

# КЛИНИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

ОФИЦИАЛЬНАЯ И ИНТЕГРАТИВНАЯ

Под редакцией А. К. Иорданишвили

Санкт-Петербург  
СпецЛит

УДК 611  
К49

Авторы:

Н. Г. Агеева, В. Г. Беспалов, В. В. Бойко, Д. В. Булгин, К. А. Вураки, В. В. Гайворонская, Ю. Г. Голинский, М. Е. Горбатенков, В. Ф. Дмитриева-Носова, А. С. Иванов, А. К. Иорданишвили, С. И. Козицина, Э. А. Копылов, Н. В. Курякина, Б. П. Марков, Г. Б. Маркова, В. Б. Некрасова, С. В. Оковитый, Е. Г. Пан, Л. А. Подберезкина, В. Г. Сбежнева, А. Б. Смолянинов, И. А. Толматов, И. Е. Хорошилов, Т. Н. Юшманова

Рецензенты:

Парцерняк С. А. — президент Межрегиональной ассоциации интегративной медицины, д-р мед. наук, профессор;

Образцов Ю. Л. — заслуженный врач РФ, д-р мед. наук, профессор;

Зеновский В. П. — заслуженный врач РФ, д-р мед. наук, профессор

**Клиническая стоматология: официальная и интегративная :**  
К49 руководство для врачей / под ред. проф. А. К. Иорданишвили. —  
СПб. : СпецЛит, 2008. — 431 с.  
ISBN 978-5-299-00339-0

В руководстве рассмотрен широкий круг вопросов в области официальной стоматологии: эффективные методы лечения и профилактики заболеваний, обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности, правовые, юридические и судебно-медицинские аспекты. В нем также представлены материалы, относящиеся к новому направлению в медицине — интегративной стоматологии: средства и методы неспецифической терапии, фитотерапии, апитерапии, гомеопатии, лечебного питания. Предложены пути установления психологического контакта врача с больным.

Руководство предназначено для врачей-стоматологов, клинических ординаторов и интернов.

УДК 611

ISBN 978-5-299-00339-0

© ООО «Издательство „СпецЛит”», 2008



## Авторы:

*Агеева Наталья Георгиевна* — врач, Пятигорск

*Беспалов Владимир Григорьевич* — доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербург

*Бойко Виктор Васильевич* — доктор психологических наук, профессор, Санкт-Петербург

*Булгин Дмитрий Викторович* — кандидат медицинских наук, Санкт-Петербург

*Вураки Константин Андреевич* — доктор медицинских наук, профессор,  
Санкт-Петербург

*Гайворонская Валентина Васильевна* — кандидат медицинских наук, доцент,  
Санкт-Петербург

*Голинский Юрий Георгиевич* — кандидат медицинских наук, Санкт-Петербург

*Горбатенков Михаил Евгеньевич* — врач, Кронштадт

*Дмитриева-Носова Вера Федоровна* — кандидат медицинских наук, доцент,  
Санкт-Петербург

*Иванов Александр Сергеевич* — доктор медицинских наук, профессор, Великий  
Новгород

*Иорданишвили Андрей Константинович* — доктор медицинских наук, профессор,  
Санкт-Петербург

*Козицина Светлана Ивановна* — кандидат медицинских наук, доцент, Санкт-Петербург

*Копылов Эдуард Андреевич* — кандидат медицинских наук, Пятигорск

*Куракина Наталья Васильевна* — доктор медицинских наук, профессор, Рязань

*Марков Борис Павлович* — доктор медицинских наук, профессор, Москва

*Маркова Галина Борисовна* — кандидат медицинских наук, доцент, Москва

*Некрасова Валерия Борисовна* — доктор технических наук, профессор, Санкт-Петербург

*Оковитый Сергей Викторович* — доктор медицинских наук, доцент, Санкт-Петербург

*Пан Елизавета Ге Римовна* — кандидат медицинских наук, доцент, Москва

*Подберезкина Людмила Александровна* — кандидат медицинских наук, ассистент,  
Санкт-Петербург

*Сбежнева Валентина Григорьевна* — доктор фармацевтических наук, доцент, Пятигорск

*Смолянинов Александр Борисович* — доктор медицинских наук, профессор,  
Санкт-Петербург

*Толмачев Игорь Анатольевич* — доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербург

*Хорошилов Игорь Евгеньевич* — доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербург

*Юшманова Татьяна Николаевна* — доктор медицинских наук, профессор, Архангельск

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения .....	8
Предисловие .....	10

### ЧАСТЬ I

#### АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

<i>Глава 1. Правовые и социально-экономические аспекты взаимоотношений врача и пациента в стоматологической практике (Ю. Г. Голинский) .....</i>	<i>11</i>
Социально-экономические проблемы стоматологического приема в новых условиях хозяйствования и современной нормативно-правовой базы .....	11
Система определения гарантийного срока в ортопедической стоматологии .....	20
Методика постановки индивидуального прогноза эффективности лечения в ортопедической стоматологии .....	21
<i>Глава 2. Профессиональные ошибки и ответственность медицинского персонала на стоматологическом приеме (С. И. Козицина) .....</i>	<i>25</i>
Причины дефектов оказания медицинской помощи .....	36
<i>Глава 3. Стоматология в судебной медицине (И. А. Толмачев) .....</i>	<i>39</i>
Процессуальные основы судебно-стоматологической экспертизы ...	41
Судебно-стоматологическая экспертиза повреждений .....	45
Идентификация личности по стоматологическим данным .....	47
Идентификация личности по следам и отпечаткам зубов .....	50
Установление возраста, пола и профессии по стоматологическому статусу .....	52
<i>Глава 4. Обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности на стоматологическом приеме (Т. Н. Юшманова) .....</i>	<i>55</i>
Профилактика профессиональных заражений .....	58
Дезинфекция изделий медицинского назначения в стоматологии ...	60
Стерилизация: методы, средства, режимы .....	67
<i>Глава 5. Непереносимость стоматологических материалов (А. К. Иорданишвили) .....</i>	<i>76</i>
<i>Глава 6. Вопросы адаптации в стоматологии (А. К. Иорданишвили) .....</i>	<i>86</i>
<i>Глава 7. Клеточные технологии и регенеративная медицина в стоматологии (А. Б. Смолянинов, Д. В. Булгин, А. К. Иорданишвили) ...</i>	<i>99</i>
Основные представления о стволовых клетках .....	100
<i>Глава 8. Иммуностимуляторы, используемые в стоматологии (С. В. Оковитый, В. В. Гайворонская) .....</i>	<i>110</i>
Синтетические иммуностимуляторы .....	118

Препараты тимуса, красного костного мозга, селезенки и их синтетические аналоги .....	121
Препараты микробного происхождения и их синтетические аналоги .....	124
Препараты других фармакологических классов с иммуностимулирующей активностью .....	127
Адаптогены и препараты растительного происхождения .....	127
Витамины .....	130
Глава 9. Новые патогенетические основы лечения пародонтита и пародонтоза (А. К. Иорданишвили) .....	136
Глава 10. Физиотерапия основных стоматологических заболеваний (Л. А. Подберезкина) .....	148
Глава 11. Лечение при помощи сверхнизких температур в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии (К. А. Вураки) .....	164
Глава 12. Лазеротерапия в стоматологической практике (А. С. Иванов) .....	179
Общие сведения о характеристиках и биологических действиях лазерного излучения .....	179
Строение и виды лазеров .....	179
Биологическое действие лазерного излучения .....	182
Лазерные физиотерапевтические установки .....	184
Дозиметрия лазерного излучения .....	187
Противопоказания к применению лазерного излучения .....	187
Показания к лазеротерапии .....	188
Заболевания пародонта и слизистых оболочек полости рта .....	190
Невростоматологические заболевания .....	199
Глава 13. Стоматологическая помощь беременным (В. Ф. Дмитриева-Носова) .....	203
Особенности стоматологического здоровья при беременности .....	203
Некоторые психофизиологические особенности женщин при беременности .....	207
Возможные неблагоприятные влияния стоматологического вмешательства на беременную женщину, плод и грудного младенца .....	213
Основные направления стоматологической диспансеризации беременных женщин .....	218
Глава 14. Ортопедическое лечение пациентов при частичном отсутствии зубов с использованием постоянных магнитов (Г. Б. Маркова, Е. Г. Пан) .....	221
Метод фиксации пластиночных протезов на корнях зубов с помощью магнитных фиксаторов .....	226
Глава 15. Ортопедическое лечение пациентов при полном отсутствии зубов (Б. П. Марков) .....	232
Обоснование к использованию факторов, обеспечивающих фиксацию протезов на беззубых челюстях .....	245

Метод фиксации протезов на беззубых челюстях с использованием магнитов на самарий-кобальта .....	249
Метод фиксации протеза на беззубой нижней челюсти с использованием внутрикостных имплантатов и сферических магнитов .....	252
<b>Глава 16. Неотложная медицинская помощь при острых состояниях у пациентов (А. Б. Смолянинов, Д. В. Булгин) .....</b>	<b>254</b>
Заболевания органов кровообращения .....	254
Острая сердечная недостаточность .....	254
Острая коронарная недостаточность .....	256
Нарушения сердечного ритма .....	258
Гипертонический криз .....	261
Острая сосудистая недостаточность .....	262
Тромбозомболия легочной артерии .....	264
Заболевания органов дыхания .....	265
Асфиксия (механическая) .....	265
Бронхиальная астма .....	266
Напряженный (клапанный) пневмоторакс .....	268
Заболевания почек и мочевыводящих путей .....	270
Острая почечная недостаточность .....	270
Почечная эклампсия .....	271
Почечная колика .....	272
Заболевания нервной системы .....	273
Острые нарушения мозгового кровообращения .....	273
Эпилептический судорожный синдром и эпилептический статус .....	276
Психомоторное возбуждение .....	277
Коматозные состояния .....	278
Гипоксическая кома .....	278
Диабетический кетоацидоз .....	278
Гиперосмолярная кома .....	280
Гипогликемическая кома .....	282
Тиреотоксический криз .....	284
Печеночная кома .....	285
Острая надпочечниковая недостаточность .....	286
Анафилактический шок .....	287
Инфекционно-токсический шок .....	288
Электротравма .....	289
Перегревание (тепловой, солнечный удар) .....	289
Терминальное состояние .....	290

## ЧАСТЬ II

### АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНТЕГРАТИВНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

<b>Глава 17. Пациент с негативным стоматологическим опытом. Физический дискомфорт на приеме (В. В. Бойко) .....</b>	<b>295</b>
<b>Глава 18. Методы неспецифической терапии в стоматологической практике (А. К. Иорданишвили) .....</b>	<b>325</b>
Психотерапия .....	325

Лечение гипербарической оксигенацией .....	327
Лечение с применением постоянного магнитного поля .....	328
Иглорефлексотерапия и магниторефлексотерапия.....	330
Кислородотерапия .....	331
Гирудотерапия .....	332
<i>Глава 19. Применение продуктов пчеловодства в лечении стоматологических заболеваний (Курякина Н. В.) .....</i>	<i>334</i>
<i>Глава 20. Фитотерапия в стоматологии (А. К. Иорданишвили, М. Е. Горбатенков, Э. А. Копылов, В. Г. Сбежнева, Н. Г. Агеева) .....</i>	<i>347</i>
<i>Глава 21. Гомеопатия. Биологически активные добавки к пище .....</i>	<i>374</i>
Некоторые методы альтернативной терапии в комплексном лечении стоматологических заболеваний (В. Ф. Дмитриева-Носова) .....	374
Основные группы и цели воздействия антигомотоксических препаратов .....	391
Практический опыт использования антигомотоксических препаратов в стоматологии (В. Ф. Дмитриева-Носова) .....	392
Биологически активные добавки к пище: современное состояние, перспективы развития и применения в стоматологии (В. Г. Беспалов, В. Б. Некрасова, А. К. Иорданишвили) .....	398
<i>Глава 22. Новые и нетрадиционные подходы к питанию в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (И. Е. Хорошилов) .....</i>	<i>417</i>
<i>Литература .....</i>	<i>424</i>

## **ЧАСТЬ I**

### **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

---

#### **Глава 1**

#### **ПРАВОВЫЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

##### **Социально-экономические проблемы стоматологического приема в новых условиях хозяйствования и современной нормативно-правовой базы**

Объективные социально-экономические процессы в обществе заметно изменили условия оказания стоматологической помощи населению. Отдавая должное необходимости повышения эффективности клинических аспектов стоматологической службы, считаем, что не меньшее значение для понимания происходящих процессов и совершенствования стоматологии имеет анализ организационно-медицинских проблем, присутствующих в специальности. Работы по введению стандартов, гарантийных сроков, критериев оценки качества услуг и изделий медицинского назначения в России находятся на этапе становления и формирования юридической нормативной базы. Сложность разработки эффективной системы состоит в том, что она должна опираться на требования, не всегда поддающиеся количественному выражению.

Решение этой задачи с помощью традиционных методов исследования малоэффективно. Видимо, этим можно объяснить недостаточный объем научных изысканий в данной области, несмотря на большую потребность в глубокой проработке концептуальных и методических вопросов, связанных с подготовкой и внедрением в практику стоматологического обслуживания современных систем гарантий качества.

Все чаще в практической деятельности стоматологических учреждений и предприятий встречаются факты судебного разбирательства по поводу результатов оказания стоматологической помощи. Одновременно повышены требования к работе врачей на основании федеральных законов РФ об охране здоровья, о медицинском страховании,



о защите прав потребителей. В ряде случаев возникают необоснованные претензии к уровню стоматологической помощи в условиях крайне ограниченных возможностей финансирования государственных учреждений. Учитывая сложившуюся ситуацию, Стоматологическая ассоциация России выдвинула разработку организационно-экономической проблематики в число наиболее перспективных и приоритетных направлений научных исследований, а совет Стоматологической ассоциации России принял решение о разработке профессиональных стандартов и системы гарантий в стоматологии.

Рассмотрены вопросы изменений на рынке стоматологических услуг, проведен обзор попыток найти новые формы и методы профессиональных взаимоотношений с населением, администрацией, управленческими структурами. В этой связи вопросы организации и совершенствования лечебной работы, интенсификации деятельности стоматологических учреждений приобретают актуальное значение.

Рынок стоматологических услуг предполагает взаимосвязь спроса и предложения, отражает экономические отношения взаимодействующих субъектов. В стоматологической практике России определились два уровня, на которых осуществляется финансирование стоматологической помощи: страховой и частный. В переходном периоде государство оставляет за собой сеть лечебных учреждений — стоматологических поликлиник, но сокращает бюджетные ассигнования и постепенно уходит с рынка стоматологических услуг, одновременно прекращая и профессиональную защиту врача, работающего в системе учреждений государственного управления.

Создание и развитие нормативной базы — первостепенная задача, без решения которой невозможно внедрение гарантий медицинских услуг. Необходимо приступить к созданию системы нормативных документов по стандартизации лечебно-профилактических и реабилитационных услуг.

Реализация требований законодательства в области гарантий качества услуг и изделий в стоматологии зависит от множества факторов, охватить и учесть которые невозможно без применения системного подхода, использования передового зарубежного и отечественного опыта. Это обусловлено сложным характером природы гарантий качества в здравоохранении, многогранностью проблемы. В определении принципов предоставления гарантийных сроков в стоматологии ключевую роль играет рациональное сочетание интересов государства, граждан, лечебных учреждений, врачей и страховых организаций.

**Факторы, определяющие эффективность стоматологической реабилитации больных.** Чтобы полнее и достовернее оценить качество медицинских услуг и обосновать сроки гарантий на стоматологические изделия, необходимо определить прежде всего фак-

торы, влияющие на этапы лечебно-диагностического и реабилитационного процессов; обосновать профессиональные требования, выполнение которых обеспечивает соответствующие гарантии; разработать систему оперативного получения необходимой информации о качестве услуги и ее конкурентоспособности.

Проведенное обследование 600 пациентов (192 мужчины и 408 женщин) с ортопедическими конструкциями в полости рта, проходивших лечение в различных стоматологических учреждениях Санкт-Петербурга в срок от 6 месяцев до 13 лет на момент осмотра, позволило с известной степенью условности разделить факторы, определяющие эффективность и долгосрочность стоматологической реабилитации с применением ортопедических конструкций, на три группы, представленные в табл. 1.1.

При оценке состояния соматического здоровья выявлено, что среди обследованных пациентов только 40,5 % составляют практически здоровые лица. Одним из важных значимых социальных факторов выступает наличие социально вредных привычек, поскольку они отмечены у 41,5 % больных.

Общий настрой пациентов на лечение расценен как позитивный: 51,7 % пациентов в целом оценивают свой предыдущий опыт общения с врачами-ортопедами как положительный, и только 5,8 % обследованных дают общую неудовлетворительную оценку прошлым встречам со специалистами.

*Таблица 1.1*

**Факторы, определяющие эффективность  
ортопедической реабилитации**

Статус	Фактор
Соматический	Возрастно-половая характеристика пациента Социальные факторы Состояние соматического здоровья
Стоматологический	Состояние органов и тканей ЗЧС Уровень резистентности к основным стоматологическим заболеваниям Качество подготовки полости рта к протезированию
Технологический и квалификационный	Квалификационный уровень медицинского учреждения Уровень применяемых технологий Квалификация врача Тип и вид конструкции Соблюдение качества (стандартов) изготовления протезов

Стоматологический статус пациентов характеризуется следующими параметрами. Ортопедические вмешательства чаще всего имеют место при лечении частичной вторичной адентии. Аномальный тип смыкания зубов наблюдается в 18,4 % случаев. В 39,2 % случаев ортопедическая конструкция встраивается в полость рта при сформированной деформации зубочелюстной системы (ЗЧС). У 10,8 % пациентов сочетание зубочелюстных деформаций выявлено в двух или трех плоскостях. Дисфункция височно-челюстного сустава (ВЧС) диагностирована у 10,6 % пациентов. В 49,2 % наблюдений отмечено наличие хронических очагов инфекции в полости рта. Слизистая оболочка полости рта имеет видимые патологические изменения в 23,2 % случаев.

Таким образом, уже исходные условия, в которых начинается ортопедическое лечение, представляются достаточно сложными для проведения успешной реабилитации больных.

Материалы изучения результатов длительного пользования протезами показывают, что среди 600 пациентов только 37,2 % (223 человека) пользуются рациональными и качественными протезами. У 62,8 % (377 человек) наличие зубных протезов приводит к патологическим изменениям зубочелюстной системы. Изучение 845 случаев отрицательного влияния зубных протезов позволило установить, что наиболее часто поражение возникает в тканях пародонта (39,6 случаев на 100 обследованных). Распространенность заболеваний, при которых патологические изменения возникают в мягких тканях полости рта, составляет 18,0 случаев на 100 обследованных. Наименьшему поражению подвержены твердые ткани зуба, где распространенность заболеваний равна 10,3 случаям на 100 обследованных.

Оценка прироста интенсивности кариеса зубов у пациентов выявила, что в первый год после проведения ортопедического лечения прирост кариеса по индексу КПУ (индексу интенсивности кариеса) составляет 2,9 полости, причем на зубах, контактирующих с протезами, он достоверно в 4 раза выше, чем у зубов, не имеющих такого контакта.

Наличие протезов ухудшает гигиеническое состояние полости рта. Величина индекса гигиены возрастает до 3,8 балла у лиц с некачественными протезами и до 2,7 у пациентов с полноценными конструкциями.

Распространенность заболеваний зубочелюстной системы, обусловленных нерациональным протезированием, составляет 72,5 случая на 100 обследованных лиц, пользующихся протезами. В том числе количество поражений зубочелюстной системы, обусловленных использованием протезами с техническими повреждениями, составляет 15,4 случая на 100 обследованных.

Анализ качества лечения больных показывает, что основными причинами неэффективного лечения является неудовлетворительная подготовка полости рта, раннее изготовление протезов после удале-

ния зубов, применение мостовидных протезов большой протяженности без учета состояния опорных зубов и силовых взаимоотношений между зубными рядами, несогласованность в конструировании протезов, многочисленные ошибки в определении центрального соотношения челюстей, особенно при полной утрате зубов, неправильное изготовление кламмеров, неудовлетворительная постановка зубов, укорочение границ базисов и прочие конструкционные ошибки.

При различных заболеваниях внутренних органов вследствие нарушения обменных процессов происходят изменения и в полости рта. Наличие соматических заболеваний разной степени выраженности на различных стадиях развития ведет к уменьшению адаптационного ресурса пациента и, несомненно, сказывается на характере взаимодействия организма и ортопедической конструкции. Снижению эффективности стоматологической реабилитации способствует тот факт, что особенности гомеостаза при соматической патологии, сопровождающиеся изменениями и в полости рта, не учитываются при планировании мероприятий по стоматологической реабилитации пациентов. Например, в группе больных с почечной патологией неудовлетворительное состояние протезов составляет 91,6 % при сокращении среднего срока функционирования ортопедических конструкций на 1,5 года.

Анализ приведенных данных свидетельствует о необходимости учета столь важного компонента, как соматический статус, при планировании лечебных мероприятий у пациентов врачом-стоматологом-ортопедом. Приведенные факты свидетельствуют о том, что протезирование необходимо рассматривать как дополнительный фактор риска развития основных стоматологических заболеваний. В настоящий момент в условиях лечебно-профилактического учреждения общение пациента с врачом-ортопедом, как правило, заканчивается в момент наложения конструкции. Несмотря на наличие очевидных данных, свидетельствующих о необходимости профилактической работы, к этой стороне профессиональных обязанностей врачи относятся без должного внимания.

**Проблема конфликтов в стоматологической практике и пути их разрешения.** Стоматологический прием, взаимоотношения врача и пациента являются примером взаимодействия сложных активных систем, что неизбежно сопряжено с различного рода противоречиями, которые являются основой конфликтов. Например, в стоматологической практике Санкт-Петербурга в течение года происходит около 12 000 конфликтов между врачами и пациентами (Цимбалистов А. В., Зултан О. Я., Голинский Ю. Г., 1998).

Врачи-стоматологи должны обладать определенными навыками работы в конфликтных ситуациях. Незнание проблемы, неумение

владеть ситуацией приводит к тому, что негативные последствия неправомерных действий врачей нередко отражаются на деятельности всего лечебного учреждения. В последние годы пациенты все чаще намерены решать конфликты со стоматологом путем подачи исковых заявлений в суд. Поводом является неудовлетворительное качество диагностической и лечебной помощи и возникающий моральный ущерб. Количество исков к стоматологам за последние 5 лет выросло более чем в 10 раз и в настоящее время составляет 17–20 % от общего числа гражданских дел (Шеламов С. В., 2000). Одновременно в новом Уголовном кодексе РФ число статей, предусматривающих ответственность врача за непрофессионализм, возросло с 3 до 19. Выплата значительных сумм по судебным решениям отрицательно сказывается на финансовом состоянии лечебных учреждений, подрывает деловую репутацию врачей и дезорганизует их деятельность. Несмотря на очевидную значимость этого вопроса, особенно в современных социально-экономических условиях, в доступной литературе не обнаружены какие-либо исследования, посвященные данной тематике.

В Санкт-Петербурге сложилась следующая схема разрешения конфликтной ситуации, возникающей на стоматологическом приеме:

1. На первом уровне возникший конфликт пытаются разрешить заведующие отделениями и/или старшие врачи смен.

2. На втором уровне администрация лечебного учреждения должна создать клинико-экспертную комиссию, на заседании которой рассматривается жалоба или претензия.

3. Если стороны не пришли к соглашению, дело передается на рассмотрение городской клинико-экспертной комиссии по стоматологии (ГорКЭК). Пациент также вправе обратиться в любую независимую экспертизу.

4. На последнем уровне дело слушается в судебных инстанциях.

Неэффективно проведенное лечение всегда порождает неудовлетворенность пациента, нередко приводя к возникновению конфликтных ситуаций, для проведения анализа которых нами изучено 50 дел, рассмотренных ГорКЭК Санкт-Петербурга по стоматологии. Среди значимых факторов выделены: тип лечебного учреждения, вид стоматологической помощи, характер клинических действий, уровень использованных технологий, суть претензии или жалобы больного, качество первичной медицинской документации, различие в позициях экспертной комиссии учреждения и ГорКЭК, суть допущенной ошибки, исход дела и др.

В 19 % случаев конфликт имеет место при отсутствии личных затрат больного на лечение. Уровень обращаемости пациентов вклю-

чает различные инстанции — от руководства лечебного учреждения до администрации президента РФ.

Определено, что 55 % всех претензий возникают вследствие оказания ортопедической помощи, 33 % — терапевтической, 12 % случаев — после амбулаторного хирургического лечения (рис. 1.1). С учетом экстраполяции этих данных на количество врачей разных специальностей коэффициент «поставляемых» конфликтов составляет: для врачей-терапевтов — 0,50; для врачей — амбулаторных хирургов — 1,27; для врачей-ортопедов — 2,24, что в 4,5 раза выше, чем у врачей терапевтов (рис. 1.2)

По виду лечения, вызвавшего претензию, наибольшее количество нареканий вызывает протезирование несъемными конструкциями — 35 %. Применение съемных протезов вызвало жалобы в 20 % случаев. Эндодонтическое лечение и лечение твердых тканей зубов является причиной конфликта в 18 % случаев каждое. Операции по удалению зубов и прочие амбулаторные хирургические вмешательства в сумме вызвали 8 % жалоб.

В 62 % случаев источником конфликтов является лечение с использованием традиционных технологий и в 38 % — новых. С учетом доли применения новых технологий в общегородском объеме стоматологической помощи коэффициент «поставляемых» конфликтов составляет 0,7 для традиционных технологий и 3,2 (в 4,6 раза выше) для новых технологий.

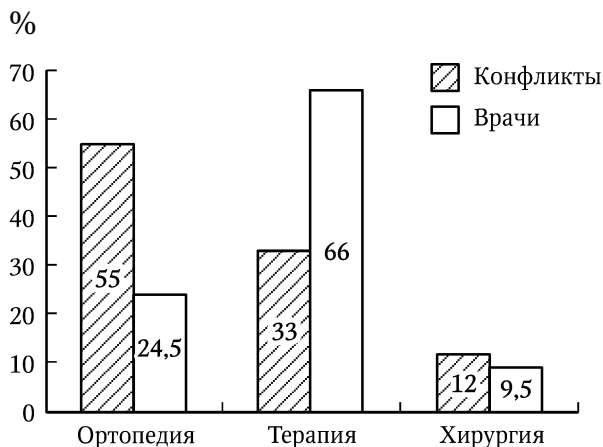


Рис. 1.1. Распределение числа конфликтов и количества специалистов по специальностям, %



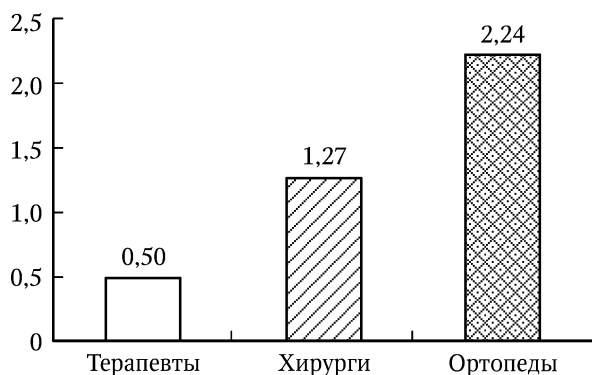


Рис. 1.2. Коэффициент «поставляемости» конфликтов по специальностям

Преобладают лечебные ошибки (77 %), несколько реже имеют место диагностические — 61 % случаев, а управленческие, к которым относится также и неэффективный контроль качества стоматологической помощи со стороны администрации государственных поликлиник и коммерческих структур, отмечены в 44 % случаев. Некоторых конфликтных ситуаций можно избежать при должном соблюдении норм этики врача-стоматолога, так как нарушение принципов деонтологии выявлено в 33 % случаев. Технологические ошибки наблюдались в 27 % случаев.

Исходом дела в 41 % случаев стало назначение дополнительного лечения. В 34 % случаев жалобы признаны необоснованными. Они предъявлялись рядом пациентов, чьей характерной особенностью является повышенная конфликтность. В 25 % случаев исходом дела стало обращение в суд и/или выплата компенсации пациентам.

С целью трактовки результатов анализа материалов КЭК проведено целевое анкетирование 100 врачей-стоматологов.

По данным анкетирования, 50 % врачей не были участниками конфликтов в течение последнего года. У другой половины врачей конфликтность в течение года имеет следующую частоту: один раз в день — в 8 % случаев, один раз в неделю — также в 8 % случаев, один раз в месяц — в 84 % случаев. Таким образом, исходя из общего числа работающих специалистов, в течение года в стоматологии Санкт-Петербурга происходит порядка 12 000 конфликтов (рис. 1.3).

Подробный анализ показывает, что конфликтная ситуация является нестандартной и требует дополнительных затрат времени, средств, материалов, что необходимо предусмотреть в соответствующ-

щих нормативных документах. Проблема «мирного» разрешения конфликтов в стоматологической практике является весьма актуальным звеном в становлении механизмов, которые, с одной стороны обеспечивали бы продолжительный срок клинического благополучия пациента после лечения и, с другой — защищали бы врача от необоснованных претензий пациентов (рис. 1.4).

Новый характер экономических взаимоотношений и развитие законодательной системы в России меняют прежние понятия и ценно-



Рис. 1.3. Распределение претензий пациентов по содержанию (по материалам КЭК), %



Рис. 1.4. Распределение претензий пациентов по содержанию (по самооценке врачей), %

сти, и врач подвергается риску при нарушении этических и клинических норм, профессиональных обязательств, как это предусмотрено Законом. Проблемы урегулирования конфликтов между врачами и пациентами могут цивилизованным способом решаться через систему страхования профессиональных рисков. Сегодня организационно таким механизмом является добровольное страхование на случай возникновения конфликтов с пациентами в результате нарушения сроков гарантий, непреднамеренной врачебной ошибки. Действие подобной схемы предусматривает, что любой неурегулированный конфликт между стоматологом и пациентом автоматически передается страховой компании до его полного разрешения (прекращения спора или соответствующего судебного решения).

Развитие подобной системы разрешения споров и конфликтов в стоматологии обеспечит надежную и высокопрофессиональную основу реализации правовых отношений в системе «врач — пациент — лечебное учреждение — страховая компания», так как в основу ее создания закладываются принципы соблюдения прав и интересов всех сторон, и объективной экспертизы, защищающей как врачей-стоматологов, так и пациентов.

Лежащий в ее основе механизм повышает профессиональную ответственность стоматолога, качество лечения и его экспертизу, поднимает уровень ведения медицинской документации и уровень квалификации специалистов.

### **Система определения гарантийного срока в ортопедической стоматологии**

В Законе РФ «О защите прав потребителей» подчеркивается, что потребитель вправе предъявить требования о безвозмездном устранении недостатков работы и по истечении гарантийных сроков. Указанное требование может быть предъявлено, если в течение установленного срока службы (а если срок службы не установлен — в течение 10 лет с момента принятия работы) были выявлены существенные недостатки, допущенные по вине исполнителя (п. 3 ст. 30). Это положение, подкрепленное эффективными распорядительными актами, непосредственно касается стоматологических услуг.

Под сроком гарантии на ортопедическую конструкцию подразумевают определенный временной промежуток клинического благополучия пациента после лечения, в течение которого не проявляются какие-либо осложнения и сохраняется функциональная целостность изготовленного протеза.

В связи с необходимостью научного обоснования гарантийных сроков на стоматологические изделия, была разработана оригинальная система расчетов с использованием таблиц-матриц и определен показатель вероятности функционирования ортопедической конструкции (ВФОК), способный объективизировать оценку срока службы протеза.

Для всей группы пациентов кумулятивный показатель ВФОК составляет 99,6 % в течение 1-го года после ортопедического лечения. Уже на 2-м году он снижается до 97,3 %. Падение показателя на 3-м году службы протеза достигает 92,4 %, а на 4-м году наблюдений темп падения наиболее критичен, и показатель снижается до величины 77,7 %. Темп падения на 6-м и 7-м годах составляет 10,4 % и 9,0 % соответственно. Дальнейшее снижение показателя ВФОК отражает ситуацию, когда к началу 11-го года после проведенного ортопедического лечения в удовлетворительном состоянии находятся только 11,6 % конструкций.

Анализ показал, что вероятность отказа конструкции в течение первого и второго года достаточно мала и не превышает 1 %. По истечении двухлетнего периода показатель вероятности отказа возрастает двукратно за 6 мес. При этом кумулятивная вероятность функционирования снижается до 95,7 %. В теории отказов принято считать вероятность отказа более 5 % пороговой величиной, ибо нормальное функционирование объекта в 95 % случаев вполне статистически достаточно для вывода о его надежности.

Таким образом, исходя из обстоятельства, что вероятность нарушения функции протеза значительно снижается после 2 лет с момента его установки и именно в этом полугодовом интервале находятся первые 5 % отказов, срок для допустимой оценки гарантий может быть принят как 2,5 года от даты протезирования. Индивидуальный прогноз может устанавливаться путем корректировки этого срока с учетом влияния различных факторов.

### **Методика постановки индивидуального прогноза эффективности лечения в ортопедической стоматологии**

Вклад каждого фактора в длительность функционирования ортопедической конструкции не только не одинаков по степени влияния, но и имеет положительный или негативный эффект. Соответственно, период гарантий будет прямо зависеть от сочетания тех или иных параметров конкретной ситуации, потенциально изменяясь в большую и меньшую сторону.

Относительно легко учесть возможную вероятность службы протеза в течение избранного гарантийного срока, если принимать во внимание конкретную степень выраженности каждого отдельного фактора. В реальной практике подобное прогнозирование по одному параметру мало эффективно, ибо речь идет о системе «организм — конструкция» со всем многообразием соотношения факторов. Следовательно, необходим комплексный учет всех значимых характеристик. Этой цели отвечают только специальные методы научно обоснованной оценки, в частности постановка индивидуально-го прогноза вероятности события на основе метода максимального правдоподобия и теоремы Байеса (Бестужев-Лада И. В., 1982; Кокс Д. Р., Оукс Д., 1988).

Сущность метода сводится к определению степени преобладания вероятности функционирования протеза над вероятностью его отказа при условии сочетания различных параметров, для которых предварительно рассчитаны аналогичные соотношения в нашей модели, именуемые ниже удельными весами. При большей вероятности отказа протеза, чем вариант нормального функционирования, значение будет отрицательным, уменьшая общую сумму. Поскольку вероятность полной совокупности событий равна нулю, то сравнение суммы при прогнозе осуществляется с нулевым значением. При положительном значении суммы прогностических коэффициентов преобладает вероятность нормального функционирования конструкции в течение определенного срока, при отрицательном — более вероятен второй исход, т. е., в нашем случае, отказ или разрушение протеза.

Таким образом, сумма прогностических коэффициентов (или числовое выражение совокупности характеристик соматического и стоматологического статусов пациента и технологических факторов) позволяет оценить преобладание вероятности функционирования или отказа протеза в течение среднего гарантийного срока.

На практике процедура создания прогностической модели и принятия прогностического заключения сводится к трем основным шагам:

1. Расчет совокупности удельных весов прогностических факторов (соотношения вероятностей исходов).
2. Оценка прогностической значимости факторов.
3. Оценка достоверности полученной прогностической модели.

На следующем этапе проведенного анализа рассмотрена степень влияния различных факторов, определяющих эффективность и долгосрочность стоматологической реабилитации, на динамику изменения показателей ВФОК на протяжении десятилетнего срока наблюдений.

Полученные данные свидетельствуют, что эффективность стоматологической реабилитации находится в зависимости от таких фак-

торов, как пол, возрастная группа, наличие вредных привычек в период пользования протезом, состояние соматического здоровья. Среди параметров, характеризующих стоматологический статус пациента, достоверное значение имеет состояние протезируемых зубов, зубных рядов, тканей пародонта, вид прикуса, наличие в полости рта хронических очагов одонтогенной инфекции и зубочелюстных деформаций, состояние слизистой оболочки полости рта. Среди технологических факторов имеют значение тип и вид ортопедической конструкции, уровень примененных при ее изготовлении технологий, наличие элементов шинирования, свойства конструкционных материалов.

Таким образом, факторы, влияющие на гомеостаз организма в целом и полости рта в частности, а также причины, способствующие изменению функциональной нагрузки на ортопедическую конструкцию, оказывают достоверное влияние на динамику изменения показателей ВФОК. Большое значение имеет опыт адаптаций к ранее изготовленным ортопедическим аппаратам.

Для клинической практики это положение находит свое воплощение в следующем. При должном учете факторов стоматологического и соматического статуса, соблюдении клинико-технологических параметров врачебного приема и профессионально грамотных рекомендациях можно добиться удовлетворительных результатов стоматологической реабилитации пациентов в сложных клинических ситуациях. Напротив, применение самых совершенных технологий без учета состояния здоровья и отягощающих факторов не обеспечивает продолжительного клинического благополучия пациента.

Завершающим этапом нашего исследования является создание модели прогноза эффективности стоматологической реабилитации с применением коэффициентов, которая позволяет обосновать вероятный результат с надежностью 75,4 %.

Таким образом, использование предложенной схемы на этапе исследования и определения плана лечебных мероприятий позволяет смоделировать функциональную ситуацию, которая учитывает конструкцию протеза, состояние тканей протезного ложа и органов протезного поля и характеристику соматического статуса пациента. Уже на диагностическом этапе появляется возможность прогнозировать течение адаптационного процесса у каждого пациента.

Предложенная модель дополняет использование показателей, принятых в официальной стоматологической практике. Для ее внедрения в практику требуются определенные законодательные регламентирующие действия и административные усилия. Руководители медицинских учреждений и организаторы здравоохранения получают средство управления качеством стоматологической помощи в ус-



ловиях ограниченных бюджетных ресурсов. Врачи-стоматологи приобретают юридическую защиту в правовом поле, так как существующее положение об их односторонней ответственности за качество стоматологической помощи не позволяет решить всех проблем специальности.

Данная система расчетов предложена для разработки государственных программ оказания стоматологической помощи населению при формировании экономических основ стоматологической помощи. Она повышает ответственность пациентов за сохранение своего здоровья и может быть использована для разрешения конфликтных ситуаций, связанных с оказанием стоматологической помощи.

Законодательно-правовое внедрение системы индивидуального прогноза эффективности стоматологической реабилитации в совокупности с системой гарантий качества и профессиональных стандартов дает обоснованные критерии уровня ортопедической помощи с учетом реальных возможностей здравоохранения.

## **Глава 2**

### **ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОШИБКИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ**

В США, а в последние годы и у нас, медицина постепенно переходит в разряд опасных профессий. Врачи все чаще становятся жертвами судебных исков со стороны пациентов, которых, по их мнению, лечили неправильно или небрежно. Подобные иски в США получает каждый десятый врач. Правда, после расследования и разбора только одна из 50 жалоб признается обоснованной и доходит до суда. Каждую жалобу разбирают специалисты — стоматологи-эксперты, прошедшие специальное обучение на кафедрах институтов по подготовке экспертов. Лицензия на проведение экспертных работ выдается на 5 лет, а затем она подтверждается или отбирается. Риск врачей бумерангом бьет по пациентам, точнее, по их кошелькам. Врачи специально страхуются от необходимости выплачивать пострадавшим пациентам возмещение убытков. В среднем в США эта страховка составляет около 5 % накладных расходов, 80 % врачей заставляют своих пациентов проходить заведомо ненужные анализы — только для того, чтобы впоследствии их не обвинили, что они что-то упустили. А молодые врачи, считают их более опытные коллеги, вообще больше думают не о том, как вылечить пациентов, а о том, как бы не дать повода придрататься к себе.

И вот в современных условиях, в условиях внедрения страховой медицины у нас появились первые случаи судебных исков со стороны пациентов, которые как потребители услуг предъявляют претензии своим лечащим врачам. Вопрос оценки качества медицинской помощи и, что более важно, контроля качества давно обсуждается в здравоохранении не только в России, но и за рубежом. По данным ряда авторов, если в 1994—1995 годах иски составляли 1 %, то в 1996 — 14,7 %, а в 1997 — 17,8 %. Причину такой активности больных авторы объясняют расширением сферы платных услуг и нарушением менталитета больных в связи с изменением социальных условий. Можно еще добавить большую активность обществ прав потребителей, особенно их активную работу через газеты, журналы и телевидение.

Обращает на себя внимание увеличение количества судебных дел в отношении врачей-стоматологов в сравнении с врачами других специальностей.

Для того чтобы избежать этих досадных инцидентов, надо не только следовать качественным нормам оказания медицинских ус-

луг, но, в первую очередь, правильно себя вести на клиническом приеме. Врач должен знать, что, находясь на приеме, он не имеет права оценивать чужую работу. Он может только описать клиническое состояние полости рта на данный момент и составить план дальнейшего лечения. У нас в стране врач очень любит, обследуя пациента, показать ему, как плохо его лечил предыдущий коллега и как хорошо будет лечить его он, иногда, обещая пациенту больше, чем сможет выполнить. На сегодняшний день врачи выработали единый стереотип поведения пациента на приеме — он начинает сразу же критиковать лечение предыдущего врача (хирурга, ортопеда, терапевта), предугадывая заранее, что через минуту это будет делать сам врач. Оценивая чужую работу письменно или устно мы обвиняем врача в умышленном причинении тяжкого или средней тяжести вреда здоровью (врач специально не до конца пломбирует канал зуба, оставляет обломок инструмента в зубе, ставит неэстетичную пломбу, изготавливает протез, травмирующий слизистую оболочку и т. д.).

Оценивать качество работы может только эксперт. На сегодняшний день очень актуальным и важным в спорных случаях вопросом является история болезни, которую, за редким исключением, оформляют полно и правильно. Документы, которые мы оформляем, являются либо оправдательными, либо обвинительными. Желательно все действия врача согласовывать с пациентом и оформлять в виде документа, который называется «Информированное согласие», записывать эти действия в истории болезни под подпись пациента. Правда, в статье 32 «Согласие на медицинское вмешательство» говорится, что необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина, подпись при этом не обязательна, но, на наш взгляд, желательна. Статья 33 — «Отказ от медицинского вмешательства» — гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения за исключением определенных случаев, предусмотренных статьей 34 настоящих основ. Отказ должен быть зафиксирован в истории болезни и подписан гражданином или его законным представителем.

Профессиональные ошибки встречаются у врача, как и у представителя любой другой профессии, однако именно врачебные ошибки могут приобретать большое общественное значение. Врач несет моральную ответственность перед своим пациентом и обществом (забастовка врачей запрещена законом во всех странах). Бесспорно, врач обязан распознать болезнь, поставить правильный диагноз, обеспечить оказание пациенту необходимой медицинской помощи. Для этого он имеет специальное образование. Но обеспечивает

ли получение врачом высшего медицинского образования успешную диагностику заболевания во всех случаях? К сожалению, далеко не всегда. Дело в том, что в настоящее время весь объем медицинских знаний уже не может быть освоен и осмыслен одним человеком. Существует мнение, что нельзя возлагать на врача юридическую ответственность за каждый случай ошибочной диагностики. Это связано с тем, что болезнь — неповторимая человеческая жизнь в изменяющихся условиях. Даже одинаковые по названию заболевания протекают у каждого человека по-разному. Нетипичность симптомов и кратковременность пребывания пациента под наблюдением — вот основные объективные причины врачебных неудач.

Диагностические трудности возникают, если пациент обращается с заболеванием, не связанным со специализацией врача. Однако последний должен хотя бы сориентироваться в профиле заболевания пациента и организовать консультацию соответствующего специалиста.

Понятие врачебной ошибки настолько общепринято, что вошло в монографии, учебники, энциклопедии, правда, каждый автор вкладывает свой смысл в это понятие.

По определению Давыдовского, врачебная ошибка — это добросовестное заблуждение врача, основанное или на несовершенстве медицинской науки, или на особом течении заболевания, или на недостатке знаний и опыта врача. При этом нет состава преступления или признаков проступка.

«Врачебная ошибка» в медицине обозначает собирательное понятие, включающее любые дефекты, встречающиеся в профессиональной деятельности врача. Широко распространенное мнение о понятии врачебной ошибки как о добросовестном заблуждении врача на сегодняшний день не отражает истинного содержания этого термина. О добросовестном заблуждении можно говорить лишь тогда, когда в создавшейся обстановке медицинский работник не имеет возможности предвидеть наступление опасных последствий своих действий (бездействия). Однако этот критерий соответствует юридическому понятию «случай, казус», исключающему противоправность деяния. Толкование врачебной ошибки как добросовестное заблуждение неправомерно отождествлять с юридическим понятием «случай», заведомо, до юридического исследования, определяя в деянии врача отсутствие противоправных элементов. Также неоправданно отождествление понятия «врачебная ошибка» с неосторожными действиями, связанными с преступной небрежностью или легкомыслием.

Таким образом, врачебная ошибка — понятие не правовое, а общемедицинское. Возникнув в медицине, этот термин несет сугубо ра-

бочую нагрузку, объединяя все случаи дефектов оказания медицинской помощи, а также те случаи, когда к неблагоприятному последствию для больного привел не какой-либо дефект, а не зависящие от воли врача причины.

Сегодня следует согласиться с мнением ряда авторов о том, что не следует употреблять термин «врачебная ошибка» при определении качества оказания медицинской помощи.

Поскольку термин «врачебная ошибка» является индифферентным по отношению к праву, его желательно заменить на более унифицированный термин, определяющий любое неправильное действие врача.

Переходным понятием между некачественной медицинской помощью, т. е. медицинской помощью, оказанной ненадлежащим образом, понятным медицинским работникам и юристам, является понятие «дефект оказания медицинской помощи».

Поэтому любое ошибочное действие медицинского работника с юридической точки зрения оправданно называть *дефектом оказания медицинской помощи*.

Если врач в своей профессиональной деятельности вступает в конфликт с законом, — это преступление. Однако четко отдифференцировать дефект оказания медицинской помощи от врачебного преступления (врачебной ошибки) в отдельных случаях очень трудно. Профессиональные дефекты оказания медицинской помощи у врача встречаются, как и у представителя любой другой профессии, однако, дефект оказания медицинской помощи приобретает большое общественное значение. Врач несет моральную ответственность перед своим пациентом и обществом.

В отличие от преступления или проступка дефект оказания медицинской помощи не может быть предусмотрен и предотвращен врачом, он не может являться результатом невежества или злоумышленного действия. Поэтому за дефект оказания медицинской помощи врач не может быть наказуем ни в дисциплинарном, ни в уголовном порядке.

Небрежность или халатность — это не ошибка. Разные их проявления в одних случаях расцениваются как проступок, в других — как преступление.

На сегодня однозначных критериев качества медицинской помощи практически не существует, и каждый конкретный случай лечения требует индивидуального разбора с привлечением экспертов, тщательного изучения медицинской документации, коллегиального принятия решения. Тем не менее, основным документом для врачей являются «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», где действует принцип: «пациент всегда прав».

В нашей стране стоматолога-эксперта как специалиста на сегодняшний день не готовят. Даже при желании нет возможности пройти специализацию и получить сертификат по этой специальности. При лицензионных комиссиях, кафедрах медицинских институтов и т. д. создаются комиссии, которые вынуждены решать вопросы экспертизы. Они при этом называют себя экспертными комиссиями (на самом деле таковыми быть не могут). Экспертные комиссии, занимающиеся вопросами качества, должны создаваться при судмедэкспертном бюро, могут быть также, на наш взгляд, при лицензионных комиссиях, городских, областных отделах здравоохранения. Входить в них должны лица, прошедшие сертификацию по экспертизе в стоматологии.

*Экспертом* может быть специалист с высшим медицинским образованием, получивший подготовку по врачебной специальности и имеющий стаж работы (для внештатного — 10 лет, по страховой медицине — 5 лет), имеющий высшую категорию или ученую степень, прошедший специальную подготовку по экспертизе и получивший лицензию на право экспертной деятельности.

Ниже представлена схема судебно-медицинской экспертизы по материалам следственных и судебных дел (рис. 2.1).

Ответом американских врачей на угрозу судебного преследования было создание «защитной медицины», увеличивающей объем помощи в сомнительных случаях, а за счет этого — и увеличение оплаты медицинских услуг (рис. 2.2) за счет:

- дополнительных диагностических проб;
- увеличения времени на объяснение пациенту цели лечения;
- более подробного оформления медицинских документов.

В наших условиях труд врача оплачивается плохо, и сам он лично не в состоянии будет выплатить сумму компенсации за причинение физического или только морального ущерба пациенту, если стоматолог будет наказан судопроизводством. Более того, эти иски станут разорительными и для больниц. На сегодняшний день у врача, кроме диплома, никакой защиты нет. Поэтому остается уповать только на:

- четкое соблюдение всех регламентированных норм ведения пациентов (этики и деонтологии);

- четкое фиксированное ведение всего объема рутинной документации;

- то, что, наконец, в нашей стране начнут готовить экспертов-стоматологов, которые смогут решать вопросы о качественном или некачественном оказании стоматологической помощи.

Кроме этого, нашей юриспруденцией должен быть обеспечен такой четкий законопорядок, чтобы сутяжничество не стало доходным промыслом отдельных лиц.





Рис. 2. 1. Судебно-медицинская экспертиза по материалам следственных и судебных дел



Рис. 2.2. Виды экспертиз и формальные основания для производства

К сожалению, до сих пор в высших учебных заведениях очень мало уделяется времени правовым вопросам врачебной (медицинской) деятельности. Для того чтобы знать, как защищаться, надо знать требования, которые предъявляются действующим законодательством к медицинской деятельности. Необходимо знать законы страны, в которой мы живем. Так, например, если пациент скончался в кресле врача-стоматолога во время стоматологического приема, это *несчастный случай* в медицине, который произошел во время работы, он — *ненаказуем*.

Основание уголовной ответственности медицинских работников за ненадлежащее лечение приведено в табл. 2.1.

Условия для привлечения к уголовной ответственности работников:

1. *Действия медицинского работника были объективно неправильными*, находящимися в противоречии с общепризнанными и общепринятыми правилами медицины. К действиям медработника правильным или неправильным по оказанию помощи относятся:

— назначение и проведение видов лечения (режим, диета, медикаментозная терапия, оперативное вмешательство, физиопроцедуры и др.);

Таблица 2.1

**Ответственность медицинских работников  
за профессиональные и служебные нарушения (преступления)**

Вид ответственности		Форма осуществления	Вид наказания
Моральная		Разбор и обсуждение в коллективе Обсуждение на заседании Высшей аттестационной комиссии при МЗ	Моральное осуждение коллег (общественное порицание) Лишение права занимать должности, непосредственно связанные с лечением больных
Юридическая	Дисциплинарная	Накладывается руководителем учреждения здравоохранения	Замечание, выговор, строгий выговор, перевод на нижеоплачиваемую работу на срок до 3 месяцев или понижение в должности на тот же срок, увольнение с работы
	Административная	Выносят органы СЭС, пожарного надзора и др.	Денежный штраф, временное отстранение от должности и др.
	Уголовная	Осуществляется только в судебном порядке	Лишение свободы, лишение права заниматься профессиональной деятельностью на срок до 5 лет, условное осуждение, исправительные работы, штраф, увольнение, отстранение от занимаемой должности, принятие мер общественного воздействия
	Гражданско-правовая	—	Удовлетворение гражданского иска о возмещении материального ущерба здоровью пациента или родственникам в связи со смертью кормильца

- решение о госпитализации или выписке;
- решение о транспортировке или переводе в другое лечебное учреждение;
- направление на консультацию;
- при переливании крови не определили группу крови и резус-фактор;

- не провели ревизию брюшной полости при травме живота;
- превысили дозировку вещества, изменили способ его введения;
- допустили отступления от схемы или принципов лечения определенной болезни;
- врач принимает решения исходя из знаний, опыта, обеспеченности лекарственными средствами, наличия оборудования;
- выбирает из нескольких методов один на основании опыта, обеспеченности лекарственными средствами, наличия оборудования.

II. *В силу полученного образования и занимаемой должности врач должен осознавать, что действия его являются неправильными и поэтому могут причинять вред больному.*

Уголовная ответственность возникает при наличии вины. Это может произойти при наличии неосторожных действий.

При тяжелом состоянии больного врач действует энергично, уверен, что во благо больного. И, если его действия являются объективно неправильными, он это сам не осознает.

Уголовная ответственность наступает, если осознает, что действия могли иметь вредные последствия.

Врач должен обратиться к учебникам, дополнительным консультациям — сделать все возможное для исключения неправильных медицинских действий.

III. *Объективно неправильные действия способствовали (прямо или косвенно) наступлению неблагоприятных последствий — смерти или существенного вреда здоровью.*

Различают две формы вины (рис. 2.3):

1. Расстройство здоровья или смерть являются прямым следствием неправильных медицинских действий (случайное повреждение органа во время операции; инородное тело, оставленное в ране; введение лекарственного вещества, противопоказанного больному; перепутывание лекарств и т. д.).

2. Неправильные действия снизили эффективность лечения (неполноценное лечение, отказ от госпитализации).

Для уголовной ответственности вышеперечисленные три условия являются *необходимыми*, а все вместе *достаточными*.

При отсутствии одного из них медработник не несет юридической ответственности при неблагоприятном исходе, если его действия были правильными.

*Ответственность исключается, если:*

- медицинский работник не мог предвидеть, что его действия являются неправильными;
- действия были правильными и медицинский работник сделал все, что в данной ситуации следовало;