

Экспертная оценка проблем при оказании эндодонтического лечения

Е.В. ИВАНОВА, д.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ДПО РМАПО

Expert assessment of problems connected with endodontic treatment

E.V. IVANOVA

Резюме

Ошибки и осложнения при выполнении лечебных манипуляций — явление не редкое. В статье проведен анализ работы врача-стоматолога при оказании стоматологической помощи. Отмечены нарушения при проведении эндодонтического лечения, а также ведения медицинской документации, принципов этики и деонтологии и возможности избежать предъявления претензии со стороны пациента.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, этические принципы, врачебная ошибка, эндодонтическое лечение.

Abstract

Mistakes and complications in the implementation of therapeutic manipulation is not rare. The article analyzes the work of the dentist when providing dental care. The irregularities during the endodontic treatment, as well as keeping medical records, ethics and deontology, and possibility of avoiding claims from patients were noted.

Keywords: forensics, ethics, medical error, endodontic treatment.

В 1995 году Бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) комитета здравоохранения Москвы было зафиксировано рекордное, в четыре раза, повышение по сравнению с предыдущим годом количества жалоб на некачественное стоматологическое лечение. По данным главного стоматолога г. Москвы профессора Максимовского Ю. М., число судебных исков пациентов к стоматологам возросло в 30 раз. Число претензий пациентов к врачам-стоматологам неуклонно растет из года в год. Количество жалоб в Городскую комиссию по контролю качества протезирования г. Москвы увеличилось в период с 1996-го по 2001 год на 20%, а в первой половине 2002 года эта цифра увеличилась до 40%. По данным судебно-медицинской экспертизы, около 30% рассмотренных исков составляют обоснованные претензии, 50% жалоб обусловлены объективной сложностью лечения патологий, которыми страдают пациенты, около 20% — это необоснованные претензии, связанные с психоэмоциональными расстройствами.

Ретроспективные анализы судебно-медицинских экспертиз по-

казали нарушения, приводящие к конфликтам с пациентами. Их можно квалифицировать следующим образом: ошибки, вызванные несоблюдением правил этики и деонтологии; ошибки, вызванные врачебной ошибкой; и, наконец, ошибки, обусловленные профессиональной халатностью. Демина А. В. с соавт. (2005) разработали классификацию ошибок и осложнений при лечении кариеса и его осложнений, некариозных поражений в которой выделили три раздела:

- организационные ошибки;
- общие ошибки и осложнения при оказании стоматологической помощи;
- частные ошибки и осложнения, куда входят ошибки при лечении пульпита и периодонтита.

Известное изречение Гиппократов «Хорошим врачом является тот, кто ошибается редко, но превосходным — тот, кто признается в ошибке» и сейчас звучит современно. По данным анализа комиссионных и судебно-медицинских экспертиз, можно попытаться определить, что является первопричиной споров, приводящих в суд пациентов и врачей.

Пациент защищен законами «О защите прав потребителей» (1992) и «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993). По мнению Алимского А. В. (2000), врач практически не защищен, в отличие от пациента. Жаров В. В. (2001) считает, что в законе от 1992 года прописано право врачей на защиту своей профессиональной деятельности и достоинства, а указания на защиту в случае конфликтной ситуации нет. Бесспорно, что на врача лежит ответственность за выбор плана лечения, который должен быть зафиксирован в истории болезни. Какие же факторы могут влиять на принятие специалистом решения? Сама личность врача, его психоэмоциональное состояние, профессиональные умения и знания, а также умение выстроить отношения с пациентами.

Вернемся к ошибкам и осложнениям при выполнении эндодонтического лечения и рассмотрим на конкретном примере.

Из обстоятельств дела известно: пациентка Р., 1986 г.р. обратилась в платную клинику с болью 21.07.09, в результате чего врачом Я. ей была произведена чист-



ка канала без рентгенограммы и выдан талон на повторный прием 24.07.09, в ночь с 24 на 25.07.09 у истицы образовался флюс, поднялась температура, врач Д. сделала рентген зуба, сказала, что корневой канал плохо расширен, произвела повторную чистку и расширение канала с 14 до 35 размера; флюс не был вскрыт и рекомендаций обратиться к врачу-хирургу не последовало. 27.07.09 пациентка вновь обратилась к врачу, и тот посоветовал обратиться в другое медицинское учреждение. Пациентка обратилась в ММСИ, где ей был поставлен диагноз «острый гнойный периостит верхней челюсти» и проведено лечение. Из заверенной копии истории болезни стоматологического больного из ООО «Э...» следует: «Жалобы: на ноющие боли в зубе 1.5, усиливающиеся при накусывании. Считает себя здоровой. Развитие настоящего заболевания: со слов пациентки, несколько дней назад появились первые болевые приступы в 1.5. Данные объективного исследования: внешний осмотр – без изменений. Осмотр полости рта, состояние зубов: 5-й зуб на верхней челюсти справа Рт (периодонтит). Прикус – патологический. Состояние слизистой полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба – без изменений. 21.07.09 состояние удовлетворительное. Объективно: коронковая часть 1.5 сильно разрушена; ИРОПЗ = 70%; температурная проба отрицательна; перкуссия (вертикальная) резко положительна; на жевательной поверхности кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Лечение: механическая медицинская обработка корневых каналов, каналы пройдены до апексов. Получен отток серозного экссудата. Даны рекомендации. Назначено: противовоспалительная и противовоспалительная терапия, полоскания. Явка 24.07.09 в 16:30. 23.07.09 – неявка на прием; 24.07.09 – неявка на прием; 25.07.09 – состояние удовлетворительное. Жалобы: на отек щечной и подглазничной области. Прикусывание резко болезненное в области 5-го зуба на верхней челюсти справа. Объективно: отек в щечной и подглазничной области справа. Флюктуация отсутствует. Переходная складка в области 5-го зуба на верхней челюсти

справа отечна, резко гиперемизирована, болезненна. Перкуссия резко «+» в области 5-го зуба на верхней челюсти справа. В каналах остатки пищи. Диагноз: «Обострение хронического периодонтита 5-го зуба на верхней челюсти справа». Лечение: под инфильтрационной анестезией Sol. Ubistesin 4%-1.0. Каналы расширены до 35 р. Гной 1,5 мл. Механическая и медикаментозная обработка H_2O_2 +хлоргексидин, оставлены открытыми. Сделаны назначения: антибиотикотерапия + найс + $CaCl_2$, полоскание! Явка 27.07.09. 27.07.09 – общее состояние удовлетворительное. Жалобы на увеличение отека щечной области справа. Объективно: отек щечной области справа, напряжение тканей щечной области справа. В полости рта гиперемия, отек слизистой в области 5-го зуба верхней челюсти справа. Пальпация резко болезненна, перкуссия 5-го зуба верхней челюсти справа резко болезненна. Диагноз: «Абсцесс щечной области справа. Периостит верхней челюсти в области 5-го зуба справа». Пациентка направляется в специализированное учреждение челюстно-лицевой хирургии. Из дела следует, что в стоматологическом комплексе ММСИ пациентка получила адекватное лечение, что и зафиксировано в истории болезни и выдан лист нетрудоспособности».

Судом заданы шесть вопросов на разрешение комплексной судебно-медицинской экспертизы.

1. Своевременно ли была оказана Р. стоматологическая и хирургическая помощь в период с 21 по 27 июля 2009 года в ООО «Э...»?

Ответ: Гр. Р. обращалась в ООО «Э...» 21.07., 25.07 и 27.07. 2009, о чем есть записи в истории болезни (Л.д. 10-14, стр. 6 Заключение №23) и ей была оказана посильная помощь. Однако пациентка нуждалась в хирургическом лечении (см. описание Л.д. 10-14, стр. 5 Заключение №23 от 25.07.09), которое она получила только в МГМСУ 27.07.09.

2. Соответствует ли лечение, проведенное в ООО «Э...» 21, 25, 27 июля 2009 года Р., правилам оказания стоматологической помощи?

Ответ: Согласно записи в истории болезни от 21.07.2009, лечение зуба 1.5 проведено врачом в

целом правильно, есть описание данных объективного исследования, анамнез и собственно лечение, назначения. Однако диагноз не был поставлен, только упомянут в пункте «Данные объективного исследования», и отсутствует запись, что зуб 1.5 оставлен открытым. В лечении можно было бы указать, какой антисептик был использован для медикаментозной обработки корневых каналов. Описания рентгеновского диагностического снимка отсутствуют.

25.07.2009 сделана более корректная запись в историю болезни – присутствуют все полагающиеся отметки, обозначающие, последовательность врачебных манипуляций и, соответственно, умозаключения лечащего врача.

27.07.2009 запись в истории болезни свидетельствует о распространности воспалительного процесса в периапикальной области зуба 1.5. Назначения соответствуют клиническим признакам периостита. Однако следует отметить, что видимо еще 25.07.2009 можно было бы проконсультировать пациентку у хирурга стоматолога, самостоятельно или хирургом произвести разрез. Зуб 1.5 оставляют «открытым», то есть без временной пломбы только на сутки. Согласно записи 21.07.2009 лечащий врач определил дату следующего визита только 24.07.2009, то есть через двое суток. Лечение гр. Р. соответствуют общепринятым правилам, однако скорее всего 21.07.2009 было упущено при сборе анамнеза и выборе тактики лечения то обстоятельство, о котором есть запись (см. Л.д.25 и стр. 7) Заключение №23 в Ответе на претензионное письмо Медицинского центра ООО «Э...» от 31.07.09, а именно: «...Как правило, хронический воспалительный процесс в околозубных тканях приводит к сенсibilизации организма, снижению иммунной защиты пациента...». Поэтому и надо было воспользоваться помощью хирурга-стоматолога.

3. Является ли периостит одним из возможных исходов лечения корневых каналов, проведенного Р. 21 июля 2009 года?

Ответ: Согласно записи лечащего врача от 21 июля 2009 года, было отмечено, что гр. Р. жаловалась на: «ноющие боли в 1.5, усиливающиеся при накусывании», то



есть скорее всего воспалительный процесс в периодонте уже к моменту лечения был, но не имел ярких признаков (повышения температуры, изменения конфигурации лица и т. д.). Указанные назначения (см. Л.д. 9 и стр. 5 Заключения №23) вполне вероятно не смогли помочь пациентке, врач хирург-стоматолог не был привлечен к выбору метода лечения, поэтому можно утвердительно ответить на этот вопрос.

4. Является ли несвоевременный приход Р. на лечение при открытом корневом канале существенным фактором развития осложнения (периостита)?

Ответ: Согласно анализу записей в истории болезни лечащих врачей в ООО «Э...» можно сказать, что существенным он не был. Пациентке были даны рекомендации, назначения, проведено терапевтическое лечение зуба 1.5, но видимо они не были эффективны.

5. Можно ли на основании представленных документов и данных обследования Р. установить причинно-следственную связь между лечебными манипуляциями внутри корневого канала и развитием периостита у Р.?

Ответ: На основании анализа документов, представленных на экспертизу, можно установить причинно-следственную связь между не назначением пациентки через сутки после терапевтического лечения 21.07.2009, несвоевременного оказания хирургической помощи, а терапевтическое лечение было оказано согласно обычной процедуре, однако не было адекватным в данном клиническом случае. (Текст представлен в оригинальной редакции).

6. Являлось ли причиной образования острого гнойного периостита верхней челюсти у Р. некачественное лечение зуба, проведенного 21 или 25 июля 2009 года?

Ответ: Невозможно заключить из представленных документов, что терапевтическое лечение было некачественным, просто оно не было достаточным, видимо из-за того, что лечащие врачи не учли стадию хронизации воспалительного процесса в периодонте в области зуба 1.5.

Из заключения Городской комиссии по экспертизе качества оказания стоматологической по-

мощи взрослому населению следует: «Жалобы: на несвоевременное оказание хирургической стоматологической помощи после лечения канала корня зуба 1.5, и не проведено рентгеновское обследование. Данные объективного обследования: при первичном обращении к врачу – пациентка обратилась в клинику с жалобами на боли при накусывании и от горячего 1.5 зуба, ранее лечилась по поводу кариеса. После эндодонтического вмешательства возникло осложнение в виде периостита верхней челюсти справа и отека подглазничной области справа. Пациентке было показано хирургическое лечение, что не было сделано в день посещения клиники. Больная обратилась в клинику МГМСУ, где ей было оказано лечение по поводу гнойного периостита и лечение зуба. Заключение: несвоевременное оказание хирургической стоматологической помощи.¹

Проанализировав это конкретное гражданское дело, можно сделать следующее заключение. История болезни, заполненная врачами-стоматологами в ООО «Э...», продемонстрировала весьма посредственный уровень профессиональных знаний и умений врачей, а также несоблюдение этических принципов. Начиная с первого посещения, 21.07.09, стало очевидно, что вести историю болезни врач не умеет, не знаком он и со своими обязанностями. В первую очередь, запись должна быть более полной, чтобы можно было увидеть логическую цепь размышлений врача, которая привела бы к более точной постановке диагноза и составлению плана лечения. Отсутствует характер болевых приступов, не полно описан анамнез, сопутствующие заболевания не указаны. Есть указание только на причинный зуб, не ясно, есть ли у пациентки другие зубы и в каком они состоянии, то есть отсутствует описание зубной формулы. Запись «Прикус – патологический» оставляем без комментария.

При таком характере жалоб можно предположить изменение на слизистой оболочке в области переходной складки у апекса при-

чинного зуба, что могла подтвердить, например, пальпация в этой зоне. Отсутствует письменное подтверждение пациента об информированном согласии с планом лечения, как и самого плана. Описанная клиническая картина требует рентгеновского исследования, однако даже указания на направление нет. Хотя и есть запись о повторном посещении, но назначение врача через три дня является ошибкой, только на сутки возможно оставить зуб с открытыми корневыми каналами. Есть отметки о неявке пациентки для продолжения лечения, хотя в деле есть ее показания о переносе даты, об этом нет ни слова в истории болезни. Неявка пациента на продолжение начатого лечения является упущением самого врача, особенно в таком случае, когда воспалительный процесс может развиваться стремительно и усугубить ситуацию, что, собственно, и произошло.

Судя по жалобам и клинической картине, врачу в данном случае следовало осуществить междисциплинарный подход и пригласить на консультацию врача стоматолога-хирурга, который был бы в курсе происходящего и дал бы свои рекомендации и скорее всего, пригласил бы на следующий день. Жалобы пациентки свидетельствуют о многодневном страдании, и до выполнения лечебных манипуляций врачу необходимо было сделать анестезию. Не указано, каким медикаментозным средством воспользовался врач для обработки корневых каналов, в какой дозе и какой процентности, если она имелась. Также не написано, какими эндодонтическими инструментами произведена механическая обработка корневых каналов и до апекса – это, видимо, только ощущения, так как нет показаний апексатора и рентгеновского снимка. Нет описания средств конкретных доз и времени назначения, не отмечено, каковы рекомендации врача пациентке. Не сказано, как вести себя больной, имеющей в полости рта зуб с открытыми каналами, и чем полоскать, также не указано. В запись «состояние удовлетворительное» от 25.07.09 при описанных ниже жалобах трудно поверить, можно было измерить температуру тела. Используемые

¹ Текст представлен в оригинальной редакции



растворы хлоргексидина биглюконата, перекиси водорода, а также назначения – антибиотики, должны быть приведены с указанием количества, процентности, дозы, продолжительности приема.

Петерс О. и Петерс Ф. (2008) провели анализ этических принципов в стоматологии и соотнесли их с эндодонтической практикой. Пять основных этических принципов (автономия, ненападение вреда, польза для больного, правдивость, справедливость), предложенных Американской стоматологической ассоциацией, одобрены главными эндодонтическими организациями – Американской эндодонтической ассоциацией (AAE), Европейским эндодонтическим обществом (ESE). Термин «этический принцип» используется для обозначения процесса, который при нарушении этого принципа ведет не к юридическим последствиям, а к угрызениям совести. Принцип автономии определен информированным согласием пациента, передачей данных о пациенте от предыдущего врача и обратно, а также правильным заполнением истории болезни, выполнением рентгеновских снимков. Демина А. В. с соавт. (2005), проведя анализ качества ведения медицинской документации и медико-правовой грамотности стоматологов г. Нижнего Новгорода, установили, что в 73,5% случаев, так или иначе связанных с эндодонтическим лечением, нет даже указания о направлении на рентгеновский снимок в качестве контроля, и в 85% случаев отсутствует его описание. В качестве причины отсутствия рентгенконтроля чаще врачи указывают отказ пациента (28,5%), отсутствие рентгеновского аппарата (20%), беременность (4%), 1% врачей настолько уверены в своих профессиональных умениях, что не нуждаются в рентгенконтроле.

Для стоматологов обязательно не причинение вреда пациенту. Однако при принятии решения о возможном риске и преимуществе тех или иных эндодонтических материалов и методик лечения стоматологу порой трудно принять правильное решение в одно посещение. Это может быть связано с недостатком информации в лите-

ратуре, отсутствием достаточно-го количества рандомизированных исследований, посвященных изучению методов лечения заболеваний пульпы и периодонта, о микроорганизмах и средствах борьбы с ними т. д.

Для пользы больного врач-стоматологу нужно принять решение, чтобы обеспечить максимальный лечебный эффект от терапии, опираясь на знания о новых технологиях и необходимости их использования в клинике (операционный микроскоп, никель-титановые инструменты, наличие компьютерного томографа и т. д.), а также при невозможности оказать квалифицированную помощь, направить пациента к специалисту.

Считается, что любой пациент может получить беспристрастную помощь, но на самом деле это не совсем так. Современное положение дел свидетельствует о нарушении этого этического принципа. 17,5% пациентов не оказывалась помощь по острой боли. Среди причин отказа называются отсутствие времени у врачей, нежелание принимать пациентов. Стоимость лечения, в частности эндодонтического, такова, что не все могут его себе позволить (Петерс О., 2008). Однако по данным Деминой А. В. с соавт. (2005), 57% людей предпочитают лечить зубы в частных клиниках.

Необходимо помнить, что стоматолог обязан информировать пациента о случившейся фактуре инструмента, перфорации и других ошибках и осложнениях, сделанных им в момент лечения, а также сделать запись в историю болезни. Обнаружив подобное в уже леченом зубе, не нарушая этики и деонтологии, не оскорбляя своего коллегу, нужно сообщить об этом и составить корректный план лечения, объяснив, в связи с чем увеличится количество посещений и, возможно, стоимость услуги. 80,5% врачей указали в своей анкете, что в случае совершения ими ошибки они обязательно записывают это в историю болезни. 19,5% ответили, что они не делают подобных записей, 8% не видят в этом необходимости, 11,5% не хотят рисковать. Однако такая позиция не правомочна, в данном случае врач может навредить самому себе, так как сокры-

тие важной информации от пациента недопустимо.

В заключении можно отметить, что профессионализм врачей-стоматологов заключается не только в мануальных навыках и постоянном их совершенствовании, оснащении рабочего места, организации работы (наличие квалифицированных помощников, операционного микроскопа, современных материалов, инструментов и т. д.), но и в умении общаться с пациентами, знании правовых аспектов своей деятельности и, прежде всего, в ведении истории болезни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алимский А. В. Страхование в стоматологии – гарантия профилактики и снижения профессиональных рисков // Новое в стоматологии. 2000. №7. С. 72.
2. Бергенхольц Г., Спангберг Л. Разногласия в эндодонтии // Дентал ай Кью. 2007. Выпуск 15. С. 17-47.
3. Демина А. В., Пашинян Г. А., Лукиных Л. М. Правовая грамотность врачей-стоматологов. – М.: Медицинская книга, 2005. – С. 200.
4. Жаров В. В., Фадеев С. П. Экспертная оценка гражданских и уголовных «врачебных дел» как показателя правового уровня населения // Сборник материалов научно-практической конференции «Судебно-стоматологическая экспертиза: состояние, перспективы развития и совершенствования». – М., 2001. – С. 102-107.
5. Малый А. Ю. Конфликтные ситуации в стоматологии и факторы защиты врачей от необоснованных претензий // Медицинское право. 2003. №3.
6. Петерс О., Петерс Ф. Этические принципы и соображения при эндодонтическом лечении // Дентал ай Кью. 2007. Выпуск 16. С. 19-31.

Поступила 02.11.2010

Координаты для связи
с авторами:
123995, г. Москва,
ул. Баррикадная, д. 2/1, РМАПО

