Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

КОМПЛЕКСНАЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЕФЕКТОВ

ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Г.А. ПАШИНЯН, Н.Е. ДОБРОВОЛЬСКАЯ

Пашинян Г.А., доктор медицинских наук, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права Московского государственного медико-стоматологического университета.

Добровольская Н.Е., кандидат медицинских наук, доцент кафедры.

*В статье рассматриваются вопросы организации и проведения комплексных судебно-медицинских экспертиз по определению судов в связи с жалобами пациентов на некачественное оказание стоматологической помощи. Проанализированы структура и содержание комплексных судебно-медицинских экспертиз и пути улучшения их качества.*

Реализация национальных проектов, в том числе и в здравоохранении, изменившиеся социально-экономические условия в современной России, положения Гражданского [кодекса](consultantplus://offline/ref=3FA6537E8CAD326BA586786627B75FFEE30F1E0977833952361177299099AF1CCD43E02CE290E47A1376B56BD660N) Российской Федерации, ряда федеральных законов, а также подзаконных нормативно-правовых актов, регламентирующих медицинскую деятельность, развитие страховой медицины как обязательной, так и добровольной привели к росту правовой грамотности населения и способствовали усилению его активности в реализации своих прав. Как следствие в настоящее время наблюдается рост обращений пациентов в суды с жалобами на некачественное оказание медицинской помощи и, соответственно, проводимых экспертиз как по материалам уголовных, так и гражданских дел [[11]](#P156). Поэтому чрезвычайно важной задачей является проведение исследования и анализа возникающих дефектов оказания медицинской помощи, выявление причин их возникновения и в дальнейшем разработка комплекса мероприятий по их профилактике [[6](#P151), [11](#P156)].

Создавшаяся ситуация требует разработки объективных критериев оценки оказанной медицинской помощи и методических указаний для проведения комиссионных экспертиз, связанных с профессиональными правонарушениями медицинских работников [[1](#P146), [10](#P155)].

В структуре судебно-медицинских экспертиз дела, связанные с ненадлежащим оказанием стоматологической помощи, занимают особое положение и проводятся с обязательным участием специалистов-стоматологов, что связано с многообразием вопросов, решение которых требует специальных познаний в отдельных узких областях медицины. Однако в настоящее время, несмотря на то, что вопросам судебной экспертизы в гражданском процессе посвящено достаточное количество работ, многие проблемы судебно-медицинской экспертизы, а именно использование специальных медицинских знаний в гражданском судопроизводстве, остаются неразрешенными и требуют дальнейшего изучения, переосмысления и развития [[3](#P148), [4](#P149), [11](#P156)].

В последние годы в российских судах наблюдается значительное увеличение количества гражданских исков, предметом которых является возмещение ущерба, морального вреда, причиненного, по мнению пациентов, некачественным оказанием стоматологической медицинской помощи.

Это, в свою очередь, привело к росту числа назначаемых судами судебно-медицинских экспертиз, предметом которых является оценка качества стоматологической помощи и установление влияния дефектов ее оказания на здоровье истцов. Актуальность изучения проблемы судебно-медицинской экспертизы в случаях профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов при оказании стоматологической помощи обострилась, и недостаток информации по этому вопросу испытывают стоматологическая и судебно-медицинская практика.

Отсутствие четких судебно-медицинских стандартов и критериев оказанной помощи приводит к разной трактовке и неоднозначной судебно-медицинской оценке последствий дефектов оказания медицинской помощи. Наиболее проблематичная ситуация складывается в тех областях медицинских специальностей, где налицо активное участие врача и присущих данному лечению рисков для пациентов [[6]](#P151). Это в значительной степени актуально и для стоматологической практики.

В основе большинства действующих систем оценки качества и эффективности медицинской помощи (услуги) лежит метод экспертной оценки, позволяющий вскрыть дефекты диагностики, лечения и реабилитации пациентов. Именно этот метод позволяет, с одной стороны, оградить медицинское учреждение и его сотрудников от необоснованных претензий, а с другой - выработать объективные критерии возмещения физического и морального ущерба, причиненного пострадавшему при оказании стоматологической услуги по вине лечебно-профилактического учреждения. Очевидно, что в условиях внедрения независимой экспертизы качества медицинской помощи (услуги) метод экспертных оценок найдет более широкое применение в здравоохранении [[5](#P150), [6](#P151), [7](#P152)].

Анализ заключений, проведенных в период 2000 - 2007 гг. комплексных судебно-медицинских экспертиз, свидетельствует о росте их абсолютного числа.

Нами выборочно проанализированы заключения комплексных судебно-медицинских экспертиз, проведенных в период 2000 - 2008 гг. по гражданским искам пациентов на некачественное оказание терапевтических (30 случаев), ортопедических (30 случаев) и хирургических [[5]](#P150) стоматологических услуг.

В большинстве случаев требования истцов были направлены на возмещение ущерба (78% случаев), компенсацию морального вреда (84%), причинения вреда здоровью (35%), на расторжение договора оказания платных медицинских услуг (3%) и др., обусловленные, по мнению пациентов, ненадлежащим исполнением врачами своих профессиональных обязанностей, дефектами оказания стоматологической помощи, невыполнением условий договора. В ряде случаев поводом для исковых заявлений служило невнимательное, а подчас грубое отношение к пациенту, а также недостаточное разъяснение возможных осложнений и правил эксплуатации результатов работы врача-стоматолога.

В исковых заявлениях, касавшихся ортопедической помощи, чаще всего пациенты предъявляли жалобы на некачественное лечение, выражающееся в наличии боли - 15%, нарушении жевательной функции - 12%; качество предварительной перед протезированием санации - 25%; эстетические дефекты - 23%; развитие сопутствующего заболевания - 9%; плохую фиксацию (съемных протезов) - 1%; плохую дикцию - 3%; расцементировку - 5% и др. Кроме того, ряд жалоб был обусловлен патологией, являющейся результатом медицинского вмешательства и имеющей объективно ятрогенный характер.

Анализ заключений судебно-медицинских экспертиз, относящихся к хирургической стоматологической помощи, показал, что пациенты в большинстве случаев предъявляли жалобы на необоснованное, с их точки зрения, удаление зуба, не проходящие со временем боли после удаления, развитие после удаления осложнений (синусит, остеомиелит, абсцесс). Кроме того, выявлены жалобы пациентов на повреждение в ходе удаления зуба других зубов, удаление не того зуба.

Что касается терапевтической помощи, то анализ заключений судебно-медицинских экспертиз показал превалирование жалоб на некачественное оказание эндодонтической помощи и развитие осложнений после проведенного лечения (одонтогенные синуситы, нейропатия нижнечелюстного нерва и др.).

Наиболее часто встречающиеся вопросы, поставленные на разрешение судебно-медицинской экспертизы, можно разделить на несколько групп (их краткая характеристика представлена в табл. 1). В разделе "Круг вопросов" мы выделили содержание поставленных перед экспертами вопросов.

Таблица 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группа  вопросов | Категории вопросов | Круг вопросов |
| 1 | Нуждаемость пациента | Клиническое обоснование необходимости  оказания данной стоматологической  помощи пациенту при первом его  обращении в медицинское учреждение |
| Этап диагностики | Целесообразность, полноценность,  качество и полнота диагностических  мероприятий, правильность  поставленного диагноза |
| План лечения | Соответствие диагнозу, целесообраз-  ность применения того или иного  метода лечения |
| 2 | Проведенное дальнейшее  лечение зубов и  протезирование | Соответствие и целесообразность  поставленному диагнозу и плану  лечения, законченность лечения |
| 3 | Наличие дефектов оказания  стоматологической помощи | Как на этапе подготовки, так и на  всех этапах лечения |
| Причинение вреда здоровью  вследствие некачественной  оказанной услуги | Наличие вреда и оценка его тяжести |
| Наличие причинно-  следственной связи | Связь между дефектами лечения и  протезирования с наступившим  неблагоприятным исходом |
| Нуждаемость в дальнейшем  лечении | Необходимость, возможность, а при  неудовлетворительном выполнении  работ, какие виды и в каком объеме  должны быть выполнены для устранения  недостатков оказанной медицинской  помощи |
| 4 | Правовая сфера оказания  стоматологических услуг | Правомерность отказа пациента от  плана лечения или отдельного его  этапа.  Правомерность отказа врача от  требований пациента, не имеющих, по  мнению врача, оснований и  целесообразности проведения того или  иного метода лечения и влияние подоб-  ных отказов на исход лечения.  Сроки проводимого лечения и сроки  эксплуатации произведенных работ  (пломб, коронок, протезов и т.д.).  Информационное поле приобретения  услуги (информированное добровольное  согласие, информирование пациента о  диагностических, лечебных мероприя-  тиях, эксплуатационных свойствах  приобретенных товаров и услуг и др.).  Исполнение условий договора на оказа-  ние стоматологической услуги.  Соблюдение прав пациентов |
| 5 | Качество оказанной  стоматологической услуги  (категория, имеющая  специфическую, присущую  только ей особенность  оценки) | Критерии качества данного вида  стоматологической услуги.  Соответствие проведенного лечения  государственным и медицинским  стандартам.  Соответствие при протезировании  коронок и протезов установленным  техническим и медицинским стандартам.  Адекватность, эффективность,  экономичность, научно-технический  уровень.  Удовлетворенность пациента полученной  стоматологической услугой |

Анализ вопросов, поставленных правоохранительными органами перед экспертами, показал, что, с одной стороны, некоторые вопросы не имеют четкого толкования, не конкретизированы, что не дает возможность комиссии в полном объеме и объективно дать ответ. Так, например, при установлении факта о том, что врач не имел право или реальную возможность оказать пациенту стоматологическую помощь необходимого объема и качества, требуется от экспертных комиссий уточнение, какую конкретно медицинскую помощь, исходя из своей профессиональной компетентности и имеющихся возможностей, стоматолог должен был и мог оказать пациенту, сопоставив это с фактически оказанной помощью. Для решения вопросов о наличии дефектов оказания стоматологической услуги есть острая необходимость отражать в вопросах конкретные действия врача, какая и в каком объеме должна оказываться данная стоматологическая услуга, что конкретно было назначено, а каких действий лечащий врач не произвел, какой именно дефект медицинской помощи повлиял на исход заболевания или возникновение вреда здоровью.

Необходимо акцентировать тот факт, что в настоящее время в судебной медицине недостаточно полно отражено толкование правовых аспектов оказания и особенно такого понятия, как качество стоматологической услуги, тем более что именно недостаток последнего свойства нередко является причиной исков о возмещении убытков и морального вреда здоровью [[2]](#P147).

В подавляющем большинстве случаев в ходе экспертной оценки рассматриваемых подобных дел перед специалистами возникает ряд очевидных трудностей, мешающих дать наиболее объективную оценку. К ним относятся прежде всего невозможность изучения медицинской документации вследствие недостатков ее оформления, поскольку нередко именно от полноты и правильности ее оформления зависит объективность и обоснованность экспертных заключений. Несмотря на то что медицинская документация имеет важное лечебно-диагностическое, научно-практическое, социальное и юридическое значение, значительная часть врачей-стоматологов, а нередко и руководители клиник небрежно относятся к ее оформлению [[2](#P147), [8](#P153)]. Наши исследования показали, что в 5% случаев первичная документация на пациента вообще отсутствовала, что является грубым нарушением действующего законодательства. В других случаях дефекты оформления выражались в следующем: несоответствие установленной форме, краткость, сокращения, исправления, вычеркивания, стирания, приписки в записях истории болезни, несвоевременная запись проделанных манипуляций либо ее отсутствие, невнесение в историю болезни результатов обследования больных (анализы, данные рентгенологического обследования и пр.), незаполнение зубной формулы или ее отсутствие, нет записей в истории болезни о возникших в ходе диагностики или лечения ошибках и осложнениях, нет обоснования применяемых методов лечения, не освещено предыдущее лечение больного, отсутствие записей о перенесенных заболеваниях. Особо хотелось бы отметить отсутствие в историях болезни каких-либо записей о правовом положении пациента, а именно наличия информированного согласия на диагностические и лечебные мероприятия. А в случае отказа пациента от лечения нет соответствующей положению [ст. 33](consultantplus://offline/ref=3FA6537E8CAD326BA586786627B75FFEE3051F0E76833952361177299099AF0ECD1BEC2FE28CE17F0620E42E3C8B5934954B90556AE519DF67N) Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993) записи и подписей ни больного, ни врача, что является прямым нарушением действующего законодательства. Таким образом, с использованием разработанного Т.Г. Поповой (2007) алгоритма экспертизы первичной медицинской документации на предмет выявления ошибок в ее ведении, нами получены следующие данные: в 54% случаев показатель качества заполнения истории болезни Q составил 3,5+/-1,5 балла, т.е. расценивался как неудовлетворительное состояние медицинской документации; в 35% - Q = 4,5+/-1,8 балла - низкий уровень заполнения; и только в 11% - Q = 7,7+/- 2,5 балла - хорошее состояние заполнения историй болезни. Тревогу вызывает то, что ни одна первичная медицинская документация не имела показатель Q, соответствующий выводу о высоком качестве ее заполнения.

Все вышеперечисленное создает сложности объективизации заключений судебно-медицинской экспертизы, мешает выявлению дефектов оказания стоматологической помощи и причинно-следственных связей, что в конечном результате не дает возможности обоснования правомерности жалоб пациентов.

При изучении проведенных экспертиз установлено, что в 55% случаев врачами-стоматологами допущены дефекты оказания медицинской помощи. Это наглядно демонстрирует следующий случай из экспертной практики:

"...Из определения районного суда следует, что 03.02.99 истица М. обратилась в стоматологическую поликлинику... для подготовки к протезированию верхней челюсти в связи с заменой старого подвижного моста. Согласно совету врача, в целях подготовки к протезированию возникла необходимость в удалении нервов из 4-х зубов правой и левой стороны верхней челюсти. 11.02.99 для удаления нерва из 4-го зуба правой стороны истице врачом была положена мышьяковистая паста...

В результате наложения мышьяковистой пасты на десне образовался ожог. 15.02.99 лечащим врачом был удален нерв из зуба и назначены физиотерапевтические процедуры. Считая результаты лечения неудовлетворительными, больная М. обратилась в другую стоматологическую поликлинику, где ей была удалена часть сожженной десны верхней челюсти и поставлен диагноз - химический ожог слизистой оболочки в области 3-го и 4-го зубов. 25 марта истице было предложено протезирование, на что она дала письменное согласие. Протезирование врачом-ортопедом проведено не было. За период с 26 марта по 13 апреля 1999 г. были поставлены временные коронки на 3, 4 и 5-й зубы верхней челюсти левой стороны, был сломан 3-й зуб верхней челюсти левой стороны. По словам истицы, ей был причинен вред здоровью и моральный вред.

На разрешение комиссионной судебно-медицинской экспертизы поставлены следующие вопросы.

1. Была ли проведена достаточно полная диагностика больной врачом перед началом лечения?

2. Нуждалась ли больная М. в лечении 4-го зуба сверху правой стороны, если нуждалась, то в каком?

5. Необходимо ли было сделать снимки перед началом лечения?

6. Качественно ли было проведено лечение 4-го зуба и последующая подготовка полости рта к протезированию? Если нет, то какие были допущены нарушения?

7. Могло ли врачебное вмешательство привести к осложнению в виде остеомиелита?

8. Мог ли быть мышьяковистый ожог в результате деструктивных изменений тканей зуба?

И др." (всего 21 вопрос).

На основании изучения материалов дела и результатов объективного освидетельствования потерпевшей экспертная комиссия пришла к следующим выводам.

1. Перед началом лечения больной М. врачом-стоматологом Ч. не была осуществлена достаточно полная диагностика заболеваний со стороны зубного аппарата истицы. Диагноз "хронический пульпит" не обоснован клиническими данными, не диагностировано заболевание тканей пародонта: генерализованный пародонтит тяжелой степени.

2. (ответ на [вопросы 2](#P114), 3, 4 определения). Больная М. нуждалась в лечении 4-го зуба на верхней челюсти справа (хронический пульпит), что было определено на момент обращения к врачу-стоматологу. Ей было показано лечение, не связанное с удалением этого зуба, которое проводил врач Ч.

3. (ответ на [вопрос 5](#P115) определения). Диагноз "хронический пульпит", который установил врач Ч., можно установить на основании жалоб, анамнеза заболевания и клинической картины, выявленной при объективном осмотре полости рта. Рентгенологическое обследование при диагностике данного заболевания является вспомогательным инструментальным методом и не является обязательным.

4. (ответ на [вопросы 6](#P116), [7](#P117) определения) Лечение 4-го зуба на верхней челюсти справа у больной М., начатое 11.02.99 в стоматологической поликлинике N 22 по поводу хронического пульпита методом девитальной экстирпации пульпы, не было закончено. В процессе лечения возникло осложнение: произошло проникновение мышьяковистого ангидрида на слизистую оболочку десны и прилегающую костную ткань из-за недостаточной герметизации временной пломбой. В результате химического ожога в последующем образовался некроз (омертвение) межзубного десневого сосочка с секвестрацией (отторжением) стенки альвеолы (лунки для размещения зуба). Указанное осложнение возникло вследствие несоблюдения лечащим врачом правил наложения мышьяковистой пасты для девитальной экстирпации пульпы зуба. Произвести оценку качества подготовки полости рта больной М. к протезированию не представляется возможным ввиду отсутствия в представленной карте стоматологического больного плана лечения, отражающего весь объем стоматологического вмешательства (терапевтического, хирургического, консультации-рекомендации стоматолога-ортопеда).

5. (ответ на [вопрос 8](#P118) определения). Учитывая то обстоятельство, что одним из показаний к наложению мышьяковистой пасты для девитальной экстирпации пульпы зуба является наличие у пациента деструктивных изменений тканей зуба (кариес), экспертная комиссия считает, что химический ожог и последующие осложнения не связаны с деструктивными изменениями ткани зуба, а вызваны другой причиной, указанной в [п. 4](#P124) настоящих выводов.

6. (ответ на вопросы 9, 10 определения). Курс последующего физиотерапевтического лечения по поводу альвеолита (луночные боли) стоматологом-терапевтом соответственно установленному диагнозу был назначен правильно. Наступившее в процессе лечения зубов осложнение (см. [п. 4](#P124) выводов) не связано с несоблюдением назначенных физиотерапевтических процедур.

7. (ответ на вопросы 11, 12 определения). Уже при первичном клиническом обследовании стоматологом-терапевтом больной... можно было диагностировать имеющееся у нее заболевание - пародонтит, которое само по себе не явилось причиной возникновения осложнений, наступивших в процессе лечения зубов.

8. (ответ на вопрос 13 определения). Анализ представленных медицинских документов и результаты освидетельствования от 04.09.00 показали, что у М. имеются следующие заболевания полости рта:

- частичная вторичная адентия (полное отсутствие жевательных групп зубов, 4 центральных нижних зубов и т.д. - всего из 28 зубов отсутствуют 15);

- пародонтит генерализованный.

Прямой причинно-следственной связи между врачебным вмешательством 11.02.99 и имеющимися заболеваниями в полости рта у М. комиссия не усматривает.

Вместе с тем следует отметить, что в результате возникших в процессе лечения осложнений (описаны в [п. 4](#P124) выводов) дополнительно удалены два зуба - на верхней челюсти справа 13-й и 14-й.

9. (ответ на вопрос 14 определения). В настоящее время М. нуждается в плановом протезировании зубов с предварительной санацией полости рта.

10. (ответ на вопросы 16, 17 определения). В настоящее время 23-й, 24-й и 25-й зубы фиксированы коронками из желтого металла, спаянные, относительно устойчивы. Жалоб на боль в области этих зубов истица не предъявляет. Перкуссия зубов безболезненная, воспалительные явления отсутствуют. Определить наличие перелома по представленным документам и при объективном осмотре в настоящее время не представляется возможным: зуб покрыт коронкой. Со слов ... ранее имел место скол части коронки.

11. (ответ на вопрос 18 определения). Спаянные коронки изготавливаются по строго индивидуальным показаниям; в данном случае спаянные коронки 23, 24, 25-го зубов изготовлены по показаниям.

12. (ответ на вопрос 19 определения). Коррекция иммедиат-протеза проводится при возникновении такой необходимости.

13. (ответ на вопрос 20 определения). Перед установкой съемного протеза производится постоянная фиксация коронок на опорные зубы.

14. (ответ на вопрос 21 определения). Учитывая настоящий стоматологический статус М., ей показано протезирование с изготовлением частично-съемных протезов.

15. (ответ на вопрос 15 определения). Для решения указанного вопроса необходимо уточнить: о каких конкретно осложнениях идет речь?"

Наиболее часто дефекты отмечались при лечении зубов по поводу осложнений кариеса, при протезировании ротовой полости, в том числе с использованием дентальной имплантологии.

Но необходимо отметить, что доля необоснованных претензий пациентов составляла около 43% от общего числа заключений. В остальных случаях эксперты не могли ответить на поставленные вопросы, так как ответы на них требовали изучения первичной медицинской документации, отсутствующей в деле.

Таким образом, анализ заключений комплексных судебно-медицинских экспертиз свидетельствует о сохранении в настоящее время устойчивой тенденции роста обращений в суд пациентов с исками на некачественное оказание стоматологических услуг, что, в свою очередь, в совокупности с объективными проблемами, возникающими в ходе экспертной оценки, создает проблему в урегулировании конфликтов в системе врач - пациент в рамках правового поля.

Литература

1. Быховская О.А. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи в условиях крупного города: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2002.

2. Малый А.Ю. Медико-правовое обеспечение врачебных стандартов оказания медицинской помощи в клинике ортопедической стоматологии: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2001.

3. Мохов А.А. Теория и практика использования медицинских знаний в гражданском судопроизводстве России. СПб., 2003.

4. Пашинян Г.А., Ившин И.В., Попова Т.Г. Особенности использования специальных медицинских знаний в гражданском судопроизводстве // Судебно-медицинская экспертиза. 2007. N 6.

5. Пашинян Г.А., Григорьев Н.Н., Ромодановский П.О., Пашинян А.Г. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском процессе. М.: ГЭОТАР-Мед, 2004.

6. Пашинян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. М.: Медицинская книга, 2006.

7. Пашинян Г.А., Ившин И.В. Принципы оформления заключения эксперта в гражданском процессе // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. М., 2007.

8. Перова М.Д., Банченко Г.В. Клинические и правовые особенности ведения медицинской документации в зубной имплантологии // Стоматология. 1999. N 2(78).

9. Попова Т.Г. О критериях экспертной оценки профессиональных ошибок в стоматологии // Судебно-медицинская экспертиза. 2007. N 6.

10. Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы): Научно-практическое руководство. М., 2008.

11. Смирнов С.А. Судебная экспертиза на рубеже XXI века. Состояние, развитие, проблемы. СПб., 2004.