

А.К. Иорданишвили¹, И.А. Толмачёв², М.И. Музыкин²,
Ю.П. Панчук², А.А. Головкин²

Профессиональные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи при стоматологической реабилитации взрослых пациентов

¹Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Изучены профессиональные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи при стоматологической реабилитации взрослых пациентов. Определён удельный вес судебно-медицинских экспертиз, связанных с претензиями на некачественное стоматологическое лечение с учётом специализации врачей-стоматологов на основе анализа результатов 300 комиссионных судебно-медицинских экспертиз, отобранных для исследования методом случайной выборки. Среди них оказались 109 (36,3%) по поводу претензий на некачественную стоматологическую реабилитацию. Часто встречались экспертизы, проводимые в связи с хирургическим лечением больных или проведением анестезиологических и реанимационных мероприятий (33,7%), а также в связи с лечением и наблюдением пациенток у врачей акушеров-гинекологов (18,7%), реже – у врачей-терапевтов (10,3%). Показано, что в последние годы существенно увеличилось количество судебных дел в отношении учреждений и врачей, оказывающих стоматологическую помощь в сравнении с врачами других специальностей. Комплексной стоматологической реабилитации пациентов было посвящено 14,9% комиссионных стоматологических экспертиз. Среди них 43,1% был связан с проведённым ортопедическим стоматологическим лечением, 22 – с лечением у врача стоматолога-хирурга (в том числе с установкой дентальных имплантатов), 11 – у врача стоматолога-терапевта (в том числе пародонтолога), 9,2% – у врача стоматолога – ортодонта. По-прежнему большее число претензий, обсуждаемых на уровне судебных инстанций, обуславливаются неудовлетворительными результатами зубного протезирования, дентальной имплантацией и хирургическим лечением стоматологических заболеваний, в том числе операций удаления зуба, а также эндодонтическим лечением пульпита и периодонтита, реже – неудовлетворительными результатами по исправлению аномалий зубных рядов и прикуса. Наибольшие показатели коэффициента «поставляемости» жалоб, претензий, конфликтов отмечены для врачей стоматологов-ортопедов (2–7) и стоматологов-ортодентов (0,79). В 13,76% случаях комиссионные судебно-медицинские экспертизы по вопросам стоматологической реабилитации проведены при отсутствии затрат личных денежных средств пациента на стоматологическое лечение. Среди рассматриваемых стоматологических дел претензии пациентов в 78,2% случаев признаны обоснованными.

Ключевые слова: стоматология, профессиональные ошибки, конфликт с пациентом, дефекты стоматологической помощи, стоматологическая реабилитация, судебные иски, комиссионная судебно-медицинская экспертиза, коэффициент «поставляемости» конфликтов, алгоритм разрешения конфликта в стоматологии.

Введение. Совершенствование качества медицинской помощи является важнейшей задачей деятельности любого учреждения здравоохранения, оказывающей прямое влияние на состояние здоровья обслуживаемого населения [3]. Успешное достижение данной цели обеспечивается системой управления качеством медицинской помощи [2]. Анализ организации системы контроля качества медицинской помощи, в стоматологических и ведомственных поликлиниках свидетельствует о том, что не было достигнуто понимания важности этой деятельности, как со стороны руководителей учреждений, так и всего врачебного состава поликлиник и их клинических подразделений [3]. Вопросам контроля качества медицинской помощи уделяется недостаточное внимание на всех уровнях, а сам контроль в большинстве своём носит формальный характер [6, 10]. В результате, несмотря на возрастающую оснащённость стоматологических

отделений поликлиник современным лечебно-диагностическим оборудованием и инструментарием, и активное внедрение новых методов диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний, продолжают иметь место дефекты в оказании стоматологической помощи с наметившейся в последние годы тенденцией к росту их количества [6]. Это является одним из объективных показателей недостаточного уровня качества медицинской помощи, в том числе стоматологической.

В стоматологической практике до настоящего времени не разработаны методические рекомендации по управлению качеством медицинской помощи, ориентировочные эталоны конечных результатов стоматологического лечения пациентов, программы оценки качества медицинской помощи, в том числе с использованием электронно-вычислительной техники [2, 5, 6, 8, 10].

В последнее время в литературе отмечается увеличение количества судебных дел в отношении врачей-стоматологов в сравнении с врачами других специальностей [2, 5]. Так, если в 1994–1995 г. иски составляли 1%, то в 1996 г. – 14,7%, а в 1997 г. – 17,8% [7, 11]. При этом отмечается, что число «врачебных» дел, связанных с претензиями к врачам-стоматологам, занимают третье место среди всех исков [1, 3]. По обоснованности претензий врачи-стоматологи также занимают третье место среди врачей других специальностей, а число претензий к врачам-стоматологам составляет около 45% [1]. Причина такой активности стоматологических пациентов к подаче жалоб и судебных исков кроется не только в ненадлежащем выполнении врачами диагностических и лечебно-профилактических стоматологических мероприятий, но и обусловливается существенным расширением платных услуг, которые оказываются в настоящее время не только в частных стоматологических клиниках и кабинетах, но и в государственных (муниципальных), в том числе ведомственных амбулаторно-поликлинических учреждениях [6, 9]. Отмечается, что активность пациентов в отстаивании своих прав также обусловливается нарушением менталитета больных в связи с изменением их социальных условий, обусловленных экономическими изменениями в Российской Федерации в последние годы [4, 5].

Профессиональная деятельность врачей-стоматологов трудно поддается анализу, что обуславливается отсутствием в стране единых стандартов стоматологического лечения и заполнения первичной медицинской документации [3, 11]. В тоже время, в наши дни существует возможность широкого выбора диагностических методов исследования и способов лечения одного и того же заболевания органов и тканей полости рта. Это существенно усложняет процесс разбирательства жалоб и претензий больных в рамках лечебно-профилактических стоматологических учреждений, городских (районных) клиническо-экспертных комиссий по стоматологии, а также в процессе производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел [6].

В связи с этим, представляется интересным, в теоретическом плане и нужным в прикладном аспекте для судебной медицины и стоматологии, исследование удельного веса судебно-медицинских экспертиз, связанных с претензиями на некачественное стоматологическое лечение, а также уточнение частоты судебных исков к врачам-стоматологам с учётом их специализации.

Цель исследования. Изучить профессиональные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи при стоматологической реабилитации взрослых пациентов, а также определить удельный вес судебно-медицинских экспертиз, связанных с претензиями на некачественное стоматологическое лечение с учётом специализации врачей-стоматологов.

Материалы и методы. Исследована документация отдела комиссионных экспертиз городского

и областного бюро судебно-медицинских экспертиз г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области за 2010–2015 годы. Методом случайной выборки выделили 300 «врачебных» дел, связанных с претензиями на некачественное лечение. В последующем в отдельную группу отобрали документацию (судебно-медицинские экспертизы), связанные с претензиями на некачественную стоматологическую реабилитацию, которые разделили по принципу причины возникновения претензий у пациентов в связи с оказанием стоматологической терапевтической, хирургической, ортопедической и ортодонтической помощи или комплексного стоматологического лечения (с включением пародонтологической помощи и дентальной имплантации). Затем, с учётом экстраполяции полученных данных на количество врачей-стоматологов разных специальностей в г. Санкт-Петербурге и Ленинградской области, определяли коэффициент «поставляемых» конфликтов для врачей-стоматологов разного профиля.

Полученные в ходе исследования показатели внесли в базу данных, созданную в программе Microsoft Access. Статистическую обработку произвели с применением программы Statistica for Windows версии 7.0.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что число комиссионных судебно-медицинских экспертиз, связанных с претензиями на некачественное проведение диагностических и лечебно-профилактических процедур и других медицинских манипуляций по вопросам стоматологической реабилитации пациентов существенно возросло, а их удельный вес (36,33%) среди всех медицинских экспертиз занял первое место. Часто встречались экспертизы, проводимые в связи с хирургическим лечением больных или проведением анестезиологических и реанимационных мероприятий (33,67%), а также в связи с лечением и наблюдением пациенток у врачей акушеров-гинекологов (18,67%), реже – у врачей-терапевтов (10,33%), рисунок 1.

Среди комиссионных судебно-медицинских экспертиз 43,12% было связано с проведённым ортопедическим стоматологическим лечением, 22,02% – в связи с лечением у врача стоматолога-хирурга (в том числе по установке дентальных имплантатов), 11,01% – с лечением у врача стоматолога-терапевта (в том числе пародонтолога), 9,17% – с лечением у врача стоматолога-ортодонта. Комплексной стоматологической реабилитации пациентов было посвящено 14,68% комиссионных стоматологических экспертиз (рис. 2).

При этом из 109 комиссионных судебно-медицинских экспертиз 46 (40,37%) было проведено в отношении государственных (муниципальных), в том числе ведомственных медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь, 65 (59,63%) – в отношении частных стоматологических клиник и кабинетов г. Санкт-Петербурга и Ленинградской об-

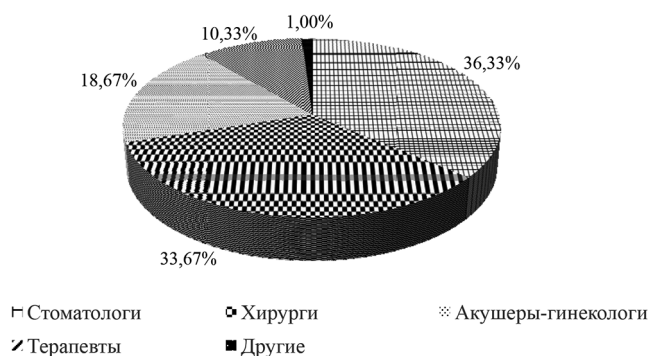


Рис. 1. Структура комиссионных судебно-медицинских экспертиз с учётом медицинской специальности

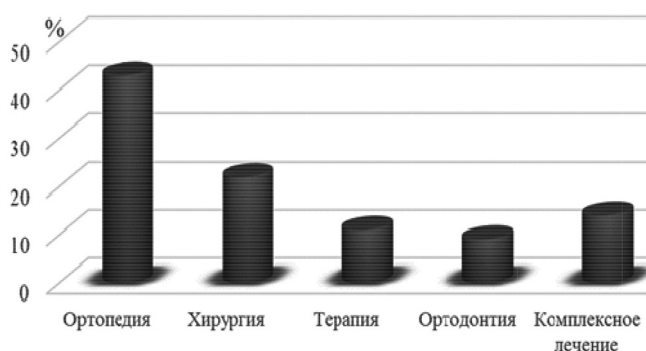


Рис. 2. Распределение комиссионных судебно-медицинских экспертиз по стоматологическим вопросам с учётом рассматриваемой стоматологической специальности

ласти. По-прежнему большее число претензий, обсуждаемых на уровне судебных инстанций, обуславливаются неудовлетворительными результатами зубного протезирования (43,12%), дентальной имплантацией и хирургическим лечением стоматологических заболеваний, в том числе удалением зуба (22,02%), эндодонтическим лечением пульпита и периодонтита, а также лечением у врача-пародонтолога (11,01%), реже – неудовлетворительными результатами по исправлению аномалий зубных рядов и прикуса (9,17%).

Выявлено, что результаты проведенного исследования показали, что в 15 (13,76%) клинических случаях комиссионная судебно-медицинская экспертиза по вопросам стоматологической реабилитации проводилась при отсутствии затрат личных денежных средств пациента на стоматологическое лечение, главным образом протезирование зубов, то есть изготовление зубных протезов таким пациентам было выполнено за счёт средств бюджета города или области.

Достоверных различий в использовании общепринятых и современных технологий стоматологического лечения при стоматологической реабилитации пациентов, страдающих заболеваниями органов и тканей полости рта, на возникновение жалоб, претензий и судебных исков установить не удалось. По виду сто-

матологического лечения, вызвавшего претензию, наибольшее количество нареканий вызывают вопросы подготовки полости рта к зубному протезированию и его исходы, а также результаты дентальной имплантации. Приведём два клинических наблюдения.

Наблюдение 1. Пациентка К., 34 лет, обратилась за стоматологической помощью в частную клинику г. Санкт-Петербурга для улучшения внешнего вида (эстетики) передних верхних зубов в связи с их неправильной анатомической формой, вследствие ранее установленных пломб. Пломбы не в полном объеме восстанавливали анатомическую форму зубов, а также отличались дисколоритом (несовпадением цвета пломбы цвету тканям зуба, разным оттенком твёрдых тканей зубов). Пациентке было рекомендовано депульпирование шести верхних передних зубов с последующим их покрытием металлокерамическими коронками. На этапе проведения подготовительных мероприятий перед зубным протезированием возникло осложнение, обусловленное перфорацией передней стенки каналов корней обоих центральных резцов, а также костной ткани и надкостницы альвеолярного отростка верхней челюсти и слизистой оболочки полости рта в этом отделе (рис. 3).

Последующее лечение (в плане пломбирования основного корневого канала центральных резцов, а также изготовление металлокерамических коронок на шесть верхних передних зубов) было выполнено успешно. Однако это не позволило врачу-стоматологу устранить перфорации в переднем отделе, что обусловило сохранение дефектов слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти на уровне каналов корней зубов. Это побудило пациентку обратиться с исковым заявлением в суд, который признал обоснованность претензий пациентки к клинике, в которой она проходила лечение.

Наблюдение 2. Пациентка М., 63 лет, обратилась в государственное многопрофильное бюджетное учреждение здравоохранения г. Санкт-Петербурга с жалобой на отсутствие естественных зубов с правой стороны нижней челюсти.

По рекомендации врача пациентке на нижней челюсти справа, в области отсутствующих моляров, были установлены два внутрикостных дентальных имплантата (рис. 4, а). Спустя сутки после проведения хирургического вмешательства по установке внутрикостных дентальных имплантатов пациентка отметила непроходящее онемение кожи нижней губы, подбородка, а также слизистой оболочки полости рта не только на уровне отсутствующих зубов нижней челюсти, но и в области резцов и правого клыка и премоляров, которые она «не чувствовала». После проведения лучевой диагностики было определена перфорация тела нижней челюсти проксимальным имплантатом (рис. 4, б) и травма нижнечелюстного канала телом дистального имплантата (рис. 4, в), которые сразу удалены не были. Пациентке была назначена антибактериальная, противовоспалительная и обезболивающая терапия. Через 3 недели денталь-



Рис. 3. Рентгенограмма пациентки К., 34 лет после завершения эндодонтического лечения и протезирования 2.1 зуб (а) и 2.2 зуб (б), вид слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти на уровне центральных резцов с изготовленным ей металлокерамическим зубным протезом (в)

ные имплантаты (оба) были удалены в учреждении, в котором проводилась их установка. Спустя 6 недель, на фоне сохраняющихся жалоб на боли в области проведённого хирургического вмешательства, сохраняющегося онемения кожи нижней губы, подбородка (рис. 4, г), слизистой оболочки полости рта на уровне отсутствующих зубов нижней челюсти, а также в области резцов, правого клыка и премоляров, она обратилась в другое многопрофильное государственное лечебно-профилактическое учреждение.

Пациентке было проведено клинично-лабораторное обследование и контрольное рентгенологическое исследование, выставлен диагноз хронический посттравматический ограниченный остеомиелит тела нижней челюсти справа, выполнено хирургическое вмешательство по удалению секвестра тела нижней челюсти, а также 4.4 и 4.5 зубов III степени патологической подвижности (рис. 4, д), которое прошло без осложнений в послеоперационном и отдалённом периодах (рис. 4, е, ж). Через месяц после операции пациентке в этом же учреждении был изготовлен замещающий частичный съёмный пластиночный протез, которым она успешно пользуется, в том числе при еде (рис. 4, з). Спустя 6 месяцев после установки дентальных имплантатов у пациентки сохраняются боли и онемение кожи нижней губы. Это побудило пациентку обратиться с исковым заявлением в суд, который признал обоснованность претензий пациентки к лечебно-профилактическому учреждению, в которой она устанавливала дентальные имплантаты.

Коэффициент «поставляемости» конфликтов по стоматологическим специальностям удалось определить только в случаях, когда такие конфликты имели место в государственных (муниципальных) стоматологических лечебно-профилактических учреждениях, так как по этим учреждениям в масштабах г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области известно число работающих врачей-стоматологов с учётом их специализации (стоматолог-терапевт, стоматолог-

хирург, стоматолог-ортопед, стоматолог-ортодонт). С учётом учреждения, в котором проходили лечение пациенты, подавшие судебные иски, а также с учётом экстраполяции количества комиссионных судебно-медицинских экспертиз на количество работающих врачей стоматологов разных специальностей коэффициент «поставляемых» конфликтов для государственных (муниципальных) учреждений составляет: для стоматологов-терапевтов – 0,07 у. е., стоматологов-хирургов – 0,29 у. е., стоматологов-ортопедов – 2,07 у. е., стоматологов-ортодентов – 0,79 у. е. При стоматологической реабилитации, предусматривающей несколько стоматологических специальностей коэффициент «поставляемых» конфликтов для государственных (муниципальных) учреждений составляет 0,13 (рис. 5).

Из 109 рассматриваемых «врачебных» стоматологических дел претензии пациентов были в 83 (78,15%) случаях признаны обоснованными, а в 26 (23,85%) – дефекты стоматологической помощи установлены не были.

В Санкт-Петербурге с 1995 г., благодаря стараниям регионального отделения Стоматологической ассоциации России, а также Научного медицинского общества стоматологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области, сложился оптимальный алгоритм разрешения конфликтных ситуаций, возникающих в стоматологических лечебно-профилактических учреждениях. Вначале появившуюся претензию на диагностические и (или) лечебно-профилактические стоматологические мероприятия или возникший конфликт разрешается на начальном (первом) уровне при участии старшего врача смены или заведующего профильным стоматологическим отделением: терапевтической стоматологии, хирургической стоматологии или ортопедической стоматологии. При отсутствии положительного исхода в разрешении конфликтной ситуации или поступившей претензии, последняя рассматривается администрацией лечебно-профилакти-

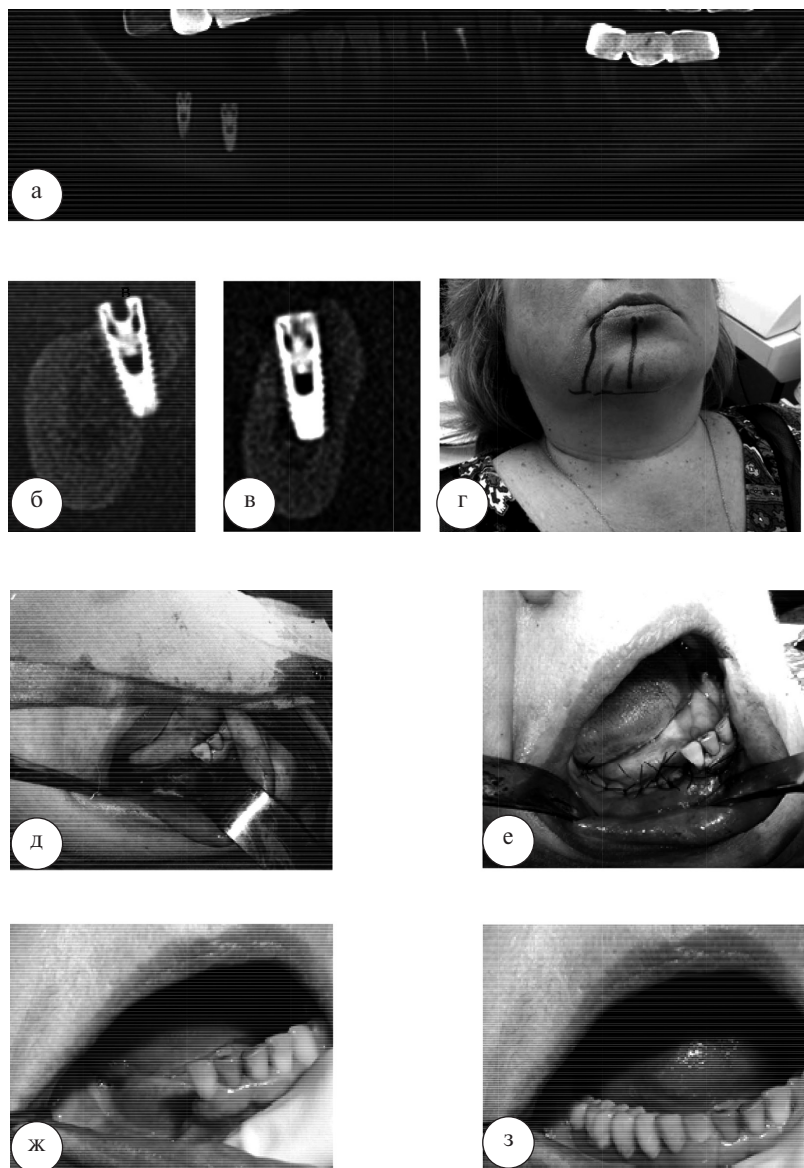


Рис. 4. Ортопантомограмма пациентки М., 63 лет: а — после установки дентальных имплантатов; б, в — компьютерные томограммы нижней челюсти в области установленных дентальных имплантатов до их удаления и операции секвестрэктомии нижней челюсти с удалением 4.4 и 4.5 зубов; г — зона онемения кожи нижней губы и подбородка; д — операционное поле после удаления 4.4 и 4.5 зубов и секвестрэктомии; е — вид операционной раны после наложения швов; ж — внешний вид протезного ложа перед протезированием; з — внешний вид пациентки со съёмным протезом в полости рта

ческого отделения, в том числе на клинично-экспертной комиссии этого учреждения (второй уровень). Если стороны не пришли к соглашению, то на третьем уровне возможно рассмотрение жалобы или претензии пациента на городской клинично-экспертной комиссии по стоматологии. На любом этапе лечения пациент вправе обратиться в любую независимую медицинскую экспертизу или рассмотреть свою претензию в рамках искового заявления в судебных инстанциях (четвёртый уровень).

Профессиональные ошибки врачей-стоматологов, приводящие к дефектам оказания медицинской помощи при стоматологической реабилитации взрослых

пациентов? в последнее время практически всегда приводят к неудовлетворённости пациента, возникновению конфликтных ситуаций, жалоб и претензий к врачам-стоматологам и стоматологическим лечебно-профилактическим учреждениям, в том числе в клинических случаях, когда отсутствовали личные затраты пациента на его обследование и лечение у стоматолога.

Заключение. В последние годы в России существенно увеличилось количество судебных дел в отношении учреждений и врачей, оказывающих стоматологическую помощь, в сравнении с врачами

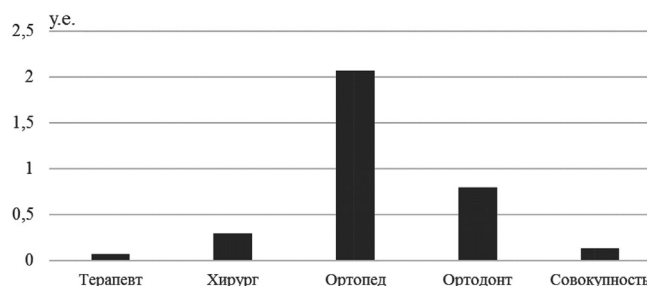


Рис. 5. Показатели коэффициента «поставляемых» конфликтов для государственных (муниципальных) учреждений врачами-стоматологами разных специальностей

других специальностей. По-прежнему большее число претензий, обсуждаемых на уровне судебных инстанций, обуславливаются неудовлетворительными результатами зубного протезирования, дентальной имплантации и хирургического лечения стоматологических заболеваний, в том числе операцией удалением зуба, а также эндодонтическим лечением пульпита и периодонтита, реже – неудовлетворительными результатами по исправлению аномалий зубных рядов и прикуса. Наибольшие показатели коэффициента «поставляемости» жалоб, претензий, конфликтов отмечается для врачей стоматологов-ортопедов (2,0–7 у. е.) и стоматологов-ортодонтов (0,79 у. е.). В 13,76% случаях комиссионные судебно-медицинские экспертизы по вопросам стоматологической реабилитации проводятся при отсутствии затрат личных денежных средств пациента на стоматологическое лечение. Среди рассматриваемых стоматологических дел претензии пациентов в 78,15% случаев признаются обоснованными.

Литература

1. Быховская, О.А. Ошибки при заполнении медицинской документации в амбулаторной стоматологической практике и их последствия / О.А. Быховская [и др.] // Институт стоматологии. – 2010. – № 49. – С. 24–27.
2. Голинский, Ю.Г. Правовые и социально-экономические аспекты взаимоотношений врача и пациента в стоматологической практике / Ю.Г. Голинский // Клиническая стоматология: официальная и интегративная: рук-во для врачей. – СПб.: СпецЛит, 2008. – С. 11–24.
3. Иорданишвили, А.К. Клиническая ортопедическая стоматология / А.К. Иорданишвили. – М., МЕДпресс-информ, 2007. – 248 с.
4. Иорданишвили, А.К. Вопросы адаптации в стоматологии / А.К. Иорданишвили // Клиническая стоматология: официальная и интегративная: рук-во для врачей. – СПб.: СпецЛит, 2008. – С. 86–98.
5. Иорданишвили, А.К. Клинико-экспертные аспекты амбулаторной диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / А.К. Иорданишвили [и др.] // Судебно-медицинская экспертиза. – 2011. – № 3. – С. 18–22.
6. Иорданишвили, А.К. Клинико-организационные аспекты стоматологического ортопедического лечения и его осложнений / А.К. Иорданишвили, Д.Н. Бобунов. – СПб.: Человек, 2015. – 136 с.
7. Козицина, С.И. Профессиональные ошибки и ответственность медицинского персонала на стоматологическом приеме / С.И. Козицина // Клиническая стоматология: официальная и интегративная: рук-во для врачей. – СПб.: СпецЛит, 2008. – С. 25–38.
8. Толмачев, И.А. Стоматология в судебной медицине / И.А. Толмачев // Клиническая стоматология: официальная и интегративная: рук-во для врачей. – СПб.: СпецЛит, 2008. – С. 39–54.
9. Цимбалитов, А.В. Стоматологическая реабилитация: ошибки и осложнения / А.В. Цимбалитов, И.В. Жданюк, А.К. Иорданишвили. – СПб.: Нордмедиздат, 2011. – 146 с.
10. Kawamura, K. Experimental study of vascularized tissue-engineered bone grafts / K. Kawamura [et al.] // Plastic and Reconstructive Surgery. – 2006. – № 5. – P. 1471–1479.
11. Sharma1, U. Unusual facial pain secondary to inferior alveolar nerve compression caused by impacted mandibular second molar / U. Sharma1, S. Narain // J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent. – 2014. – № 32. – P. 164–167.

A.K. Iordanishvili, I.A. Tolmachev, M.I. Muzykin, Yu.P. Panchuk, A.A. Golovko

Professional mistakes and defects of delivery of health care at stomatologic aftertreatment of adult patients

Abstract. Professional mistakes and defects of delivery of health care at stomatologic aftertreatment of adult patients are studied, and also the specific weight of the forensic medical examinations bound to claims for low-quality stomatologic treatment taking into account specialization of dentists on the basis of the analysis of results of 300 commission forensic medical examinations which are selected for research by method of a random sample is determined. Among them were 109 (36,3%) concerning claims for low-quality stomatologic aftertreatment. Often the expertizes which are carried out in connection with surgical treatment of patients or carrying out anesthesiology and reanimation actions (33,7%), and also in connection with treatment and observation of patients at doctors of obstetricians-gynecologists (18,7%) met, is more rare – at therapists (10,3%). It is shown that in recent years the number of lawsuits concerning establishments and the doctors giving stomatologic help in comparison with doctors of other specialties was significantly enlarged. 14,9% of commission stomatologic examinations were devoted to complex stomatologic aftertreatment of patients. Among stomatologic commission forensic medical examinations of 43,1%, 22% – in connection with treatment at the stomatologist-surgeon's doctor (including installation of dental implants), 11% – at the stomatologist-therapist's doctor (including a parodontologa), 9,2% – at the doctor of the orthodontist were bound to the carried-out orthopedic stomatologic treatment. Still larger number of the claims discussed at the level of judicial instances are caused by unsatisfactory results of a denture, dental implantation and surgical treatment of stomatologic diseases, including operation of odontectomy, and also treatment of a pulpitis and periodontitis, is more rare – unsatisfactory results on correcting of anomalies of dentitions and an occlusion. The greatest indicators of coefficient of complaints, claims, the conflicts it is noted for doctors of stomatologists-orthopedists (2–7) and orthodontists (0,79). In 13,76% cases commission of forensic medical examinations concerning stomatologic aftertreatment are carried out in the absence of costs of personal funds of the patient of stomatologic treatment. Among the considered stomatologic cases of a claim of patients in 78,2% of cases are recognized as the reasonable.

Key words: dentistry, professional mistakes, the conflict to the patient, defects of the stomatologic help, stomatologic aftertreatment, judicial claims, commission forensic medical examination, coefficient of the conflicts, algorithm of resolution of conflict in odontology.

Контактный телефон: 8-921-899-92-12; e-mail MuzikinM@gmail.com