

5. Козлов И.З., Горшков С.З., Волков В.С. Повреждение живота. — Москва: Медицина, 1988. — 224 с.
6. Курбанов К.М., Хамидов М.Г., Мухиддинов Н.Д. Диагностика и хирургическая тактика при проникающих ранений живота // Тезисы докладов первого конгресса Московских хирургов. — М, 2005. — С. 183-184.
7. Кутушев Ф.Х., Гвоздев М.П., Филин В.И., Либов А.С. Неотложная хирургия груди и живота. Ленинград: Медицина, 1984. — 248с.
8. Пашинян Г.А., Григорьев Н.Н., Ромодановский П.О., Пашинян А.Г. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском процессе. — М: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 160 с.
9. Пашинян Г.А., Жаров В.В., Зайцев В.В. Экспертиза профессиональных ошибок медицинских работников в гражданском судопроизводстве // Медицинское право. — 2004. — №1 (5). — С. 37-41.
10. Рыков В.А. Врачебная ошибка: медицинские и правовые аспекты // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Под ред. Ю.Д. Сергеева. — М., 2005. — С. 472-480.
11. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. — М.: Трида-Х, 2004. — 640 с.
12. Сергеев Ю.Д., Егизарова С.В. Основания привлечения к гражданско-правовой ответственности медицинских работников // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Под ред. Ю.Д. Сергеева. — М., 2005. — С. 480-483.
13. Чадаев А.П., Климиашвили А.Д. Сравнительная эффективность методов диагностики повреждений органов брюшной полости // Тезисы докладов первого конгресса Московских хирургов: М, 2005. — С. 197-198.
14. Шапот Ю.Б., Ремизов В.Б., Селезнев С.А., Гиравый В.И. Сочетанные травмы груди и живота. — Кишинев: Штиинца, 1990. — 183 с.

© А.В. Камалян, Г.А. Пашинян, Э.А. Базилян, 2006
УДК:616.314-089.843-06:340.6

А.В. Камалян, Г.А. Пашинян, Э.А. Базилян

АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИИ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИМПЛАНТАЦИИ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Бюро судебно-медицинской экспертизы (нач. — проф. В.В. Жаров) департамента здравоохранения г. Москвы
Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний (зав. — проф. Э.А. Базилян) МГМСУ

Проведен анализ основных причин, способствующих возникновению ошибок и осложнений при стоматологической имплантации, на основании комплексного клинического, судебно-медицинского, медико-правового исследования.

Ключевые слова: стоматологическая имплантация, имплант, имплантант, осложнения при стоматологической имплантации, факторы риска при стоматологической имплантации.

THE ANALYSIS OF PROFESSIONAL MISTAKES AND COMPLICATION AT STOMATOLOGIC IMPLANTATION WITH THE PURPOSE OF INCREASE OF ITS EFFICIENCY

A.V. Kamalyan, G.A. Pashinyan, E.A. Bazikyan

The analysis of the principal causes promoting occurrence of mistakes and complications at stomatologic implantation, on the basis of complex clinical is lead, is judicial-medical, medico-legal research.

Key words: stomatologic implantation, implant, an implant, complications at stomatologic implantation, risk factors at stomatologic implantation.

Учение о профессиональных ошибках, или врачебная эрология, является важнейшим разделом медицинской деонтологии. Совокупность этических норм поведения медицинского персонала при выполнении своих профессиональных обязанностей, объединенных под названием деонтология, направлена на достижение максимально положительного эффекта в оказании медицинской помощи, а также на устранение отрицательных последствий неполноценной или ошибочной деятельности медицинских работников [2].

Различают объективные и субъективные ошибки. Объективные врачебные ошибки не зависят от уровня подготовки, опыта и квалификации врача, а обусловлены несовершенством медицинских знаний, объективной трудностью диагностики (а типичная форма заболевания), отсутствием достаточного времени для обследования, тяжелым состоянием больного и др. Субъективные врачебные ошибки зависят только от личности врача, от степени его профессиональной подготовки, квалификации, практического опыта [6]. Местное применение антисептиков на всех этапах хирургического лечения при стоматологической имплантации является непереносимым условием профилактики воспалительных осложнений, так как эмаль зубов труднодоступный биотип, даже при использовании антибактериальных препаратов. Формирование костного ложа под имплантат, традиционным способом, неизбежно сопровождается его контаминацией анаэробной микрофлорой полости рта.

Послеоперационный период при стоматологической имплантации, без антимикробной протекции, характеризуется увеличением количества таких агрессивных видов микроорганизмов, как *P. Melaningenica*, *F. Necroforum*, что создает предпосылки для развития постимплантационных осложнений воспалительного характера. А изучение биохимических показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантную защиту в предоперационном периоде стоматологической имплантации эффективно для прогнозирования возможных осложнений, а в послеоперационном периоде позволяют предупреждать осложнения на этапе, предшествующем их клиническому проявлению [1].

Профессиональная ошибка при стоматологической имплантации определяется как неправильное действие или бездействие специалиста при выполнении им своих профессиональных обязанностей по организации и проведению диагностических и лечебных мероприятий.

Рассмотрим критерии, по которым можно определить насколько эффективно была произведена стоматологическая имплантация [13]:

- Неподвижность каждого отдельностоящего имплантанта при клиническом исследовании;
- Отсутствие данных о разрежении вокруг имплантанта при оценке искаженной рентгенограммы;
- Средняя величина потери костной ткани по вертикали менее 0,2 мм в течение второго года наблюдения;

- Конструкция имплантата не должна препятствовать размещению коронки или зубного протеза, а внешний вид последних должен удовлетворять пациента и врача;
- Отсутствие болевых ощущений, дискомфорта или инфекции, связанных с имплантатом;
- Минимальный уровень успеха к концу 5-летнего периода наблюдений 97%, к концу 10-летнего периода — 92%.

Систематизируя литературные данные по стоматологической имплантации, можно разделить виды осложнения в три этапа:

1. Во время операции
2. В ранний послеоперационный период
3. В отдаленные сроки после операции [3, 4, 5, 7]:

Во время операции:

Облом боров, перфорация верхнечелюстных синусов, полости носа и нижнечелюстного канала, некроз костной ткани, отлом кортикальной пластики носа, повреждение альвеолярного гребня, повреждение соседних: зубов, повреждение слизистой оболочки и органов полости рта, кровотечение.

В раннем послеоперационном периоде:

Осложнения в основном связаны с проблемами заживления операционной раны: несостоятельность швов, воспалительный инфильтрат и нагноение послеоперационной раны, частичное обнажение имплантата, увеличение чувствительности в зоне имплантации.

В отдаленные сроки после операции:

Возможны следующие осложнения: периимплантит, подвижность и отторжение имплантата (как результат неадекватного ортопедического лечения), перелом шейки имплантата или винта фиксирующего головку (супраструктур) имплантата.

При оценке выше указанных осложнений можно выделить следующие причины:

Недостаточная предоперационная подготовка: не выявленные сопутствующие заболевания, наличие скрытых аномальных участков в костной ткани, неверное масштабирование при определении размеров предполагаемой области для имплантации.

Недостаточный рентгенологический контроль: ортопантограммы, компьютерная томография, прицельный рентгеновский снимок по которым можно оценить структуру костной ткани в зоне дефектов зубного ряда, подлежащих замещению, высоту альвеолярного отростка нижней челюсти по отношению к верхней стенке нижнечелюстного канала, высота костной ткани альвеолярного гребня в области гайморовой пазухи, состояние пародонта вокруг сохранившихся зубов.

Несовершенство хирургической техники: чрезмерное давление на режущий край инструмента в момент препарирования костной ткани, недостаточность или отсутствие системы охлаждения, неудовлетворительное качество режущего инструмента.

Погрешность при выборе конструкции: неверный подбор типа, вида и количества имплантатов, недостаточная прочность материала имплантата, неверное изготовление ортопедической конструкции в целом, либо возникновение в отдельных участках концентрации напряжений в системе имплантат — костная ткань.

Микробная инвазия в периимплантационную область: плохая гигиена полости рта, локальная травма, наличие вредных привычек, не достаточное иммунологическое исследование микробной флоры полости рта.

Можно выделить также факторы риска при стоматологической имплантации.

1. Косметические факторы риска
 - Десневые факторы риска
 - Зубные факторы риска
 - Костные факторы риска
 - Факторы риска со стороны пациента
2. Биомеханические факторы риска
 - Геометрические факторы риска
 - Оклюзионные факторы риска
 - Факторы риска со стороны кости и имплантата
 - Технологические факторы риска

1. Косметические факторы риска

Десневые факторы риска

Первым аспектом, на который надо обращать внимание при протезировании в косметически важных зонах, является линия улыбки. Если линия улыбки проходит в область десны, то это является относительным противопоказанием для протезирования на имплантатах, особенно, в сочетании с другими факторами риска. При выборе протезирования на имплантатах пациент должен быть проинформирован о вероятных трудностях для достижения хорошего косметического результата [8].

Чем больше зона кератизированной десны, тем лучше косметический результат. Достаточная толщина десны важна не только для поддержания тканей вокруг имплантата в здоровом состоянии, но и для достижения лучшего косметического эффекта. При наличии тонких и длинных сосочков очень трудно добиться хорошего косметического результата. С другой стороны, если сосочки толстые и короткие, можно добиться их естественной регенерации.

Зубные факторы риска

Чем более прямоугольную форму имеют коронки естественных зубов, тем легче добиться хорошего косметического результата. Треугольная форма зубов является фактором риска, поскольку в таких случаях повышается необходимость в регенерации сосочков, а выбор позиции имплантата должен быть идеален. Если контактный пункт в переднем отделе располагается на расстоянии менее 5 мм от уровня кости, то регенерация межзубных сосочков происходит практически во всех случаях. Чем больше поверхность контактного пункта, тем меньше остается места для межзубных сосочков и легче достичь его регенерации.

Костные факторы риска

Наличие углублений на вестибулярной поверхности является одним из факторов, затрудняющих протезирование. Часто до установки имплантатов возникает необходимость в трансплантации аутогенной кости или направленной костной регенерации. Если этого не сделать, то имплантаты будут установлены в неблагоприятном положении относительно предполагаемого протеза [10].

Даже если удастся восстановить сосочки в области естественных зубов, этого трудно добиться между двух имплантатов из-за отсутствия костного бугорка (перегородки) между ними.

Вертикальная резорбция кости, возникшая в результате травмы или заболеваний пародонта, приводит к появлению разницы между уровнем кости в области предполагаемой имплантации и уровнем кости в области соседних зубов. При установке имплантата апикальнее, чем на 3 мм линии относительно цементно-эмалевого соединения соседних зубов, уровень коронки на имплантате может значительно отличаться от соседних зубов.

Внутриротовая рентгенография помогает выявить наличие или отсутствие костных возвышений. Именно эти возвышения позволяют наиболее естественно восстанавливать межзубные сосочки.

Факторы риска со стороны пациента

Чем выше требования пациента, тем большее взаимодействие с ним необходимо и тем важнее становится предоставление полной информации о трудностях, ограничениях и продолжительности предполагаемого лечения.

Для обеспечения максимального косметического результата необходимо соблюдать хорошую гигиену полости рта и устранять налет. В противном случае наличие постоянного, даже незначительного, воспаления может негативно отразиться на способности десны к полноценному заживлению.

Временные протезы должны быть стабильными и не препятствовать пациенту осуществлять самостоятельную гигиену полости рта.

2. Биомеханические факторы риска

Четкое понимание биомеханики имплантатов позволяет оптимизировать планирование лечения для каждого пациента с целью снижения риска возникновения функциональных осложнений и несостоятельности имплантатов[9].

Наличие одного из факторов риска не всегда является противопоказанием к установке имплантатов. С другой стороны, наличие нескольких факторов риска у одного пациента значительно усложняет ситуацию. Например, использование двух имплантатов для фиксации моста, состоящего из трех коронок, в боковом отделе челюсти у пациента с бруксизмом, когда оси имплантатов не соответствуют центру коронок, представляет собой ситуацию значительного риска.

С целью выявления и оценки влияния факторов риска был проведен ретроспективный анализ многих случаев осложнений имплантации и потери имплантатов. Хотя исследование не соответствует строгим научным критериям, тем не менее, оно позволяет определить значение некоторых биомеханических факторов.

- Геометрические факторы риска — количество имплантатов, их расположение, вид (геометрия) протеза.
- количество имплантатов (N) меньше количества корней восстанавливаемых зубов (при наличии менее трех имплантатов);
- использование имплантатов с широкой ортопедической платформой (за каждый имплантат);
- соединение имплантата с естественными зубами;
- наличие консольных единиц (за каждую);
- установка имплантатов вне центральной линии протеза;
- чрезмерная высота ортопедической конструкции.

Когда количество имплантатов меньше количества корней восстанавливаемых зубов надо знать и количество корней. Например, восстановление клыка, имеющего один корень, отличается от восстановления моляров, имеющих два или три корня. При протезировании на трех и более имплантатах можно использовать меньшее их количество по отношению к корням естественных зубов, что не приводит к значительному увеличению нагрузки.

Использование одного имплантата среднего диаметра со стандартной ортопедической платформой создает риск, равный 2,0 баллам. Риск может быть снижен при использовании имплантата большего диаметра с широкой ортопедической платформой или двух имплантатов среднего диаметра со стандартной ортопедической платформой.

В результате восстановления трех или более корней опор с помощью двух имплантатов среднего диаметра со стандартной ортопедической платформой возникает геометрический риск. Риск снижается при использовании

двух имплантатов большего диаметра с широкой ортопедической платформой.

Имплантаты большого диаметра с широкой ортопедической платформой обеспечивают большую механическую поддержку и лучше противостоят окклюзивной нагрузке, нежели имплантаты среднего диаметра со стандартной ортопедической платформой. При использовании имплантата большого диаметра в костной ткани высокой плотности может привести к ее резорбции в области шейки имплантата во время периода интеграции. По этому использование такого имплантата при 1 типе кости не рекомендуется.

Соединение имплантата с естественными зубами.

Объединение двух структур с различной степенью жесткости (подвижность здорового зуба в 10 раз выше, чем имплантата) может привести к неравномерному распределению нагрузки. Однако часто этот фактор сочетается с другими геометрическими факторами риска, например с недостатками кости, или наличием консоли [12].

При протезировании полной зубной дуги на имплантатах, установленных по прямой линии, возникает значительный риск перегрузки. Важно равномерно распределить имплантаты вдоль дуги альвеолярного гребня.

В любой клинической ситуации наличия консоли значительно увеличивает перегрузку имплантатов. Таким образом, неприемлемой является ситуация, когда на двух имплантатах среднего диаметра со стандартной ортопедической платформой фиксируется протез с дистальной консолью, особенно в сочетании с другими факторами риска.

При расположении оси имплантата в стороне от центра коронки возникает риск ослабления фиксирующего винта или перелома компонентов конструкции под действием окклюзивной нагрузки. Однако, если такая ситуация наблюдается лишь в части протеза с опорой на установленные по правилу треугольника имплантаты, то она является менее рискованной.

При значительном увеличении высоты надкостной части конструкции возрастает плечо силы, действующей на этот комплекс. В результате повышается риск ослабления винтов или перелома других компонентов конструкции.

Окклюзионные факторы риска

Бруксизм, парафункции или перелом естественных зубов в результате окклюзионных факторов.

Выявление причины потери зубов является хорошим способом определения окклюзионного «статуса» пациента. Интенсивность жевательной нагрузки и наличие патологических привычек могут оказать значительное негативное влияние на стабильность имплантата. Риск такого влияния увеличивается, если нагрузка не распределяется вдоль оси имплантата.

Пациент с бруксизмом или потерявшие зубы в результате перелома считаются пациентами высокого риска. Естественные зубы, имеющие пародонтальную связку, обладают физиологичной подвижностью и способностью к ортодонтическому перемещению. В отличие от них, имплантаты ригидные и фиксированы в одном положении. Таким образом, существует опасность того, что большая часть нагрузки будет приходиться на имплантат.

Во избежание этого необходимо тщательно планировать и изготавливать протезы с опорой на имплантаты, учитывая следующее: окклюзионный контакт должен приходиться на центральную ямку, при этом бугры должны быть не выражены, а окклюзионная поверхность несколько уменьшена.

В большинстве случаев окклюзионная перегрузка в боковых отделах челюстей возникает под действием латер-

ральной нагрузки и может привести к конструкционным нарушениям в имплантатах. Минимизация или устранение латеральных контактов позволяет значительно снизить риск перегрузки.

Во всех случаях необходимо выбирать дизайн протеза и определять положение имплантатов таким образом, чтобы окклюзионная нагрузка распределялась вдоль своей оси.

Факторы риска со стороны кости и имплантатов

К факторам риска со стороны кости и имплантатов относятся отсутствие хорошей первоначальной механической стабильности и ситуация, когда диаметр имплантата меньше, чем требуемый.

После операции важно оценить стабильность каждого имплантата в костном ложе, что позволит определить длительность периода интеграции, сроки протезирования и способность имплантатов выдерживать нагрузку.

Чрезмерно близко установление имплантатов как друг к другу, так и к естественному зубу приводит к резорбции кости и к их потере в будущем.

Если не удастся добиться хорошей первоначальной стабильности при установке имплантата, необходимо увеличить время до протезирования, а в последующем во время первоначального функционирования имплантат должен быть защищен от чрезмерной нагрузки. Отсутствие хорошей первоначальной стабильности считается фактором риска только в течение первого года после протезирования.

У имплантатов меньшего диаметра снижена способность переносить нагрузку в сравнении с имплантатами, имеющими больший диаметр. Таким образом, в задних отделах челюстей необходимо устанавливать имплантаты диаметром 4 мм. Использование в заднем отделе челюсти имплантата с узкой ортопедической платформой считается серьезным фактором риска. Применение в этих же условиях имплантата диаметром 3,75 мм со стандартной ортопедической платформой в комбинации с прочным винтом для фиксации абатментов соответствует средней степени риска.

Технологические факторы риска

К технологическим факторам риска относятся недостаточная припасовка протеза или неоптимальное винтовое соединение и цементная фиксация протезов.

Исследования, посвященные протезированию полностью челюстей, показали, что зачастую не удается добиться точной припасовки протеза к имплантатам. Сам по себе этот фактор не ведет к возникновению осложнений, поскольку обычно в таких ситуациях имеется достаточное количество имплантатов. Однако при протезировании концевых дефектов, где каждый имплантат имеет большое значение, недостаточная припасовка протеза или недостаточное усилие при завинчивании фиксирующего винта может привести к развитию осложнений. Таким образом, отсутствие точной припасовки и неконтролируемое завинчивание винта при протезировании концевых дефектов следует рассматривать в качестве факторов риска.

При цементной фиксации протеза очень важно добиваться высокой стабильности соединения абатментов с имплантатами при помощи винтов, затягивание которых необходимо контролировать динамометрическим ключом. В противном случае ситуация считается фактором риска, поскольку подтягивание винтов представляет значительные трудности.

В итоге отметим, что технологические факторы риска очень трудно выявить заранее. С целью снижения их возможности негативного влияния необходимо:

— пользоваться эффективными и стандартизированными методиками протезирования;

— использовать полированные ортопедические части;

— применять для завинчивания динамометрические инструменты.

Возможное возникновение перегрузки обычно проявляется соответствующими признаками еще до того момента осложнения, когда произойдет непосредственно повреждение. В случае развинчивания или перелома винта, недостаточно его просто подтянуть или заменить, необходимо выявить и устранить причину этого осложнения. Если этого не сделать, то такая же проблема может возникнуть вновь и привести в итоге к повреждению имплантата [11]. Поэтому при обнаружении тревожного симптома рекомендуется провести анализ упомянутых выше различных факторов биомеханического риска с целью изменения ситуации в направлении уменьшения или устранения чрезмерных факторов риска (например, устранение или укорочение консоли, модификация окклюзии, установка дополнительных имплантатов и т.д.).

Однако, несмотря на несомненные успехи, достигнутые в современной стоматологической имплантологии, имеются проблемы, которые требуют дальнейшего изучения и решения.

Остается открытым вопрос об альтернативном выборе материала для имплантата — общепринятые методики исследования индивидуальной совместимости *in vivo* et *in vitro* крайне трудоемки, продолжительны во времени, а иногда и мало информированы.

Не решены вопросы эффективных методов предоперационной подготовки, оптимальной тактики во время операции имплантации, не достаточно изучена проблема взаимоотношения макро- и микроорганизмов их альянса, взаимосвязи и изменчивости.

Мы провели анализ основных причин, способствующих возникновению ошибок и осложнений имплантологического лечения в клинике хирургической стоматологии, на основании комплексного клинического, судебно-медицинского, медико-правового исследования. Нами были изучены и проанализированы: амбулаторные карты стоматологических больных, заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз, проведенных отделением комиссионной судебно-медицинской экспертизы по гражданским и уголовным делам Бюро судебно-медицинской экспертизы Комитета здравоохранения г. Москвы по оп-

Распределение ошибок и осложнений по частоте встречаемости

Ошибки и осложнения	Доля (%)
1. Перфорация верхнечелюстных синусов	25
2. Перфорация нижнечелюстного канала	20
3. Некроз костной ткани	5
4. Несостоятельность швов	2
5. Воспалительный инфильтрат и нагноение послеоперационной раны	5
6. Частичное обнажение имплантата	15
7. Отторжение имплантата	8
8. Перелом шейки имплантата	5
9. Перелом винта фиксирующего головку (супраструктур) имплантата	7
10. Другие осложнения (отсутствие хорошей первоначальной механической стабильности, чрезмерно близко установление имплантатов как друг к другу, так и к естественному зубу, частые сколы и переломы протезов в результате окклюзионных факторов, установка имплантатов вне центральной линии протеза, наличие консольных единиц, большая высота коронок установленных на имплантат, недостаточная припасовка протеза на имплантат, микробная инвазия в периимплантационной области)	8

ределению судов и постановлениям правоохранительных органов, нормативные документы, регламентирующие правовые отношения врача и пациента. Также нами было проведено анонимное социологическое исследование 150 врачей стоматологов специализирующихся в имплантологии и 150 пациентов в различных медицинских стоматологических учреждениях г. Москвы. Вопрос ошибок и осложнений в практике стоматологической имплантации и исследования по усовершенствованию медицинской документации изучен недостаточно, особенно с точки зрения медико-правовых норм, что играет важную роль при возникновении конфликтов между врачом и пациентом.

Литература:

1. **Базикян Э.А.** Принципы прогнозирования и профилактики осложнений при дентальной имплантации (Клинико-лабораторные исследования): Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2001. — С. 250.
2. **Бойко Ю.Г., Силяева Н.Ф.** Клинико-анатомический анализ врачебных ошибок. — Минск, 1994. — 107 с.
3. **Вайнштейн Е.А., Ребров В.В., Матвеев Л.В., Шимова М.Е.** Профилактика осложнений после операции эндооссальной имплантации // Организация и профилактика в стоматологии: Материалы конференции стоматологов 14-15 апреля 1993 г. — Екатеринбург, 1993. — С. 162-165.
4. **Вайнштейн Е.А., Мальчикова Л.П., Шимова М.Е., Ребров В.В.** Профилактика осложнений, возникающих при введении эндооссальных имплантатов // Организация и профилактика в стоматологии: Материалы конференции стоматологов 14-15 апреля 1993 г. — Екатеринбург, 1993. — С. 160-162.
5. **Вигдерович В.А.** Прогнозирование результатов хирургического этапа дентальной имплантации: Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1991. — 163 с.
6. **Пашинян Г.А., Беляева Е.В., Зайцев В.В. и др.** К вопросу об ответственности медицинских работников по гражданским искам в случае ненадлежащего оказания стоматологической услуги // Сб. материалов научно-практической конференции «Судебно-стоматологическая экспертиза: состояние, перспективы развития и совершенствования». — М., 2001. — С. 116-118.
7. **Тян А.Р., Сидоров А.В.** Причины неудач в стоматологической имплантации // Новое в стоматологии. Спец. выпуск. — 1993. — № 3. — С. 26-28.
8. **Франк Ренуар., Бо Рангерт** Факторы риска в стоматологической имплантологии. — М., 2004. — С. 45-72.
9. **Benzing U., Gall H., Weber H.** Biomechanical aspects of two different implant-prosthetic concepts for edentulous maxillae // Int. J. Oral Maxillofacial Implants. — 1995. — №1. — P. 188-198.
10. **Borsh T., Persovski Z., Binderman I.** Mechanical properties of bone implant interface: An in vitro comparison of the parameters at placement and at 3 months // Int. J. Oral Maxillofacial Implants. — 1995. — №10. — P. 729-735.
11. **Brunski J.** Biomechanical factors affecting the bone-dental implant interface // Clin. Mater. — 1992. — №1. — P. 153-201.
12. **Gunne J., Rangert B., Glantz P.-O., Svensson A.** Functional loads on free-standing and connected implants in 3-unit mandibles bridges opposing complete dentures an in vivo study // Int. J. Oral Maxillofacial Implants. — 1997. — №12. — P. 335-341.
13. **Smith-Zarb., Adell-Lekholm, Persson et al.** Ätiologie, Diagnostik, Therapie und Prävention der Periimplantitis. — Frankfurt am Main, 1989. — P. 24-27.

© И.О. Печерей, П.О. Ромодановский, С.П. Завражнов, 2006
УДК 616.24 - 002.5+614.8-052

И.О. Печерей, П.О. Ромодановский, С.П. Завражнов

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Кафедра судебной медицины и медицинского права (зав. — проф. П.О. Ромодановский) МГМСУ

Кафедра фтизиатрии (зав. — проф. В.Ю. Мишин) МГМСУ

Произведена оценка своевременности, объёма и качества диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с туберкулёзом лёгких, выявленным при активном обращении больного за медицинской помощью в поликлинические учреждения. Выделены основные дефекты оказания медицинской помощи и их возможные правовые последствия.

Ключевые слова: выявление туберкулёза, обязательный диагностический минимум, оценка качества медицинской помощи, дефект оказания медицинской помощи.

EXPERT ESTIMATION OF DEFECTS RENDERING MEDICAL AID AT REVEALING THE PULMONAL TUBERCULOSIS IN POLYCLINIC CONDITIONS

I.O. Pecherey, P.O. Romodanovsky, S.P. Zavrazhnov

The estimation of timeliness, volume and quality of diagnostic and medical actions at patients with pulmonary tuberculosis, revealed is made at the active reference (manipulation) of the patient behind medical aid in polyclinic establishments. The basic defects of rendering medical aid and their possible legal consequences are allocated.

Key words: revealing of tuberculosis, an obligatory diagnostic minimum, an estimation of quality medical aid, defect of rendering medical aid.

Одной из значительных и серьёзных проблем здравоохранения Российской Федерации за последние 15 лет стал рост заболеваемости туберкулёзом [6, 7]. По данным Госкомстата только в Москве в 2005 году зарегистрировано

Результаты, распределения ошибок и осложнений по частоте встречаемости, полученные нами в ходе проведенного исследования представлены в таблице.

Анализ основных причин, способствующих возникновению ошибок и осложнений имплантологического лечения в клинике хирургической стоматологии, на основании комплексного клинического, судебно-медицинского, медико-правового исследования поможет врача обращать особое внимание на наиболее частые ошибки и осложнения и тем самым уменьшить, как причины, так и сами ошибки, возникающие на разных этапах имплантологического лечения.

890 случаев смерти от туберкулёза (территориальный показатель смертности составил 8,5 на 100 тыс. населения). Из них 89 человек (10,0%) умерло неизвестными при жизни противотуберкулёзным диспансерам. Эти данные свиде-