полости рта. Целью создания кабинета была пропаганда и программа обучения правильной чистке зубов, языка, выполнение гигиенических манипуляций, выбор необходимой зубной пасты, щетки, ополаскивателя и т. д., обучение пациентов рациональному использованию средств и методов ухода за зубами, пропаганда здорового образа жизни и т. п. Также на базе кабинета проходили обучение и стажировку студенты (гигиенисты стоматологические) Липецкого медицинского колледжа. Д-р Г. М. Флейшер проводил тематические уроки среди школьников в школах г. Липецка, выступал на Липецком радио, телевидении.

В 2006 г за проделанную работу был награжден Дипломом Стоматологической Ассоциации России «Лауреат финала Чемпионата стоматологического мастерства в номинации Профилактика стоматологических заболеваний».

Область научных интересов: судебная медицина, стоматология (история, развитие, организация, управление стоматологии, пародонтология, детская стоматология, ортопедическая стоматология, имплантология, ортодонтия).

Действительный член IAP, писатель, поэт, двукратный рекордсмен мировой Книги рекордов Гиннеса, четырехкратный рекордсмен Книги рекордов России. Результаты многолетних исследований обобщены в 70 монографиях и более 250 научных публикаций, среди них серия книг для детей «Дентилюкс». Здоровые зубы – залог здоровья нации», направлена для пропаганды, коррекции навыков и обучению авторской методики подрастающего поколения правилам рационального индивидуального ухода за полостью рта.

С 1993 г. по н.в. проживает в Липецке и работает врачом-стоматологом (работал – врачом-судебно-медицинским экспертом-стоматологом в Липецком областном бюро судебно-медицинской экспертизы, преподавателем – учебный центр КМСЧ ОАО НЛМК, Липецкий медицинский колледж). Липецкий стоматолог Д-р Г. М. Флейшер в 2008 г попал на страницы всемирно известного издания как обладатель самой большой в мире коллекции зубных щеток. Коллекция насчитывала тогда 1320 различных единиц. Коллекция предметов для гигиены полости рта насчитывала – более 3000 единиц. Сейчас она значительно выросла. Помимо зубных щеток в коллекции Д-ра Г. М. Флейшер – зубные пасты, спреи, ополаскиватели, зубочистки и другие средства гигиены полости рта, всего – свыше 4500 экземпляров

Четырехкратный рекордсмен Книги рекордов России:

– Самая большая коллекция различных зубных щеток.

- Наибольшее количество книг, изданных одним автором за 3 месяца в одном книжном издательстве.

- Наибольшее количество книг, изданных одним автором за 1 год.

- Наибольшее количество книг, изданных одним автором за 1 месяц.

Дети: дочь Кристина (19.04.1994).

С 2017 г публикует свои стихотворения для детей в изданиях Интернационального союза писателей.

2017 г. – диплом за вклад в современную поэзию (Интернациональный Союз писателей).

2018 г. – диплом номинанта литературной премии Гомера (Интернациональный Союз писателей).

В 2019 г координатор Интернационального Союза писателей прислал приглашение Флейшер Г. М. стать делегатом ИСП и представить одно из своих стихотворений для детей на 19 Всероссийской литературной конференции «РосКон». По итогам данной конференции Флейшер Г. М. был награжден следующими дипломами:

- полуфиналист литературной премии «рыцарь фантастики и детской литературы»,
- финалист литературной премии им. Белинского.

1. Врачебные ошибки при изготовлении металлокерамических протезов

В нашей стране качеству стоматологической помощи всегда уделялось и уделяется большое внимание, поскольку она является неотъемлемой составляющей качества жизни населения. Уровень стоматологической помощи остается ключевым вопросом в деятельности государства по обеспечению здоровья нации.

Все это говорит о необходимости повышения уровня теоретических знаний и правовой грамотности врачей стоматологов-ортопедов как в высших учебных заведениях, так и на курсах последипломного образования, что позволит в дальнейшем избежать возникновения конфликтных ситуаций с пациентами и повысить качество стоматологической ортопедической услуги.

Одна из основных задач ортопедического лечения – протезирование, при котором не только замещается дефект зубного ряда, но и существует реальная возможность предупредить дальнейшее разрушение зубов. При этом от врача-стоматолога требуется качественное оказание ортопедической услуги, которая является одним из разделов медицинской помощи, и должна соответствовать международным (ISO 8402) и национальным стандартам (ГОСТ 15467). Проблема качества стоматологической ортопедической помощи остается ключевой в случаях конфликтов, возникающих между врачом-стоматологом-ортопедом и пациентом.

В последние годы в РФ наблюдается рост осложнений, связанных с ортопедическим стоматологическим лечением, способных привести к развитию серьезных патологий и отрицательно повлиять на качество жизни больных.

В настоящее время увеличилось число жалоб пациентов на неправомерные действия медицинских работников в процессе их профессиональной деятельности. На каждом этапе ортопедического стоматологического лечения могут возникнуть осложнения и неблагоприятные последствия. Эта проблема усугубляется быстрым развитием стоматологической науки и практическим внедрением новых технологий и материалов для изготовления ортопедических стоматологических конструкций.

Повышение качества ортопедического лечения является необходимым звеном в системе охраны здоровья населения, что особенно важно в условиях распространённости стоматологических заболеваний и старения населения Земли, приводящих к потере зубов. Вместе с этим повышаются и требования к качеству протезов, которые включают их эстетические свойства, долговременную функцию ортопедических стоматологических конструкций.

1. Критерии оценки ортопедического лечения

1. Необходимость повторного лечения.

2. «Ятрогенные осложнения», т.е. осложнения, развивающиеся в связи с протезированием и реакцией на него со стороны окружающих тканей (например, аллергические реакции).

3. Полноценность и последовательность врачебных манипуляций, которую оценивают по уровню диагностики и лечения, по соответствию действий врача установленным профессиональным нормам и правилам изготовления протеза и выполнения необходимых манипуляций.

4. Сравнительная оценка функционального состояния зубочелюстной системы пациента до и после лечения. Этот критерий, видимо, в наибольшей степени подходит для оценки качества лечения; он позволяет определить степень улучшения состояния полости рта, с точки зрения, восстановления целостности зубных рядов, функции жевания, артикуляции после проведенного протезирования.

5. Использование формализованных «индексов совпадения» (индексы соотношения поставленной цели и полученного результата).

6. Удовлетворенность пациента проведенным лечением

Также нельзя забывать, что правильно созданная анатомическая форма способствует эффективному отправлению функций жевательно-речевого аппарата (жевания, глотания, речи) и беспрепятственному перемещению пищевого комка. Последнее напрямую сопряжено с качеством поверхности протеза (четвертый критерий).

Гладкая зеркальная поверхность искусственных зубов сводит до минимума возможность образования зубного налета, дает меньше возможностей для окрашивания его пищевыми пигментами и красителями, создавая все условия для максимальной гигиеничности протеза.

Интегральные критерии МКП

1) качество (уровень) эстетики протеза;

2) качество функциональности протеза;

3) качество воссоздания анатомической формы искусственных зубов;

4) качество поверхности протеза.

Вместо восстановления целостности жевательного аппарата, функции жевания и эстетики, предупреждения и купирования патологических процессов в тканях пародонта, жевательных мышц, височно-нижнечелюстных суставах неверно выбранная тактика лечения может привести к ухудшению состояния и разрушению этого аппарата. Немаловажное значение имеют грамотные подготовка зубов, формирование окклюзионной поверхности, методики получения оттисков и другие этапы протезирования.

Подготовка к протезированию:

1) эффективное лечение патологии пародонта;

2) выравнивание силового превалирования зубных рядов верхней и нижней челюстей и выбора достаточного количества опорных зубов и более жесткого (прочного) металлического сплава для МКП;

3) восстановление коронковой части резко укороченных зубов культевыми штифтовыми вкладками, при необходимости после соответствующей ортопедической перестройки миостатического рефлекса височнонижнечелюстного сустава, связанного с повышением высоты нижнего отдела лица в пределах физиологического покоя;

4) тщательный анализ рентгенограмм конвергирующих зубов для решения вопроса о допустимости сошлифовывания необходимого количества твердых тканей на витальных зубах, проведение при необходимости депульпирования зубов, сошлифовывание и по показаниям восстановление необходимой формы зуба штифтовой вкладкой.

2. Возможные ошибки при изготовлении металлокерамического протеза (МКП)

I. Ошибки на этапе подготовки к протезированию:

- Нарушение принципов и качества эндодонтического лечения опорных зубов.
- Несоответствие выбранного метода лечения установленному диагнозу.
- Неадекватная оценка соматического статуса;
- Неадекватная оценка уровня болезни;
- Игнорирование «соматической» патологии;
- Неправильный выбор конструкционного материала;
- зубные протезы консольного типа,
- мостовидные протезы большой протяженностью,
- неполная оценка стоматологического статуса:
- Неполный диагноз;
- Незначительное число объективных методов исследования;
- Неправильный план лечения;
- Необоснованный выбор металлокерамики как материала несъемного протеза у некоторых пациентов (например, страдающих бруксизмом);
- Нет объективного обоснования и проведения подготовки к протезированию (терапевтическая, ортопедическая, хирургическая, ортодонтическая):
 - некачественное эндодонтическое лечение.
 - Неполная оценка пародонтологического статуса:
 - Состояние тканей пародонта;
 - Параметры зубодесневой бороздки;
 - Уровень гигиены полости рта;
 - Морфометрические параметры зубов, челюстей;
 - Оценка окклюзии;
 - Невыверенные окклюзионные контакты;
 - Высокие и слишком рельефные бугры, блокирующие боковые и сагиттальные движения нижней челюсти;
 - Аномалии прикуса;
 - Патологическая стираемость зубов.
- Травма сосудисто-нервного пучка при механической обработке опорного зуба (перегрев зуба, препарирование без водного охлаждения).
- Депульпирование опорного зуба без показаний.
- Перфорация корневого канала при подготовке корневого канала под вкладку.
- Повреждение маргинальной десны.
- Термический ожог пульпы вследствие перегрева,
- Препарирование зуба без уступа.
- Нарушение морфометрических параметров культи зуба:
- Препарирование зуба с образованием чрезмерной конусности приводит к моделировке металлического каркаса опорной коронки конусовидной формы и вследствие этого скол керамического покрытия возникает из-за отсутствия механической опоры для керамического покрытия при вертикальном направлении сил жевательного давления.
- Неадекватная оценка тканей протезного ложа
- Отсутствие уступа
- Неадекватное применение ретракции десны.
- Нарушение в определении центрального соотношения челюстей.

- Выполнение ортопедических работ (особенно объемных) без артикулятора и лицевой дуги.

- Отсутствие временных конструкций.

II. Ошибки на этапе снятия слепков:

- Ошибки при регистрации прикуса.
- Использование альгинатной слепочной массы для основного слепка.
- Неточность слепков.
- Разрыв между базисным и корригирующим слоями.
- Сдвиг слепка в момент наложения.
- Снятие слепка без предварительного использования ретракционной нити.
- Отрыв слепка от ложки.

III. Ошибки на этапе проверки протеза в полости рта:

- Чрезмерная обработка каркаса во время проверки.
- Обработка металлокерамики на высоких скоростях.
- Нарушение формы, цвета, размера коронки.

IV. Ошибки при фиксации протеза:

- Неправильный выбор фиксирующего материала.
- Нарушение инструкции при работе с фиксирующими материалами.
- Неравномерная компрессия протеза при фиксации.

V. Ошибки после фиксации протеза:

- Расцементировка протезов.
- Сколы керамики.
- Травматический пульпит/периодонтит.
- Патологические состояния пародонта:
 - Гранулирующий периодонтит;
 - Гранулематозный периодонтит;
 - Фиброзный периодонтит.
- Деструкция пародонта опорных зубов:
- Рецессия десны опорных зубов;
- Кистогранулема в области верхушек корней опорных зубов;
- Рецессия десны;
- Травматический пародонтит;
- Гингивит в области опорных зубов;
- Изменение цвета десны вокруг коронки.
- Вторичный кариес:
 - некроз твердых тканей зубов;
 - пришеечный (циркулярный) кариес.
- Разрушение культи опорного зуба под коронкой.
- Дисфункции ВНЧС.
- Воспаление слизистой оболочки под телом мостовидного протеза
- Болевые ощущения в области промежуточной части протеза;
- пролежни на слизистой оболочке под промежуточной частью мостовидных протезов;
- ишемический остеонекроз в области промежуточной части протеза.
- Непереносимость зубных протезов:
 - Аллергический стоматит;
 - Токсический стоматит;
 - Электромагнитная аллергия.
- I группа – травма:
 - Бытовая,

- Транспортная,
 - Спортивная,
 - Производственная,
 - Хроническая окклюзионная травма при бруксизме.
 - 2 группа – пациент:
 - Небрежная гигиена полости рта;
 - Небрежное или неосторожное обращение пациента с протезными металлокерамическими конструкциями;
 - Следует учитывать хрупкость керамики при неадекватных нагрузках, реже при резких перепадах температуры.
 - 3 группа – субъективное желание пациента:
 - Эстетические нарушения;
 - Необходимость изготовления дополнительных протезов.
- Ошибки, допущенные врачом на клинических этапах, легче выявляются и устраняются, чем ошибки, допущенные на лабораторных этапах изготовления, которые трудно клинически выявить, так как разрушение керамического покрытия происходит в более поздние сроки после фиксации протеза в полости рта пациентов.

Причины травматического пульпита при препарировании интактных зубов

- 1) травматическое препарирования (плохой режущий инструмент, нецентрированный бор, разболтанный наконечник, непрерывность обработки зуба, сопровождающаяся резким перегревом, а, следовательно, ожогом пульпы, отсутствие водяного или воздушного охлаждения, низкая скорость вращения режущего инструмента и др.);
- 2) травмы пульпы при невозможности клинически правильно судить о топографии пульповой камеры в связи с аномалией размеров, формы, положения зуба в зубном ряду и ранее проведенным (при повторном протезировании) препарированием.

Причины травматического пульпита после препарирования интактных зубов

- 1) не проведено временное защитное покрытие препарированных зубов;
- 2) временные коронки изготовлены из быстроотвердеющих акрилатов во рту пациента;
- 3) в период изготовления МКП временные коронки не фиксированы надежно лечебными пастами (например, цинкоксиэвгеноловой).

Таблица 1

Причины вторичного кариеса зубов под МКП

Причины вторичного кариеса зубов под МКП		
1	ошибки при фиксации МКП	
2	некачественные, широкие коронки как следствие ошибок при снятии слепков (оттяжки) и получении моделей	чрезмерно толстый слой компенсационного лака, нанесение лака на пришеечную зону, гравировка модели и препарированного зуба
3	некачественное получение полимерного колпачка по методу Адапта	неполный прогрев пластмассы — неплотное обжатие штампа, отсутствие пришеечного воскового уточняющего ободка деформация его при снятии восковой заготовки с модели
4	некачественное литье	Недоливы на коронках возникают из-за тонкой моделировке каркаса коронки
5	механическое расширение коронки после усадки металла при припасовке на модели	нарушается плотное прилегание края коронки к зонам препарирования на зубе

Таблица 2

Осложнения из-за препарирования зубов под МКП без вестибулярного уступа

ОСЛОЖНЕНИЯ ИЗ-ЗА ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБОВ ПОД МКП БЕЗ ВЕСТИБУЛЯРНОГО УСТУПА		
N o	Клинический дефект	Причина
1.	скол керамического покрытия в пришеечной зоне	деформация металлического (очень тонкого) каркаса
2.	косметический дефект МКП в области шейки опорного зуба	просвечивание опакового (грунтового) слоя керамики через очень тонкий слой дентин-массы
		просвечивание металла
3.	травма краевого пародонта (пришеечной зоны десны)	расширенный край коронки

Таблица 3
Причины расцементировке опорных коронок МКП

Причины расцементирования опорных коронок МКП		
№	Ошибки	Осложнения
1.	Нарушение технологии цементирования коронок	
2.	Нарушение моделировки	расширенный край металлической коронки вызывает ущемление десневого сосочка и травма краевого пародонта
3.	Препаровка зуба без вестибулярного уступа	
4.	Образование крупных воздушных пор при цементировке	
5.	Крутой консистенции цемент или цемент средней густоты при большой (излишней) массе	недостаточное осаживание коронок при фиксации оголение пришеечной препарированной части зуба
6.	недостаточная посадка протеза при фиксации	оголение шеек пришеечный кариеса косметический дефект супраположение протеза вызывает функциональную перегрузку зубов
7.	Чрезмерное усиление при фиксации	напряжение в каркасе протеза обуславливает возможность скола покрытия, в первую очередь в пришеечной области опорных коронок
8.	Невыверенность окклюзионных контактов	скол керамического покрытия из-за локальной функциональной перегрузки перелом коронки протезированного зуба стираемость антагонизирующих зубов прямой травматический узел (развитие острого пародонтита в области протезированных зубов или (и) зубов-антагонистов)
9.	Попадание инородных тел между культей зуба и коронкой	
10.	Неправильная препаровка зубов • чрезмерный зазор между внутренней поверхностью коронки и культей зуба • укорочение препарированного зуба (необходимую высоту восстанавливают за счет утолщения слоя керамического покрытия, а не металлического каркаса).	
11.	Повреждение опорного зуба	

12.	Неправильная подготовка культи зуба	Малая конусность культи приводит к:
		• требуется большое усилие при фиксации и вызывает в каркасе МКП внутреннее напряжение при фиксации; • затрудняет выход излишка цемента при фиксации и приводит к недостаточному «досаживанию» при фиксации.
		чрезмерная конусность культи зуба
		усадка пломбы
		чрезмерная пломба, восстанавливающая культю зуба
		скол пломбы после препарирования
		трещина светоотверждающей пломбы.
		Ошибки и осложнения при применении литых штифтовых вкладок: а) перфорация стенки корня; б) недостаточная глубина штифта; в) раскол корня по вертикали; г) расцементировка вкладки; д) перелом культи вкладки; е) шероховатость на поверхности вкладки (способствует нарушению гигиены).

Таблица 4

Возможные ошибки и осложнения при МКП

N o	Осложнения	Причина (ошибка)
1.	Хроническое воспаление десневого края	Травма десневого края или зубодесневого соединения: 1. При создании уступа 2. Неправильно припасованном кольцом 3. Неправильно изготовленной временной коронкой 4. Неровным острым краем коронки
2.	Пульпит	• Случайное вскрытие пульпы в процессе препарирования из-за несоблюдения зон безопасности • Термический ожог пульпы при нарушении режима препарирования • Химический ожог пульпы при изготовлении временной коронки с использованием самотвердеющей акриловой пластмассы
3.	Трещина или скол покрытия	1. Недостаточное препарирование тканей зуба при создании межокклюзионного пространства 2. Неровная поверхность коронковой части зуба и уступа, поднутрения в результате некачественного препарирования 3. Неправильное окклюзионное соотношение
4.	Несоответствие цвета	• Неправильное определение или нарушения условий определения цвета зуба в клинике (время суток, освещенность и др.)

При лечении с помощью МКП следует проводить протезирование фронтального участка зубного ряда с одновременным восстановлением дефектов в боковых отделах, а при невоз-

возможности одновременного протезирования вначале восстановить жевательные группы и лишь затем фронтальный участок. Нарушение этапности лечения может приводить к локальной перегрузке фронтального участка и вследствие этого сколу керамического покрытия, либо к поражению опорного аппарата опорных зубов и (или) пародонта зубов-антагонистов.

Местные причины, отрицательно влияющие на пародонт при использовании МКП

- Избыточная глубина погружения края искусственной коронки (ИК) в зубодесневую борозду
- Отсутствие плотного прилегания к шейке зуба края ИК
- Объемный, массивный край ИК
- Травма десневого края в области соединения опорной коронки и тела мостовидного протеза
- Отсутствие грамотно и полноценно моделированных контактных пунктов и изоляция межзубных сосочков при протезировании ИК
- Низкий уровень гигиены полости рта

Факторы, способствующие улучшению фиксации МКП

- рациональное препарирование зубов (щадящий объем, оптимальная форма, размеры и шероховатая поверхность культи)
- плотное прилегание краев коронки к поверхности опорных зубов
- создание оптимальной толщины цементного слоя
- отсутствие напряжений металлического каркаса протеза, вызванных его недостаточными жесткостью, припасовкой или большой протяженностью тела при малом количестве опор
- отсутствие блокады артикуляционных движений
- армирование депульпированных зубов, предупреждающее переломы их коронки и корней.

Критерии качества искусственной культи со штифтами

- искусственная культя должна иметь правильную анатомическую форму, соответствующую восстанавливаемому зубу
- корневая часть штифта, как минимум, должна быть равна по высоте будущей ИК и занимать около 2/3 корневого канала
- предельно плотное прилегание культи к придесневой части зуба
- форма культ должна соответствовать условиям подготовки под определенную ИК опорного зуба (уступ, доступная конусность и пр.)
- наиболее приемлемая форма внутрикорневого штифта – конус со слабым углом схождения стенок
- отсутствие пор, раковин, трещин, сколов на поверхности культи
- монолитное или плотное соединение культи со штифтом
- во многокорневых зубах (при использовании 2—3 штифтов) ИК должна создаваться разборной.

Функциональные качества протеза

- Удобное и эффективное пережевывание пищи
- Возможность внятного произношения звуков (четкая дикция)
- Комфортное глотание
- Отличная фиксация (ретенция и стабилизация) протеза
- Отсутствие дискомфорта в ВНЧС

Основные факторы, влияющие на качество изготовления протезов

- Профессиональная квалификация врача
- Профессиональная квалификация зубного техника и иных специалистов

- Уровень гигиены полости рта
- Особенности клинической картины
- Свойство протетических материалов
- Степень развития технологии
- Качественный менеджмент в ортопедической стоматологии:
- алгоритм врачебных действий;
- инсайд-контроль как метод верификации результатов ортопедического стоматологического лечения;
- правила информирования пациента;
- надлежащее ведение врачебной документации.

Важной частью стратегии качественного менеджмента в клинике ортопедической стоматологии является клинический контроль функциональных характеристик и оценка качества зубных протезов, осуществляемая самим врачом (внутренний или инсайд-контроль). Такая оценка и ее документирование облегчают принятие решений по поводу целесообразности дальнейших врачебных мероприятий, служат контролю их адекватности.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.