

вазоактивных препаратов при лечении системной склеродермии // *Терапевтический архив*. 1982. №2. С. 118-121.

6. Целов Л.М., Морозов В.Г. Медикаментоз-

ная терапия в пародонтологии: от стереотипов и эмпиризма к реальности // *Стоматология*. 1992. №2. С. 82-84.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАРОДОНТОЛОГИИ (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

Т.М. Еловикова, С.И. Козицына
УГМА

В практической деятельности специалистов приходится встречаться с различными ситуациями, которые расцениваются как врачебная ошибка, небрежность, халатность и преступление.

Понятие "врачебная ошибка" и меры ответственности за нее в ходе истории человечества менялись. Небрежность и халатность - это не ошибка. Разные их проявления в одних случаях расценивались как проступок, в других - как преступление. Если врач в своей работе вступает в конфликт с законом - это преступление [1-4].

В настоящее время новый характер экономических взаимоотношений между пациентом и врачом-стоматологом, в частности, врачом, ведущим прием пациентов с заболеваниями пародонта, игнорирование или недостаточное внимание к нормам этики и деонтологии, небрежность в работе или разговоре с пациентом могут привести к серьезным проблемам в профессиональной и даже личной жизни врача-стоматолога. Наша профессиональная деятельность в рамках консультативного пародонтологического центра (ПАЦ) позволяет поделиться своим опытом и проанализировать различные случаи, которые могут быть предметом юридических исков.

ПАЦ УГМА существует с 1995 г. Одна из его целей - организация консультативно-диагностической специализированной помощи врачам общего приема, а при необходимости и пародонтологам, при лечении больных с различной патологией тканей пародонта.

За 6 года работы ПАЦ было принято 433 пациента. Анализом амбулаторных историй болезни установлено, что до обращения в ПАЦ рациональной гигиене полости рта и правильной чистке зубов у врачей-пародонтологов и стоматологов-терапевтов было обучено только 22 пациента (5%). Остальные больные получали советы по вопросам гигиены у стоматологов без контроля качества

чистки зубов.

Рентгенологическое обследование зубов и челюстей было выполнено только в 25% случаев, в 2% (у 8 пациентов) была проведена ортопантомография.

Только перед консультацией в ПАЦ у терапевта общего профиля было обследовано 97% больных, при этом проводилось биохимическое исследование крови и мочи. На основании данных исследований были выявлены (у 1,4% пациентов впервые) эндокринные заболевания (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и др.), заболевания желудочно-кишечного тракта и эти больные были направлены на дообследование и лечение к соответствующему специалисту.

При осмотре полости рта у 46% больных были обнаружены мощные тяжи слизистой оболочки, уздечки губы, которые имели прикрепление в области межзубного сосочка.

Чаще всего в ПАЦ обращаются пациенты, направленные лечащим врачом-пародонтологом с просьбой назначить план лечения. Из анамнеза выясняется, что пациент недавно лечил зубы, после этого было проведено протезирование. В настоящее время пациента беспокоят неприятные ощущения в десне и зубах. При анализе рентгенограмм обнаруживаются очаги деструкции костной ткани в проекции верхушек корней примерно 3-4 зубов. Каналы зубов не запломбированы или заполнены пломбировочным материалом на 1/4-1/2 длины корня зуба. Иногда (1,8%) клинически определяются свищи или рубцы от свищей. Ситуация осложняется нежеланием пациента снимать ортопедические конструкции и перелечивать, а, возможно, и удалять некоторые зубы. В этом случае некачественное пломбирование корневых каналов и изготовление дорогостоящего протеза может стать причиной судебного разбирательства.

Совсем недавно стоматологи провели санацию полости рта с использованием со-

временных дорогостоящих светополимерных материалов 84-м пациентам, не определив при этом, имелось ли заболевание десен. После восстановления анатомической формы боковых зубов стоматолог обратил внимание на состояние слизистой оболочки альвеолярного отростка. Снятие зубных отложений не дало эффекта. При обследовании пациента, анализе рентгенограмм, индексных оценок тканей пародонта в ПАЦ был составлен план комплексного лечения, включающий депульпирование ряда зубов по санационным и протетическим показаниям. Однако стоматолог, проведший пломбирование зубов фотополимерами, отказался перелечивать и депульпировать зубы, поскольку он "уже выполнил свою работу". Пациент же оказался в крайне затруднительном положении, поскольку он не знал, что ему предстоит такое серьезное испытание. Чаще всего сегодня ситуация остается бесконтрольной и забывается обеими сторонами, "откладываясь в долгий ящик", но не стоит забывать: больной имеет право обратиться в суд с иском к лечившему его стоматологу.

У других 59 пациентов было проведено реставрационное пломбирование передних зубов без учета состояния тканей пародонта. Анатомические коронки зубов были восстановлены не до края десны, а глубже. В десневой борозде или даже клиническом кармане остались шероховатости или нависающие края пломбы, что является ятрогенным этиологическим фактором развития или осложнения пародонтита. К аналогичному результату может привести и изготовление искусственной неточно прилегающей коронки, травмирующей край десны.

Довольно часто (58 случаев) в ПАЦ обращаются пациенты, которым, с их слов, примерно в течение ближайших двух недель была проведена профессиональная гигиена полости рта. Однако гигиеническое состояние полости рта у них неудовлетворительное (это подтверждается индексной оценкой). Причина - пациенты не были обучены индивидуальной гигиене полости рта.

В ПАЦ с жалобами на подвижность опор-

ных зубов, на которых фиксировались несъемные ортопедические конструкции, обратились 48 пациентов. Обычно такие протезы изготавливаются по желанию больного, хотя в данном случае несъемная конструкция противопоказана. Расшатывание зубов, заметное для пациента, происходит, как правило, через 5-7 месяцев после фиксации протеза. При наличии у пациента общесоматической патологии, заболевании органов и систем организма подвижность зубов выявляется уже через 3-4 месяца. Рекомендации консультанта снять данный протез и провести рациональное шинирующее протезирование не устраивают пациента, так как пациент уже заплатил достаточную сумму денег, потерял время, а теперь необходимо не только проводить повторное протезирование, но и комплексное, возможно дорогостоящее, лечение пародонтита. Такой пациент может обратиться в суд и, при неправильно оформленной истории болезни (отсутствует запись о его желании иметь конкретную конструкцию), вся "тяжесть" устранения дефекта падет на плечи врача. В описанных случаях отсутствия внимания со стороны врача на состояние тканей пародонта может быть обоснованно расценено как халатность. Таким образом, наше исследование позволяет отметить, что лечение заболеваний пародонта в поликлиниках зачастую проводится неправильно, не соблюдаются последовательность, комплексность, целесообразность, обоснованность выбора методов и средств воздействия, а это может стать причиной осложнений и судебных процессов.

Литература

1. Акопов В.И., Бова А.А. Юридические основы деятельности врача. М., 1997. С. 256.
2. Малеева М.Н. Человек и медицина в современном праве. М., 1995. С. 260.
3. Скрипкову Г.Т. Чорня Врачебная тайна и врачебная ошибка. Медицинская этика и деонтология. М., 1983. С. 91-99.
4. Врач и пациент. Юридические аспекты взаимоотношений // Новое в стоматологии. Спец. Выпуск. 1997. №3 (53). С. 123-139.