

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ КОМИССИОННАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ
ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ВЗРОСЛЫХ
ЛЮДЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

Иорданишвили А.К., Сериков А.А., Толмачев И.А.

Кафедра судебной медицины Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, г.

Санкт-Петербург, Загородный пр., 47.

Сериков Антон Анатольевич 8 (981) 897 83 58; e-mail:mdgrey@bk.ru

Резюме: Проведено изучение амбулаторных карт стоматологических пациентов, проходивших лечение в стоматологических учреждениях различной формы собственности, для оценки качества их ведения и выявления дефектов оказания медицинских услуг при оказании стоматологической помощи взрослому населению с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), а также возможности их использования при проведении судебно-медицинской экспертизы. Проведен анализ использованных методов лечебно-профилактической работы стоматологов при заболеваниях ВНЧС в амбулаторно-поликлинических учреждениях различной формы собственности. Выявлены предпосылки для обращения пациента за судебной защитой в связи с недостатками оказанной медицинской услуги. Сделаны выводы и рекомендации, позволяющие улучшить в амбулаторных условиях оказание всех видов стоматологической помощи пациентам с заболеваниями ВНЧС.

Ключевые слова: судебная стоматология, судебно-медицинская комиссия, экспертиза, стоматологическая реабилитация, заболевания височно-нижнечелюстного сустава, профессиональная ошибка стоматолога, височно-нижнечелюстной сустав, дисфункция, парафункция.

**FORENSIC MEDICAL COMMISSION OF THE TEMPOROMANDIBULAR
JOINT'S DISEASES IN ADULT PATIENTS OF DIFFERENT AGE**

Iordanishvili A.K., Serikov A.A., Tolmachev I.A.

Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russia

Summary. The research analyzes treatment TMJ's disease's identification work of stomatologists owned to different types of day care proprieties to assess the quality of services, to identify defects and the possibility of the use of medical records in a forensic medical examination.

Methods of treatment of TMJ's disease's used in stomatologists owned to different types of day care properties are analysed. Prerequisites to the reference of the patient for the judicial protection in connection with rendered medical service's disadvantages are identified. The prepared conclusion and recommendations allow improving the outpatient treatment of TMJ's pathology.

Keywords: forensic dentistry, forensic examination commission, dental rehabilitation, disorders of the temporomandibular joint, professional error dentist, temporo-mandibular joint dysfunction.

Актуальность.

Развитие альтернативной стоматологической помощи привело к тому, что у пациентов появилась возможность выбора медицинского учреждения, а также врача стоматолога, как муниципального стоматологического учреждения, так и частной стоматологической клиники или кабинета [1]. На фоне необходимого совершенствования правового регулирования взаимоотношений между врачом и пациентом, медико-экспертной оценки деятельности медицинских работников, врачи-стоматологи стали отмечать увеличение количества конфликтов с пациентами и претензий от больных, что связывают с повышением требовательности к качеству оказываемых стоматологических услуг [1, 2, 3]. По нашим данным и результатам исследований ряда стоматологов наибольшее количество жалоб, претензий и судебно-медицинских экспертиз в стоматологии приходится на зубопротезную помощь, затем терапевтическую и хирургическую стоматологическую помощь [2, 3].

Цель исследования: Изучение амбулаторных карт стоматологических пациентов, проходивших лечение в стоматологических учреждениях различной формы собственности, для оценки качества их ведения и выявления дефектов оказания медицинских услуг при оказании стоматологической помощи взрослому населению с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), а также возможности их использования при проведении судебно-медицинской экспертизы.

Материал и методы исследования.

В процессе работы были изучены 1132 медицинских карт (амбулаторных карт – АК) стоматологического больного (форма 043/У), 786 вкладышей отделений ортопедической стоматологии и более 6000 записей в них.

Для оценки качества ведения первичной медицинской документации (ПМД) был проведен ее анализ в 3 муниципальных, 2 ведомственных стоматологических поликлиниках и 5 частных стоматологических клиниках Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Распределение исследованной первичной медицинской документации по стоматологическим амбулаторно-профилактическим учреждениям в зависимости от формы собственности представлено на рисунке 1.

Во всех муниципальных и ведомственных стоматологических поликлиниках и двух частных стоматологических клиниках амбулаторные карты стоматологического больного

соответствовали форме 043/У, утвержденной приказом МЗ СССР № 1030 от 4.10.1980г. “Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения”.

В трех частных стоматологических клиниках первичные медицинские документы были разработаны сотрудниками этих клиник, хотя в целом по своему содержанию напоминали форму 043/У и также состояли из паспортной и медицинской частей.

В трех стоматологических поликлиниках амбулаторные карты стоматологического больного при необходимости дополнялись вкладышами отделений ортопедической стоматологии произвольной формы, в которых записи осуществлялись смотровыми и лечащими врачами стоматологами этих отделений, а также при необходимости заведующими отделениями ортопедической стоматологии.

В остальных лечебно-профилактических учреждениях врачи-стоматологи-ортопеды при протезировании пациента осуществляют записи в медицинской карте стоматологического больного, продолжая дневниковые записи врачей стоматологов-терапевтов и хирургов.

Результаты и их обсуждение.

В таблице 1 представлены результаты анализа заполнения амбулаторных карт в различных стоматологических лечебных учреждениях Санкт-Петербурга и Ленинградской области. При рассмотрении таблицы видно, что ошибки и недочеты в заполнении врачами-стоматологами амбулаторных карт, встречаются во всех лечебно-профилактических учреждениях, независимо будь то муниципальные или ведомственные стоматологические поликлиники, либо частные стоматологические клиники.

Таблица 1. Сведения о качестве заполнения первичной медицинской документации в стоматологических учреждениях различной формы собственности

Раздел амбулаторной карты	Амбулаторные лечебно-профилактические учреждения	Всего Абс/%			
	Муниципальные	Ведомственные	Частные		
	282 (24,91%)	300 (26,5%)	550 (48,58%)	1132/ (100%)	
Паспортная часть	61/21,63%	71/23,66%	29/5,27%	161/ 14,22%	
Диагноз	70/24,82%	67/22,33%	80/14,54%	217/ 19,16%	
Жалобы	71/25,17%	98/32,66%	117/21,27%	286/ 25,26%	
Перенесенные и сопутствующие заболевания	116/41,13%	130/43,33%	111/20,18%	357/ 31,53%	
Развитие настоящего заболевания	160/56,73%	113/37,66%	191/34,72%	467/ 41,25%	
Внешний осмотр	121/42,90%	150/50%	168/30,54%	439/ 38,78%	
Прикус	101/35,81%	125/41,66%	188/34,18%	405/ 35,77%	

Состояние слизистой оболочки полости рта	178/63,12%	152/50,66%	180/32,72%	510/45,05%
Данные рентгенологических и лабораторных исследований	111/39,36%	144/48%	146/26,54%	407/35,95%
Дневниковые записи врача	91/32,26%	119/39,66%	149/27,09%	359/31,71%

В оформлении ПМД как в муниципальных и ведомственных, так и в частных стоматологических клиниках принимали участие не менее двух человек: медицинский регистратор (администратор частной клиники) и врач - стоматолог. В паспортной части 1132 медицинских карт в 14,22% (161 амбулаторная карта) случаев отсутствовали:

- имя и (или) отчество - 5%;
- пол- 0,5%;
- полная дата рождения пациента- 12%;
- профессия и (или) место рождения- 13%;
- домашний адрес- 8%;
- номер телефона- 3%;

Ошибки в заполнении паспортной части в муниципальных стоматологических поликлиниках составили 21,63% (61 АК). Практически такие же результаты получены при изучении амбулаторных карт в ведомственных стоматологических поликлиниках - 23,66% (71 АК). Что же касается частных стоматологических клиник, то здесь количество недочетов в заполнении паспортной части значительно меньше и составило 5,27% (29 АК). Очевидно, это связано с тем, что многие частные стоматологические клиники, а именно медицинские регистраторы, связываются с пациентами, проходящими лечение в клиниках для проведения уточнения даты и времени продолжения или завершения лечения. Этот пример, является одним из важных факторов конкурентоспособности стоматологического лечебного учреждения.

Кроме этого, в ряде случаев паспортные данные нужны как врачу-стоматологу для составления индивидуального плана лечебно-профилактических или реабилитационных стоматологических мероприятий, динамического наблюдения, так и заведующим стоматологическими поликлиниками и главным врачам клиник для оценки качества врачебной работы, оказываемой в их учреждениях медицинской помощи, удовлетворенности пациентов проводимыми в этих учреждениях стоматологическим лечением и зубным протезированием [4].

Известно, что заполнение медицинской части ПМД предусматривает регистрацию всех действий и манипуляций врача-стоматолога, начиная со сбора анамнеза заболевания и жизни, и заканчивая соответствующими рекомендациями после проведенного стоматологического лечения и зубного протезирования. Как показывает судебная практика, именно полное и грамотное ведение ПМД позволяет при возникновении претензий и конфликтов со стороны пациентов доказать правомерность действий врача стоматолога и избежать судебных разбирательств [5].

Заполнение графы “Диагноз” на титульной части ПМД осуществлено лишь в 80 % случаев (915 АК). Причем при анализе графы “Диагноз” в амбулаторных картах муниципальных стоматологических поликлиник дефекты и неточности были выявлены в 70 амбулаторных картах (24,82%). Аналогичные дефекты в ведомственных стоматологических поликлиниках встречались в 22,33% случаев (67 АК) и в 14,54% случаев (80 амбулаторных карт) дефекты заполнения ПМД отмечены в частных стоматологических клиниках.

Следует подчеркнуть, что во всех случаях диагноз формировался лишь в отношении какого-либо “причинного” зуба или тканей пародонта, например: “Средний кариес 15”, “генерализованный пародонтит” и.т.п. Вместе с этим, необходимо, чтобы диагноз был развернутым стоматологическим и соответствовал международной классификации болезней – МКБ-10 (ВОЗ,1997). Причем, впоследствии диагноз можно и необходимо уточнять, расширять, изменять, указывая дату этих изменений. Следует напомнить врачам стоматологам, что графа “диагноз” на титуле ПМД должна заполняться по завершению обследования пациента. Тогда выявленный диагноз будет реально соответствовать стоматологическому статусу пациента, определять правильность выбора и последующую успешность планируемого врачами комплекса лечебно-профилактических стоматологических мероприятий.

При анализе ПМД в 25,26% (286 амбулаторных карт) случаев, графа “Жалобы” заполнена врачами-стоматологами не полно, либо с сокращениями.

Анализируя графу “Жалобы”, мы получили следующие результаты: ошибки и неточности при заполнении этой графы выявлены в 71 амбулаторной карте (25,17%) в муниципальных стоматологических поликлиниках, в 67 амбулаторных картах (22,33%) в ведомственных стоматологических поликлиниках и в 117 ПМД (21,27%) частных стоматологических клиник.

Учитывая тот факт, что графа “жалобы” заполняется со слов пациента, жалобы могут быть самыми различными, вместе с тем необходимо, чтобы жалобы наиболее полно отражали характер патологического процесса со стороны зубочелюстной системы пациента, обратившегося за помощью в стоматологическое лечебное учреждение. Поэтому наводящими вопросами врач-стоматолог должен уточнять и детализировать их.

Наибольшее количество дефектов и недочетов в амбулаторных картах выявлено при анализе граф “Перенесенные и сопутствующие заболевания”, “Развитие настоящего заболевания”, “Внешний осмотр”, “Прикус”, “Состояние слизистой оболочки полости рта”, “Данные рентгенологических и лабораторных исследований”. В большинстве

амбулаторных карт эти не менее важные для врача сведения не отражены в соответствующих пунктах и не заполнялись вообще. На наш взгляд это связано с низкой квалификацией врача-стоматолога, не умением его работать с медицинской документацией, небрежным и халатным отношением к своим должностным обязанностям.

Графа “Перенесенные и сопутствующие заболевания” в проверенных ПМД была заполнена в 69,5% (775 АК). При анализе данной графы в амбулаторных картах муниципальных стоматологических поликлиник, дефекты и неточности были выявлены в 41,13% (116 АК). В ведомственных стоматологических поликлиниках и частных стоматологических клиниках дефекты и неточности при заполнении данной графы в ПМД были выявлены соответственно в 43,33% (130 АК) случаев и в 20,18% (111 АК) случаев.

Медицинская карта должна включать в себя не только сведения о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, но и ранее выполненных операциях, а также содержать данные из возможных официальных документов (выписки из историй болезни, справки, анализы, клинические исследования). Вся эта информация должна быть включена в графу “перенесенные и сопутствующие заболевания”.

При анализе графы “Развитие настоящего заболевания” общее число дефектов при ее заполнении составило 41,25% (467 АК).

Дефекты в заполнении графы “Развитие настоящего заболевания” в амбулаторных картах муниципальных стоматологических поликлиник были обнаружены в 160 (56,73%) амбулаторных картах, причем в 124 из них запись вообще отсутствовала. 113 (37,66%) амбулаторных карт, изученные в ведомственных стоматологических поликлиниках, также имели недочеты и неточности. В 90 из них запись в данной графе отсутствовала полностью. 191 (34,72%) амбулаторная карта в частных стоматологических клиниках также имели недостатки при заполнении, а в 156 из них запись в указанной графе отсутствовала полностью.

Важным моментом комплексного обследования является тщательный сбор анамнеза настоящего заболевания. Если ранее предпринималось лечение, то врачу следует отметить, какое, где и каков был его результат. Также следует указать особенности течения во времени данного заболевания, продолжительность периодов обострения и ремиссии, а также проявления различных симптомов [6]. Изучение первичной медицинской документации показывает, что разделу “развитие настоящего заболевания” в ПМД стоматологического пациента не уделяется нужного внимания. Поэтому отмечен низкий процент заполнения данного раздела. Некоторые врачи-стоматологи заполняют

данную графу в виде сокращений или ряда отдельных симптомов, что должным образом не позволяет оценить полную картину заболевания, необходимую для постановки диагноза.

Данные внешнего осмотра в 38,78% ПМД (439 АК) отсутствуют, а в 70% из них сделана запись “без изменений”, в 13% случаев “без особенностей”, а в 17% случаев - “в норме”.

Анализ графы “Внешний осмотр” амбулаторных карт показал полное отсутствие записей в муниципальных стоматологических поликлиниках в 121 карте (42,90%), в ведомственных стоматологических поликлиниках в 150 (50%) ПМД и в 168 (30,54%) амбулаторных карт частных стоматологических клиниках.

При описании результатов внешнего осмотра необходимо помнить, что осмотр органов и тканей челюстно-лицевой области включает в себя еще и данные пальпации. При осмотре тканей врачам следует обращать внимание на симметричность анатомических образований (щек, челюстей, лобных бугров, скатов носа). В стоматологической практике имеет немаловажное значение патологическая асимметрия (припухлости, посттравматические и послеоперационные деформации). Большое значение следует придавать окраске кожного покрова, наличию различных высыпаний, тургору и структуре кожи и слизистой оболочки полости рта. Обязательно должно уделяться внимание описанию состояния височно-нижнечелюстного сустава, поднижнечелюстных и околоушных слюнных желез, лимфатических узлов (необходимо зафиксировать в ПМД их размер, форму, консистенцию, спаянность с окружающими тканями, чувствительность по отношению к соседним узлам) [6, 7, 8].

Состояние твердых тканей зубов обычно отмечается врачами в зубной формуле. С 2000 года Стоматологической ассоциацией России (СтАР) рекомендовано заполнять для постоянного прикуса зубную формулу согласно классификации, принятой Всемирной организацией здравоохранения, а именно:

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Записи зубной формулы были сделаны лишь в 47% случаев.

Всевозможные отклонения от нормального соотношения зубных дуг верхней и нижней челюстей в виде аномалии прикуса имеют важное диагностическое значение, что может указывать на определенные особенности в развитии челюстей (сверхкомплектные, аномально расположенные зубы и т.п.). К сожалению, не всегда отмечается в ПМД вид

прикуса. Об этом говорят следующие данные, согласно которым лишь 64% случаев (727 АК) в графе “прикус” указан тип взаимоотношения зубных рядов.

При анализе графы ”Прикус” в амбулаторных картах муниципальных стоматологических поликлиник дефекты и неточности были выявлены в 35,81% (101 АК). 41,66% дефектов было выявлено при заполнении этой графы в ведомственных стоматологических поликлиниках (125 АК) и 34,18% - в частных стоматологических клиниках (188 ПМД). Наличие отметок в зубной формуле было обнаружено лишь в 47% всех изученных ПМД (188 АК).

Графа “состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков” при исследовании ПМД заполнялась врачами-стоматологами лишь в 45,05% (510 АК) случаев. Дефекты в муниципальных стоматологических поликлиниках при заполнении этой графы были обнаружены в 178 амбулаторных картах (63,12%), причем в 162 из них запись отсутствовала. Больше половины амбулаторных карт (50,66%), просмотренных в ведомственных стоматологических поликлиниках, также имели ошибки и неточности. В 143 из них запись в данной графе отсутствовала полностью. 180 (32,72%) амбулаторных карт в частных стоматологических клиниках также имела дефекты при заполнении графы «состояние слизистой оболочки полости рта», а в 176 из них запись отсутствовала.

В графе “состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков” врачам следует указывать на влажность и окраску слизистой оболочки, описывать патологические изменения: отечность и гиперемия, медикаментозные эритемы, кровоизлияния, и т.п.

Игнорируется, врачами – стоматологами, заполнение и такой графы в ПМД, как “данные рентгенологических и лабораторных исследований”. По уточненным данным рентгенологические снимки были встречены в 65% из изученных случаев. Многие рентгенологические снимки оказались нечеткими 68%, по ним трудно было судить об имеющейся у пациента патологии жевательного аппарата. Кроме того, отсутствовали и описания рентгенограмм (в 42% случаев), а в 82% случаев отсутствовали сведения о направлении пациента на рентгенологическое обследование и другие виды клинических исследований. В ПМД не выявлено указаний на необходимость консультаций пациентов у других специалистов, хотя многие пациенты в этом нуждались, так как были пожилого или старческого возраста и имели коморбидную патологию

При анализе заполнения графы ”Данные рентгенологических и лабораторных исследований” были получены следующие результаты: 111 (39,36%) амбулаторных карт в муниципальной стоматологической поликлинике имели неточности при заполнении.

Почти половина амбулаторных карт в ведомственных стоматологических поликлиниках 144 (48%) и 146 (26,54%) амбулаторных карт в частных стоматологических клиниках также имели недостатки при заполнении данного раздела ПМД. Вместе с тем, поэтому заполнение данной графы имеет большое значение. Данные рентгенографии необходимы для определения состояния ВНЧС, распространенности опухолевого или воспалительного процесса и других целей. Это позволяет врачу определить необходимость и объем терапевтического, хирургического и ортопедического лечения.

Следует подчеркнуть, что в большинстве случаев выявлены некачественные рентгеновские снимки, а также отсутствие описаний рентгенограмм врачом-рентгенологом. Уточнение причин этих недостатков выявило, а также наличие большого количества недочетов в амбулаторных картах по этой графе в муниципальных и ведомственных стоматологических поликлиниках связано с тем, что оборудование, на котором работают врачи-рентгенологи и рентген-лаборанты не позволяет выполнить качественные снимки, либо находится в неисправном состоянии. В большинстве частных стоматологических клиник или кабинетов отсутствует должность врача-рентгенолога или рентген-лаборанта, или вообще отсутствует рентгенологический метод обследования из-за соблюдения санитарных норм. Пациенты приносят рентгеновские снимки без заключений из других медицинских учреждений.

Во многих ПМД встречены такие дефекты и недостатки при оформлении как: отсутствие отметки о санации 56%, отсутствие записи о необходимости явки на профилактический осмотр 22%, недостаточное описание профилактических мероприятий 84%, отсутствие рекомендаций 84%.

При заполнении дневниковых записей стоматологов-терапевтов и стоматологов-хирургов в амбулаторных картах были выявлены недостатки во всех стоматологических лечебных учреждениях. Так, например, в муниципальных стоматологических поликлиниках в 91 (32,26%) амбулаторной карте были выявлены не принятые в медицине сокращения и неточности. Дневниковые записи в 119 (39,66%) амбулаторных картах ведомственных стоматологических поликлиник также требовали существенного дополнения. Одна треть записей в 149 (27,09%) амбулаторных картах ПМД, в частных стоматологических клиниках также нуждались в существенных дополнениях.

Каждое последующее обращение пациента и проведенные ему лечебно-профилактические мероприятия должны находить свое отражение в “дневнике”, причем запись должна завершаться отметкой об объеме выполненной работы, выраженном в УЕТ (условные единицы трудоемкости), рекомендациями, датой следующей явки к врачу,

фамилией и подписью врача. После завершения лечения должна быть сделана отметка о санации с указанием даты последующего профилактического осмотра.

В таблице № 2 представлено общее число ошибок во всех стоматологических лечебных учреждениях. При изучении 282 (24,91%) амбулаторных карт в муниципальных стоматологических поликлиниках было выявлено 1080 различных недочетов при их заполнении. При анализе 300 (26,5%) амбулаторных карт в ведомственных стоматологических поликлиниках было выявлено 1056 различных дефектов в записях. При изучении 550 (48,58%) амбулаторных карт в частных стоматологических клиниках выявлено 1359 недочетов в оформлении ПМД и записях при их заполнении.

Перед тем, как анализировать ПМД в аспекте оказания ортопедической стоматологической помощи следует сказать, что основными причинами повлекшими появление жалоб на болевые ощущения и претензий со стороны пациентов на качество зубных протезов являлись:

- ошибки в определении межальвеолярного расстояния (высота прикуса) 24% случаев;
- появление звуковых феноменов в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) 18%;
- недостаточная фиксация и стабилизация съемных зубных протезов 34%
- эстетические дефекты несъемных или съемных зубных протезов 8%;
- непереносимость протезов 4 %;
- протезные стоматиты (главным образом травматические) 28 %;
- обострение хронического пародонтита - 38% и периодонтита 36% ,
- пульпит опорного зуба 44%;
- трудность фонетической реабилитации 11%;
- другие причины 6 %.

Очевидно, чтобы в соответствии с объективными данными жевательного аппарата, соматическим и психическим здоровьем пациента выбрать индивидуальную для данного больного тактику подготовки полости рта к протезированию, конструкцию зубных протезов, зубопротезные материалы, а также этапность лечебных ортопедических стоматологических мероприятий, необходимо объективно оценить морфо-функциональное состояние органов жевательного аппарата. Это позволит грамотно сформулировать диагноз [6, 7, 9].

Изучение ПМД или вкладышей отделений ортопедической стоматологии выявили, что в графе “жалобы” в 267 (34%) случаев, было указано только на нарушение жевания, а в 252 (32%) АК на “плохую фиксацию старых протезов”. Лишь в 118 (15%) ПМД врачи-стоматологи-ортопеды указали жалобы пациента на “эстетический дефект”, в 141 (18%) на “дефект речи”, в 94 (12%) на “уменьшение нижней трети лица”, в 71 (9%) на “асимметрию лица”, в 24 (3%) “звуковые феномены со стороны ВНЧС”, 16 (2%) АК “неврологические боли в лице и (или) языке”, 12 (1,5%) АК на “заеды в области угла рта”, 11 (1,4%) АК на смещение «эстетического центра челюстей».

Учитывая средний возраст пациентов проходивших зубное протезирование 46,6 лет, можно с уверенностью сказать, что зафиксированные стоматологами-ортопедами в ПМД жалобы пациентов далеко не полно отражали морфо-функциональные изменения со стороны различных органов и тканей жевательного аппарата.

Если учесть, что графа “перенесенные и сопутствующие заболевания” в форме 043/У заполняется лишь в 31,5% случаев, и то, главным образом в аспекте перенесенных гепатита, туберкулеза, СПИДа, инсульта и инфаркта миокарда, что важно для стоматолога-хирурга и стоматолога-терапевта, то стоматологами-ортопедами не отмечались заболевания организма, которые могут обуславливаться потерей зубов (патология органов пищеварительной системы), а также заболевания, которые могут влиять на выбор конструкции протеза и материалов для его изготовления (эпилепсия, аллергические заболевания) [9, 10].

Имеющаяся в 47% ПМД (369 АК) запись ”анамнез не отягощен” или “практически здоров” для людей пожилого и старческого возраста страдающих коморбидной патологией, неприемлема.

Принципиально важным в клинике ортопедической стоматологии является сбор анамнеза настоящего заболевания: а именно частичной или полной потери естественных зубов. Известно, что для стоматолога-ортопеда необходимо уточнить причину потери естественных зубов (осложненный кариес, заболевания пародонта, травма, хирургическое вмешательство и др.), выяснить дату последней экстракции зуба. Кроме этого, врачу следует отразить в амбулаторной карте сведения о пользовании пациентом “старыми” зубными протезами (в какой степени они его устраивали), кратко представить характеристику периода адаптации к ним, сроков отказа от пользования “старыми” протезами и т.п. [7, 9] Все сказанное может помочь стоматологу-ортопеду в выборе индивидуальной тактики ортопедического лечения пациента и прогнозировании течения и

(или) исхода периода адаптации к новым зубным протезам, а также предвидеть или предотвратить развитие различных осложнений зубного протезирования.

Результаты внешнего осмотра лица стоматологами-ортопедами были зарегистрированы лишь в 76% ПМД.

При описании результатов внешнего осмотра было отражено снижение высоты нижней трети лица и частичная асимметрия лица, за счет односторонней гипертрофии жевательных мышц, “смещение эстетического центра” челюсти.

Вместе с тем, очевидно, что при заполнении стоматологами-ортопедами ПМД также необходимо обращать внимание на цвет, структуру, тургор кожи лица, наличие кожных высыпаний, углубление складок (носогубных, подбородочных), западение щек и губ, опущение углов рта, состояние ВНЧС, больших слюнных желез, лимфатических узлов [11, 12]. Игнорировать эти объективные данные стоматологами-ортопедами недопустимо. Эти объективные данные косвенно указывают на наличие различных форм некариозных поражений твердых тканей зубов в виде их повышенной стираемости, дисфункций и артрозов ВНЧС, парафункций жевательных мышц, резкую атрофию альвеолярных отростков челюстей и другую патологию жевательного аппарата, которую необходимо учитывать на этапе планирования ортопедического стоматологического лечения. Эти заболевания могут потребовать специальной подготовки полости рта к зубному протезированию [7].

В 36% случаев (283 АК) стоматологи-ортопеды ПМД игнорировали регистрацию вида прикуса, в 87% (684 АК) величину открывания рта, в 38% (299 АК) состояние тканей оболочки полости рта (протезного ложа и поля), 45%- отсутствовало детальное описание состояния сохранившихся опорных зубов и их пародонта, в 48% отсутствовало описание имеющихся рентгенограмм, а 53% случаев зубное выполнялось без предварительного рентгенологического исследования, в том числе при изготовлении современных несъемных протезов.

Врачами стоматологами-ортопедами в ПМД был выставлен диагноз в 87% случаев, который в 54,5% случаев был дополнен классификацией дефектов зубных рядов по Кеннеди (при частичной потере зубов) и классификацией состояния альвеолярных отростков (по И.М. Оксману и В.Ю. Курляндскому) для беззубых челюстей. В 43% ПМД диагноз дополнялся расчетами указанием процента потери жевательной эффективности по Н.И. Агапову.

Ни в одной из ПМД не было рекомендаций на необходимость проведения специальной подготовки полости рта к протезированию, в том числе и у пациентов со

сниженным нефиксированным прикусом, патологической стираемостью твердых тканей зубов, патологией ВНЧС (диагноз неуточнен во всех случаях), что удалось установить при детальном анализе ПМД или при контрольном осмотре пациентов после завершения зубного протезирования в период от 1 недели до 2,5 месяцев.

При указании на снижение высоты нижней трети лица по ПМД сложно было оценить, из-за чего это состояние возникло: утрата естественных зубов, патологическая стираемость твердых тканей зубов, хронический генерализованный пародонтит “раздавленный прикус” и т.п. [12, 13]

Зубоальвеолярное выдвигание, наклоны зубов и другие вторичные деформации жевательного аппарата отмечены лишь в 15% случаев, хотя согласно статистическим данным различных авторов эта патология встречается значительно чаще (Е.И.Гаврилов,).

При описании плана протезирования в ПМД конкретно указываются планируемые конструкции несъемных зубных протезов (коронки, мостовидные протезы). В таких случаях четко определяются опорные зубы, вид несъемного протеза и его конструкционные особенности (металлокерамический, пластмассовый, литой, паяный, литые зубы, фасетки, комбинированная коронка и т.п.).

При описании плана протезирования съемными конструкциями, в том числе опирающимися, запись делается весьма кратко: например, “6/8 + 4 кламмера”, или верхняя челюсть: “бюгель-4/0 + 2 опорно-удерживающих кламмера” или “бюгель 5/0 + 2 замка”. В плане протезирования отсутствует примечание на указание зубов, которые планируются использовать под опорно-удерживающий кламмер, не указывается вид последнего или вид замкового крепления. Такой подход оставляет за врачом и зубным техником использование, как вариант, альтернативных конструкций и технологий при реализации зубопротезной помощи.

Во всех изученных ПМД имелись дата получения и подписи больного о согласии с планом протезирования (в некоторых учреждениях даже дважды). ПМД муниципальных стоматологических учреждений содержали сведения о дате и подпись пациента об ознакомлении его с “типовыми правилами оказания платных услуг”. Это говорит о том, что информированность пациента в лечебных учреждениях осуществляется. Вместе с тем, ни в одном из ПМД не указывалось о возможных осложнениях зубного протезирования, даже в тех случаях, когда под опоры металлокерамических протезов использовались “витальные” зубы, когда гарантировать отсутствие осложнений со стороны пульпы зуба достаточно сложно [7, 10, 12].

При описании в ПМД этапов зубного протезирования наиболее полно были заполнены те амбулаторные карты, которые специально оформляли для отделений ортопедической стоматологии типографским способом. В них указаны этапы изготовления несъемных протезов (одонтопрепарирование, примерка коронок (литья), проверка конструкции, цементировка протеза) и съемных протезов (получение слепков, получение слепков с помощью индивидуальной ложки, определение "центральной окклюзии", проверка конструкции протеза, припасовка и наложение протеза, даты его коррекции) [10]. Однако, даже в таком случае не указывалось на характеристику использованных материалов (слепочных, для временной или окончательной цементации коронок), а также использование необходимого дополнительного оборудования (АОЦО при определении центрального соотношения челюстей и т.п.). Не всегда указано на использование в процессе подготовки к зубному протезированию или ортопедического лечения временных коронок или зубодесневых кап и материалов, из которых они изготовлены.

В 37% ПМД пациентам, которым изготавливались съемные зубные протезы, не были сделаны рекомендации по уходу за протезами и не отмечена дата следующей коррекции протеза, что нарушает принцип законченности лечения [12].

В ПМД, которые не содержали специально оформленные типографским способом графы для заполнения стоматологом-ортопедом, записи об этапах зубопротезирования делались формально. По ним можно лишь судить только о дате посещения стоматолога-ортопеда, а сам этап врачи старались описать по возможности кратко: например, "обработка зубов", "определение ЦО", "примерка литья", "снятие слепка", "сдача 5/5" и т.п.

Таким образом, во время повторных посещений стоматолога-ортопеда не указывают имеются или отсутствуют у пациента жалобы, имеются ли осложнения одонтопрепарирования и т.п. Вместе с тем, при возникновении претензий и разбирательств оказывается, что жалобы у пациентов появляются уже на этапах протезирования, а "сдача" протеза пациенту является, как правило, провоцирующим фактором для конфликта.

Заключение.

Проведенное исследование по анализу первичной медицинской документации в стоматологических лечебных учреждениях различной формы собственности карт стоматологического больного показало, что количество дефектов, встречающихся при

работе врачей-стоматологов с медицинской документацией, остается довольно высоким. Наиболее частыми ошибками при заполнении амбулаторных карт врачами-стоматологами явились отсутствие данных внешнего осмотра, описания объективного состояния слизистой оболочки полости рта, анамнеза развития настоящего заболевания, регистрации перенесенных и сопутствующих заболеваний, а также недостаточно четкое и полное описание выполненных лечебно-профилактических мероприятий и рекомендаций.

Таким образом, анализ работы амбулаторного стоматологического звена показал, что низкое качество ведения амбулаторных карт стоматологических больных оставляет за пациентами возможность объективных и обоснованных претензий к ЛПУ по качеству оказанной им стоматологической помощи с последующим успешным обращением в судебные органы.

Полагаем, что важным средством профилактики конфликтных ситуаций в стоматологической практике является не только соблюдение врачами принципов медицинской деонтологии, но и грамотная организация со стороны администрации учреждения или ЛПУ системы контроля качества стоматологической помощи, в том числе ведения первичной медицинской документации.

Литература

1. Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии.-М.:Медицина,1986.- 176 с.
2. Голинский, Ю.Г. Стандартизация гарантий ортопедической реабилитации больных с дефектами зубных рядов: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ Ю.Г. Голинский. – СПб.: МАПО, 2000. – 22с.
3. Цимбалистов, А.В. Комплексный подход к лечению больных с дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов. / А.В. Цимбалистов, Т.А. Лопушанская, Е.Я. Худоногова. – 1 Международный симпоз. «Клиническая постурология, поза и прикус». – СПб, 2004. – С. 26–29
4. Большаков Г.В. Подготовка зубов к пломбированию и протезированию.- М.:Медицина,1983.-112 с.
5. Толмачев И.А., Исаков В.Д. Применение информационных технологий в судебно-медицинской практике // Теория и практика судебной медицины. Труды Петербургского научного общества судебных медиков. - СПб., 1998. - Вып. 2. С. 10-12
6. Иорданишвили А.К. Стоматологическая артрология: Учебное пособие.- СПб.:Нордмедиздат,2005.- 44 с.
7. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология.-М.:МедПресс, 2007.- 255 с.
8. Образцов Ю.Л., Ларионов С.Н. Пропедевтическая ортодонтия.- СПб.:СпецЛит,2006.- 160 с.
9. Калинина Н.В., Загорский В.А. Протезирование при полной потере зубов.- М.:Медицина,1990.-224 с.
10. Большаков Г.В. Одонтопропарирование.-Изд-во Саратов. Ун-та, 1983.- 272 с.
11. Бушан М.Г., Каламкаров Х.А. Осложнения при зубном протезировании и их профилактика. - Кишинев.: Штиинца,1980.-265 с.
12. Гаврилов Е.И. Протез и протезное ложе.- М.:Медицина,1979.- 264 с.
13. Каламкаров Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов.-М.:Медицина,1984.-176 с.