

Верховский А.Е., Аболмасов Н.Н., Аболмасов Н.Г., Кузьменков А.Н., DOI 10.25694/URMJ.2019.06.44
Статенина Е.А.

Клинико-правовые аспекты диагностики и лечения пациентов с симптомокомплексом «непереносимости» стоматологических конструкционных материалов. Часть 2

ФГБОУ ВПО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, г.Тюмень

Verkhovsky A.E., Abolmasov N.N., Abolmasov N.G., Kuzmenkov A.N., Statenina E.A.

Clinical and legal aspects of diagnosis and treatment of patients with the symptoms complex of structural dental materials "intolerance"

Резюме

Цель исследования – клинико-правовая оценка проблем диагностики и лечения пациентов с симптомокомплексом «непереносимости» конструкционных стоматологических материалов. Проведен анализ распространенности, факторов риска и особенностей дифференциальной диагностики пациентов с явлениями «непереносимости» в тесной связи с юридическими аспектами, регламентирующими отношения врача-стоматолога и пациента.

Ключевые слова: симптомокомплекс «непереносимости», конструкционные стоматологические материалы, качество медицинской помощи, профессиональные стандарты

Summary

The analysis of the prevalence, risk factors and features of the differential diagnosis of patients with 'intolerance' carried out in close connection with the legal aspects regulating the relationship of the dentist and the patient.

The aim of the study is a clinical and legal assessment of problems of diagnosis and treatment of patients with symptom complex of structural dental materials 'intolerance'.

Key words: "intolerance" symptom complex, structural dental materials, quality of medical care, professional standards, innocent responsibility

Во второй части статьи рассматриваются вопросы оценки качества стоматологической помощи и виды юридической ответственности при возникновении симптомокомплекса «непереносимости», а также особенности профессиональных стандартов в стоматологии.

В основе выработки четких критериев обоснованного возмещения физического и морального ущерба пострадавшему при проведении стоматологического лечения лежат понятия «объем» и «качество» медицинской помощи, являющиеся основополагающими в правовой основе охраны здоровья населения [6;8]. Сегодня, как никогда, велико значение оказания пациенту гарантированного объема и качества медицинской помощи, что значительно улучшает уровень медико-социальной защиты населения и способствует укреплению мер по охране здоровья граждан [11]. Надлежащий уровень и качество, оказываемого стоматологического лечения должны обеспечиваться использованием комплекса необходимых ле-

чебно-диагностических мероприятий, соответствующих уровню развития современной науки и регламентированных существующей правовой базой [3].

Для оценки качества стоматологического лечения некоторые специалисты предлагают учитывать полноценность и последовательность проведенных диагностических и лечебных мероприятий [16]. Предлагается учитывать и факт потребности пациента в проведении повторного лечения. Учитывают также осложнения, возникшие вследствие проведения врачебных манипуляций, обусловленные непосредственно протезом и реакцией на него со стороны окружающих тканей, проводится оценка функционального состояния зубочелюстной системы пациента до и после лечения [12].

Проблема изучения качества стоматологического лечения не ограничивается лишь визуальной оценкой протеза, а включает в себя комплекс исследований для оценки проведенного лечения с учетом степени вос-

становления функции зубочелюстной системы, а также удовлетворенности пациента конечным результатом лечения [14].

Вполне естественно, что для объективной оценки качества оказываемой стоматологической помощи необходимо пользоваться стандартом (эталоном), с которым можно было бы сравнить полученные результаты. Такие стандарты могли быть и средством управления качеством медицинской помощи и контролем качества лечения. Таким образом, оценка качества стоматологического лечения может быть объективно осуществлена только при наличии стандартов оказания медицинской помощи, определяющих границы, полноту и достаточность выполненных процедур, качество восстановления функции зубочелюстной системы, качество протезирования и т. д..

Теоретические основы формирования профессиональных стандартов в стоматологии сформулированы в работах В.К. Леонтьева, В.Т. Шестакова (1995) и В.Т. Шестакова (1999). Так, В.Т. Шестаков (1999) сформулировал четыре группы профессиональных стандартов: основополагающие стандарты («стоматологическое здоровье» по нозологии заболевания), стандарты на процедуру и виды работ, стандарты на процессы (процесс изготовления различных видов протезов, проведение анестезии, хирургические мероприятия), стандарты на методы контроля [4]. К сожалению, до сих пор не разработаны стандарты на методы контроля оценки качества оказания стоматологической помощи вообще и в ортопедической стоматологической помощи, в частности. В связи с этим, при оценке качества оказания стоматологической помощи (ведомственной, вневедомственной, судебно-медицинской) эксперты вынуждены оценивать действия врача-стоматолога с рекомендациями, содержащимися в монографиях и учебниках по стоматологии, а также общепринятыми методиками.

Актуальность стандартизации медицинских услуг продиктована насущными потребностями здравоохранения, медицинского страхования и является базовым регулятором контроля качества оказываемых медицинских услуг [2]. Медицинские стандарты призваны определять правомочность объема и качества оказываемой медицинской помощи на основании последних достижений науки и практики, а также вносить ясность в вопросы документального сопровождения медицинской деятельности. Представляя собой квинтэссенцию накопленного клинического опыта, стандарты призваны отвечать требованиям доступности, простоты и универсальности. Стандарты должны являться индикатором оценки правильности выбора медицинской тактики и выполнения профессиональных обязанностей врачом-стоматологом, а также регламентировать расчет стоимости оказания медицинских услуг при различных формах заболеваний. К сожалению, на практике существующий стандарт медицинской помощи не раскрывает сути возникающих осложнений стоматологического лечения.

Однако напомним, что определяющим документом всей системы стандартизации в здравоохранении является международная классификацией болезней (МКБ-10),

являющаяся средством государственного регулирования системы здравоохранения страны.

Стоматологическая помощь по своей правовой сути является оказываемой услугой, конечным результатом удовлетворенности которой является характер динамики состояния пациента после проведенного лечения. При этом взаимоотношения врача и пациента находятся в сложном медико-правовом поле, регламентируясь одновременно постулатами медицинской науки и законодательными актами РФ. Оценка качества медицинской помощи проводится путем сопоставления реальных действий врача и представлений о том, какими они должны быть, с учетом индивидуальных особенностей больного и конкретных условий оказания медицинской помощи.

Рассматривая теоретические предпосылки вопроса качества медицинской помощи В.Ф. Чавленцов (1999) выделяет надлежащие и ненадлежащие качества медицинской помощи. Надлежащие качества характеризуют соответствие оказанной медицинской помощи современным представлениям о ее необходимом уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей пациента и возможностей конкретного лечебного учреждения. К признакам ненадлежащей медицинской помощи следует относить нарушение медицинских стандартов, нарушение нормативных документов о регулировании медицинской деятельности, нарушение общепринятых медицинских правил и канонов. Однако даже при отсутствии каких-либо признаков противоправности и соблюдения всех нормативных требований деятельность врача сопряжена с некоторыми рисками, связанными с возможным нарушением прав пациента. Отсюда следует два возможных варианта развития событий: случай так называемой «виновной ответственности», когда доказывается наличие причинно-следственной связи между посягательством и наступившим вредом здоровью, при втором, «безвиновной ответственности» - происхождение вреда наступает вследствие непреодолимых форс-мажорных обстоятельств.

Итак, основанием «безвиновной ответственности» является риск, а не сама вина, поэтому в случае возникновения прецедента пациент освобожден даже от необходимости доказывать вину врача. В данном контексте актуальна ст. 401 ГК РФ «Основание ответственности за нарушение обязательств», повествующая в том числе о презумпции виновности нарушителя обязательств. Здесь же в п.1 рассматриваются и критерии невиновности, заключающиеся в принятии всех возможных мер для надлежащего исполнения обязательств, что и является фактическим доказательством отсутствия вины врача-стоматолога.

Таким образом ст. 401 ГК РФ фактически предписывает необходимость наличия исчерпывающих стандартов лечения или клинических рекомендаций, подтверждающих правомерность врачебных манипуляций по обеспечению необходимого «объема и качества» медицинской помощи в случае проведения стоматологического лечения.

В связи с вышеизложенным возникает закономер-



Рис. 1. «Треугольник вредности» судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг (Янушевич О.О., 2016)

ный вопрос каким образом врач-стоматолог может обезопасить себя от подобных непредсказуемых осложнений стоматологического лечения? Ответ, по-видимому, должен быть найден в самой природе возникающего явления «непереносимости», носящего чаще всего спонтанный и непредотвратимый характер. В этой связи уместно сослаться на ст. 1098 ГК РФ, «Основания освобождения от ответственности за вред, причиненный вследствие недостатков товаров, работы или услуги», повествующей о возможности действия некой т.н. «непреодолимой силы», повлиявшей на результат оказания работы или услуг. В данном контексте «непереносимость» представляется как совершенно непредсказуемое явление предвидеть которое, а тем паче, нести ответственность за его наступление, для врача-стоматолога совершенно невозможно.

Таким образом, добросовестное выполнение врачом-стоматологом своих профессиональных обязанностей и соблюдение клинических рекомендаций является основанием для утверждения, что симптомокомплекс «непереносимости» возник вследствие «непреодолимой силы» (ГК РФ п. 3 ст. 401), обусловленной индивидуальной реактивностью организма пациента.

Таким образом, симптомокомплекс «непереносимости» представляет собой потенциальную угрозу в виде непрогнозируемой ответной реакции организма пациента на протезирование. В этом случае врач-стоматолог не в состоянии в полной мере гарантировать благоприятный исход стоматологического лечения. При этом формируется своеобразный комплекс, т.н. «треугольник вредности» (Рис. 1), который и представляет собой предмет судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг [18].

Наконец, предметом судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг является констатация status quo в отношении собственно состояния здоровья пациента до и после проведения медицинских манипуляций с целью определения степени утраты общей и профессиональной трудоспособности и установления состояния здоровья [10].

Вполне очевидно, что сложность симптомокомплекса «непереносимости» требует подготовки и реализации специфичного, сложного алгоритма диагностики, требующего больших затрат, а также специализированного оборудования и компетентного медицинского

персонала. Борьба с явлениями «непереносимости» - это прежде всего тщательная диагностика, которая de facto затруднена по ряду объективных причин: наличие у пациента соматической патологии, хроническое течение процесса, трудность в обеспечении полноценной диагностики, сокрытие информации пациентом о состоянии своего здоровья и др..

Одним из основных вопросов, разрешаемых судебно-медицинской экспертизой [9;10] (Рис. 2), проводимой в связи с гражданскими исками пациентов к стоматологическим учреждениям, является установление характера профессиональных ошибок, а также неблагоприятных последствий при оказании стоматологической помощи [1]. Интересным моментом является то, что оценка случаев «непереносимости» происходит по факту их возникновения, когда последствия лечения уже наступили, без учета внешних условий и лечебно-диагностических возможностей конкретного лечебного учреждения.

Практика показывает, что даже современный уровень развития научно-технических знаний в стоматологии не является абсолютной гарантией безопасности для врача и пациента в связи с возникновением «непереносимости».

Парадокс сложившейся ситуации заключается в неразрешимости возникающего противоречия: с одной стороны врач-стоматолог должен оказать пациенту исчерпывающую медицинскую помощь, с другой стороны, несет полную ответственность за потенциальный вред здоровью, вне зависимости от качества исполнения своих профессиональных обязанностей (ст. 1064 ГК РФ «Общие основания ответственности за причинение вреда», ст. 1095 ГК РФ «Основания возмещения вреда, причиненного вследствие недостатков товара, работы или услуги»). По этой причине большое количество современных исследований, направленных на предупреждение ошибок в клинической практике, включают разработку показаний к различным видам стоматологического лечения и соблюдение соответствующих лечебно-диагностических процедур [15].

Резюмируя вышесказанное, отметим, что при лечении пациентов врачом-стоматологом должен соблюдаться принцип «настороженности», включающий в себя перечень простых рекомендаций:

- Тщательный сбор стоматологического анамнеза, включая мониторинг интегральных показателей общесоматического состояния (артериального давления, частоты сердечных сокращений, показателей общего анализа крови и др..)

- Выделение потенциальных групп риска по ряду признаков: наличия хронических заболеваний (бронхиальная астма, сахарный диабет, болезни органов пищеварения, аллергия и аутоиммунные заболевания и др.), возрастных и гендерных особенностей (лица пожилого и старческого возраста, женщины в менопаузе и др.).

- Комплексное взаимодействие со смежными специалистами по показаниям, включая отоларинголога, гастроэнтеролога, эндокринолога, терапевта-интерниста, кардиолога, аллерголога-иммунолога, невролога и др.

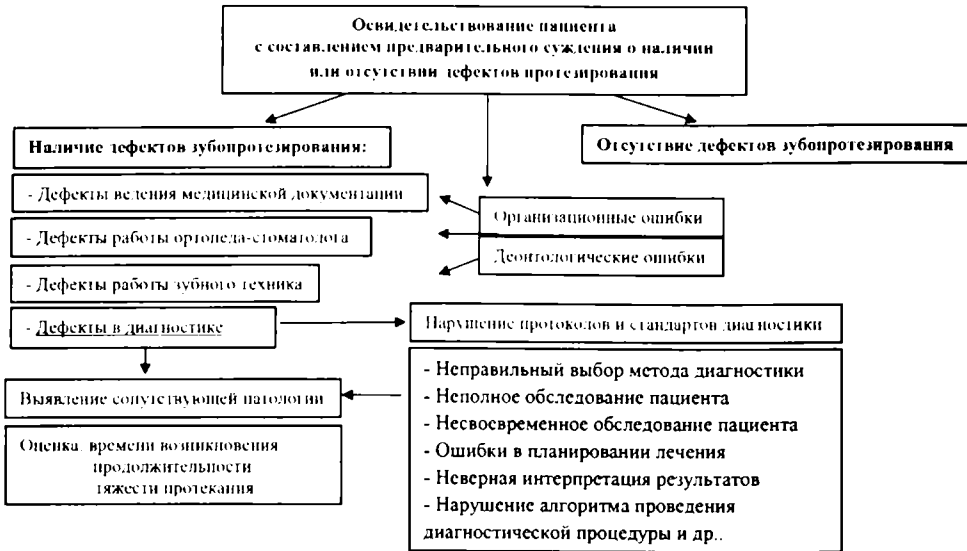


Рис. 2. Определение стоматологического статуса у пациентов с явлениями «непереносимости» (Иорданашвили А.К. с соавт., 2009)

- Соблюдение принципов диспансеризации;
- Проведение в полном объеме мероприятий по санации и специальной подготовке полости рта перед протезированием;
- Своевременная замена зубных протезов, не отвечающих клиническим требованиям;
- Индивидуальный подбор конструкционных материалов как обязательный этап планирования лечения;
- Использование современных конструкционных материалов и технологий для изготовления ортопедических конструкций;
- Проведение методов специальной донозологической аппаратурной и лабораторной диагностики (биопотенциалометрия, рН-метрия, аллергопробы, исследование микробного «пейзажа» полости рта и др.);
- Подробное ведение медицинской документации;
- Исчерпывающее и своевременное информирование пациента о возможных рисках и динамике его состояния на протяжении всего комплекса лечебно-диагностических мероприятий.

Учитывая вышесказанное, становится очевидным, что решение проблемы «непереносимости» стоматологических материалов должно осуществляться комплексным путем, а именно на основании тщательного анализа накопленного клинического опыта в тесной связи с оптимизацией существующих правовых норм.■

А.Е. Верховский - к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии с курсом ортодонтии ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России. Н.Н. Аболмасов - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии с курсом ортодонтии ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России. Н.Г. Аболмасов - д.м.н., профессор кафедры ортопедической стоматологии с курсом ортодонтии ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России. А.Н. Кузьменков - к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии с курсом ортодонтии ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России. Е.А. Статенина - ассистент кафедры ортопедической стоматологии с курсом ортодонтии ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России

Литература:

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Андрейкин А.Б., Сердюков М.С. Судебно-медицинская экспертиза стоматологической помощи (ретроспективный анализ и современное состояние вопроса). *Российский стоматологический журнал* 2013; 7: 33-36.
2. Баринов Е.Х., Рамодановский П.О. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам. *ЮрИнфоЗдрав. М.* 2012.
3. Баученкова Л.А., Смирнова Л.Е., Вагнер В.Д. Некоторые подходы к экспертной оценке полноты заполнения врачами-стоматологами медицинской карты стоматологического больного. *Институт стоматологии* 2014; 1: 24-26.
4. Бочковская Е.О., Измайлова З.М., Лавренко Е.А. Законодательные и нормативные правовые акты, регулирующие вопросы контроля качества и безопасности медицинской деятельности. *Клиническая стоматология* 2018; 2: 90-92.
5. Вагнер В.Д. Контроль и экспертиза качества стоматологической помощи. *Стоматология России* 2017; 2: 2.

6. Володин А.И., Лапина Н.В., Иорданашвили А.К. Оценка качества протезирования несъемными зубными протезами жителей Краснодарского края. *Институт стоматологии* 2018; 2: 79-81.
7. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая, вторая). Принят Государственной Думой Федерального Собрания Российской Федерации 21 октября 1994 г. // Собрание законодательства РФ. - 1994. - №32. Ст. 150, 152, 401, 1064, 1079, 1095, 1098, 1099, 1100.
8. Данилов Е.О. Контроль качества медицинской помощи в стоматологии. СПб: ИНСТОМ. СПб. 2017.
9. Измайлова З.М., Семкин В.А., Бочковская Е.О., Е.А. Лавренюк Состояние вопроса экспертизы качества оказания медицинской помощи. *Стоматология* 2017; 6: 107-108.
10. Иорданашвили А.К., Толмачев И.А., Бобунов Д.Н., Горбатенков М.Е., Сагалатый А.М. Алгоритм судебно-медицинской экспертизы при оказании стоматологического ортопедического лечения. *Институт стоматологии* 2009; 1: 10-12.
11. Иорданашвили А.К. Профессиональные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи при стоматологической реабилитации взрослых пациентов. *Вестник Рос. Военно-медицинской академии* 2016; 1 (53): 50-55.
12. Кулаков А.А., Бутова В.Г., Гветадзе Р.Ш., Андреева С.Н. Нормативная правовая база, регламентирующая контроль качества и безопасности медицинской деятельности. *Стоматология* 2018; 2: 4-7.
13. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т. Концепция формирования профессиональных стандартов. *Новое в стоматологии* 1995; 4: 4-10.
14. Ругина И.А., Волков Е.Б., Кресникова Ю.В., Малый А.Ю. Сравнение результатов ортопедического лечения в Калининградской области за десятилетний период (с 2007 по 2017 гг.). *DENTAL FORUM* 2018; 1: 12-16.
15. Селиверстова Е.А., Вагнер В.Д. Законодательные и нормативные правовые требования к клиническим рекомендациям (протоколам лечения). *Институт стоматологии* 2014; 4: 30-32.
16. Семенюк В.М., Ахметов Е.М., Федоров Е.В., Качура Г.П., Ахметов С.Е. Результаты организации, эффективности ортопедического лечения и качества зубных протезов (данные социологического исследования). *Институт стоматологии* 2017; 1: 26-29.
17. Чавпенцов В.Ф., Карачевцев М.А., Михайлов С.М., Перепеч Н.Б. Современные проблемы качества и пути их решения в здравоохранении РФ. *Вестн. ОМС* 1999; 3: 33-39.
18. Янушевич О.О. Судебно-медицинская и медико-правовая оценка неблагоприятных исходов в стоматологической практики. М: ГЭОТАР-Медиа. М 2016.