

Ю.М. Максимовский,
Л.Н. Максимовская,
В.Д. Вагнер, Э.Э. Байрамов



АНТОЛОГИЯ КОНФЛИКТА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Под редакцией
профессора Л.Н. Максимовской*



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

СОДЕРЖАНИЕ

Авторский коллектив	6
Введение	7
Жалоба — конфликт — суд? Конфликт — жалоба — суд	10
Организационные ошибки — причины конфликта	37
Ошибки категории А	41
А1. Расположение кабинетов и помещений клиник	41
А2. Организация работы регистратуры	49
А3. Организация документооборота и оплаты услуг	53
А4. Разграничение должностных обязанностей	58
Ошибки категории Б	62
Б1. Несоблюдение правил деонтологии	62
Б2. Нарушение правил асептики	71
Б3. Системный подход к организации рабочего места	78
Б4. Грамотное достаточное информирование пациента и потребителя	80
Б5. Ведение медицинской документации	81
Ненадлежащее качество — причина конфликта	84
Ошибки и осложнения при проведении местного обезболивания	88
Осложнения и ошибки при лечении кариеса	91
Осложнения и ошибки в эндодонтии	94
Ошибки и осложнения при хирургических вмешательствах	104
Осложнения и ошибки при проведении ортодонтического лечения	106
Ошибки и осложнения при ортопедическом лечении и изготовлении зубных протезов	107
Права врача	116
Заключение	124
Законодательные и нормативные правовые акты	125
Список литературы	126

НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ КАЧЕСТВО — ПРИЧИНА КОНФЛИКТА

Каждый гражданин имеет полное право на медицинскую помощь, включая и стоматологическую, надлежащего качества. Это его право прописано законами «О защите прав потребителей», «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В современной трактовке медицинская помощь рассматривается как вид деятельности, направленной на оздоровление и лечение пациентов и осуществляемой профессионально подготовленными специалистами в соответствии с действующим законодательством. Медицинская помощь представляет собой определенную совокупность медицинских услуг. Это положение отражено в Гражданском кодексе РФ (ст. 779 ГК).

Что же такое надлежащее качество медицинской помощи?

Это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям и современному уровню медицинской науки и технологии.

Качество медицинской помощи является характеристикой, отражающей степень адекватности медицинских технологий, выбранных для достижения поставленной цели и соблюдения правил выполнения конкретных мероприятий, входящих в ту или иную технологию. В этом определении «медицинские технологии» представляют собой совокупность выполнения диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических и иных мероприятий, необходимых для достижения конкретных результатов (Леонтьев В.К., Максимовский Ю.М., Бутова В.Г. и др., 2006).

На практике нередко возникают ситуации, когда лечебные мероприятия не приводят к желаемому эффекту и могут быть связаны с врачебными ошибками, так или иначе повлиявшими на процесс и результат лечения. При этом пациенты часто склонны объяснять отсутствие качественного лечения неправильными действиями врачей-

стоматологов. Это является основанием для их жалоб и обращений в органы управления здравоохранением, прокуратуру, суд. Возникающие споры в подобных случаях, как правило, разрешаются на уровне ведомственного разбирательства или в суде. В конечном результате предъявляемые жалобы в обязательном порядке проходят экспертизу качества стоматологической помощи.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в формах государственного, ведомственного контроля и внутреннего контроля путем:

- 1) соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;
- 2) определения показателей качества деятельности медицинских организаций;
- 3) соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;
- 4) создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;
- 5) создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонализированный учет при осуществлении медицинской деятельности (ст. 87 Закона № 323-ФЗ).

Органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с требованиями к его организации и проведению, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (ст. 90 Закона № 323-ФЗ).

По сути, ведомственный контроль качества является функцией органов управления здравоохранением. Он определяет степень ответственности фактических показателей качества установленным требованиям (клиническим рекомендациям, стандартам, нормативам).

Основной задачей ведомственного контроля является обеспечение прав пациента на получение необходимой медицинской помощи в достаточном объеме и надлежащего качества.

Система ведомственного контроля качества стоматологической помощи осуществляется должностными лицами, специалистами Росздравнадзора, представителями территориальных управлений Росздравнадзора, Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, специалистами территориальных управлений данной службы, главными специалистами и должностными лицами органов управления здравоохранением. При необходимости для экспертизы могут привлекаться сотрудники вузов, НИИ и других учреждений.

В стоматологических медицинских организациях экспертиза качества входит в обязанности заведующих отделениями (первая ступень экспертизы), заместителей руководителя по экспертной или лечебной работе (вторая ступень), клинико-экспертных комиссий (третья ступень).

Экспертиза процесса оказания стоматологической помощи при отдельных оконченных случаях лечения проводится по материалам медицинской документации (медицинской карте стоматологического больного и др.).

Экспертиза качества стоматологической помощи может проводиться в плановом порядке, а также при наличии жалоб пациентов на объем, качество и условия оказания. При оценке качества стоматологической помощи конкретному пациенту используются клинические рекомендации, стандарты, которые должны содержать унифицированные эталоны гарантированного набора и объема диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, а также требования к срокам, результатам лечения конкретных форм заболеваний.

Анализ анкетирования врачей-стоматологов, заведующих отделениями показал, что непосредственная работа по организации и контролю качества лечебно-диагностического процесса у большинства заведующих терапевтическим отделением занимает 62% ежедневного рабочего времени (рекомендовано 80%), у заместителя главного врача по клинико-экспертной работе — около 34% (Леонтьев В.К., Максимовский Ю.М., Бутова В.Г. и др., 2006).

В целях усиления контроля качества оказания стоматологической (терапевтической, хирургической и ортодонтической) помощи Комитетом здравоохранения г. Москвы был издан приказ от 13.12.2001 № 544 «Об организации городской комиссии по экспертизе качества оказания стоматологической помощи взрослому и детскому населению». В положении о работе этой комиссии говорится, что она организует прием пациента по личному заявлению либо по направлению главного внештатного специалиста по стоматологии административного округа, либо непосредственно из стоматологических организаций независимо от формы их собственности. Комиссия проводит экспертизу качества оказания стоматологической помощи и определяет причины некачественного проведения лечения.

Экспертная оценка стоматологического лечения в обязательном порядке проводится комиссией в присутствии пациента, лечащего врача, а также заместителя главного врача по медицинской части, в отдельных случаях с участием главного врача. Комиссия изучает все аспекты проведенного лечения, дает рекомендации по коррекции проводимого лечения, определяет нарушения в ведении пациента и дает ему на руки заключение. Комиссия может рекомендовать пациенту стоматологическую медицинскую организацию в системе Департамента здравоохранения для дальнейшего лечения. За объективность результатов проводимой экспертизы комиссия несет ответственность.

В комиссию по экспертизе качества оказания стоматологической помощи взрослому и детскому населению Департамента здравоохранения города Москвы обращаются пациенты по профилям «терапия», «хирургия» и «ортодонтия». Анализ обращений пациентов в экспертную комиссию показывает, что большое количество жалоб приходится на эндодонтическое лечение (34,5%). Относительно лечения кариеса (выпадение пломб, изменение цвета пломбы) жалуется 7,4% обратившихся в комиссию. Жалобы на недостатки ортодонтического лечения предъявляют 4,2% пациентов, 11,7% пациентов обращаются с жалобами на результаты хирургического лечения. Многие пациенты часто обращаются в комиссию за консультацией.

Ошибки и осложнения при проведении местного обезболивания

Возникновение побочных эффектов при проведении местной анестезии зависит от правильного выбора анестетика, его дозы, метода местного обезболивания, количества инъекций, а также реакции соматического и психоэмоционального состояния пациента на местные анестетики (Зорян Е.В., Рабинович С.А., Матвеева Е.Г., 2007; Максимовский Ю.М., Лазебник Л.Б. и др., 1999).

Все виды осложнений, связанные с использованием местного обезболивания при стоматологических вмешательствах, делятся на две группы: местные и системные.

Нарушения техники выполнения анестезии приводят к местным осложнениям, которые проявляются в месте введения. Системные осложнения обусловлены непереносимостью анестетиков или психогенной реакцией на их введение, неправильным выбором препарата или его дозировки, а также внутрисосудистым введением раствора.

Местные осложнения

Поломка иглы — может произойти в результате неожиданного для врача резкого движения пациента во время введения иглы в мягкие ткани или при ее соприкосновении с костью челюсти. Следует отметить, что поломка иглы при использовании одноразовых стоматологических игл для инъекций во рту в настоящее время встречается очень редко.

Боль и жжение при инъекции — может возникнуть при введении растворов местных анестетиков, имеющих низкий рН; чем ниже рН раствора анестетика, тем болезненнее его введение. Такой раствор анестетика надо вводить медленно, особенно первые порции препарата. Для предупреждения возникновения местных осложнений растворы местных анестетиков, содержащие вазоконстрикторы, рекомендуется также медленно вводить в ткани.

Остаточная анестезия (парестезия) — травма нерва иглой при проведении анестезии, симптомы которой проходят в течение 2–2,5 мес. Наиболее часто наблюдается парестезия языка и подбородочной области при проведении мандибулярной анестезии. При проведении анестезии может наблюдаться блокада лицевого нерва, что

приводит к парезу мышц, сопровождающемуся отвисанием нижней губы и птозом века.

Тризм — спазм жевательной мускулатуры — часто развивается при проведении местного обезболивания и может быть обусловлен травмой кровеносных сосудов или мышцы, кровотечением и инфицированием. Тризм, как правило, развивается в первые дни после вмешательства и проходит в течение недели.

Гематома — выход крови в мягкие ткани в результате повреждение сосуда иглой, особенно при проведении проводниковой анестезии.

Повреждение и некроз тканей — результат быстрого введения местного анестезирующего раствора с инфильтрацией тканей под давлением. Часто такое осложнение можно наблюдать в области твердого нёба, где слизистая оболочка непосредственно прилегает к кости. Использование вазоконстриктора при проведении анестезии на нёбе ухудшает трофику тканей.

Пациентка К., 55 лет. Жалобы на затрудненное и болезненное открывание рта, а также боль и припухлость на десне в области зубов 45 и 46. Из анамнеза: пациентка три дня назад лечила зубы 46 и 47 по поводу кариеса под анестезией. Осмотр показал болезненное открывание рта и наличие гиперемии с эрозией на слизистой оболочке десны в области зубов 45 и 46. Поверхность эрозии покрыта белесоватым налетом. Из расспроса пациентки установлено, что врач делал ей 2 укола. Мы предположили, что врач лечил кариес зубов под мандибулярной анестезией с добавлением анестезирующего раствора по переходной складке в области зубов 45 и 46. При добавлении анестетика врач вколол иглу не в область переходной складки, а в десну и отслоил слизисто-надкостничный участок, вызвав ишемию ткани. Это привело к нарушению трофики в этом участке слизистой оболочки десны и к ее повреждению. Болезненность при открывании рта произошла из-за травмы иглой крылонёбной мышцы. Пациентке было назначено антисептическое полоскание рта и аппликации дентального геля «Солкосерил» 6 раз в день. Через 3 сут самочувствие пациентки улучшилось, проявления во рту прошли.

Инфекция — использование плохо стерилизованных инструментов — может привести к перекрестному инфицированию пациента и

врача. Профилактика инфицирования сводится к смене иглы после каждого пациента и закрытию ее колпачком, если инъекция откладывается. В настоящее время применяется аппарат для утилизации использованных игл для профилактики инфицирования врача при случайной травме иглой после проведенной анестезии.

Системные осложнения

Аллергическая реакция — повышенная чувствительность пациента, возникающая не только на местные анестетики, но и на другие компоненты раствора (консерванты, стабилизаторы и др.). Аллергия на анестетики может проявляться локализованными кожными реакциями (эритема, отек, зуд) и генерализованными кожными реакциями (крапивница, сыпь, ангионевротический отек, реже — бронхоспазм, отек гортани, диспноэ, анафилактический шок). В продромальном периоде пациент чувствует слабость, одышку, головокружение, озноб или жар. Иногда может проявиться тошнота или рвота. Аллергические реакции на введение местного анестетика могут развиваться почти мгновенно или через некоторое время.

Комиссии по экспертизе качества оказания стоматологической помощи пришлось рассматривать жалобу матери пациента, который умер после посещения кабинета врача-стоматолога.

***Пациент Л.**, 32 года, обратился в одну из коммерческих стоматологических организаций. Он жаловался на сильные ноющие боли в области зуба 36. При осмотре рта — зуб сильно разрушен, перкуссия и пальпация по переходной складке болезненны. На рентгенограмме определяется очаг разряжения у верхушек 2 корней причинного зуба. Диагноз «обострение хронического верхушечного периодонтита зуба 36». Врач-стоматолог-хирург предложил пациенту удалить зуб. Пациент дал согласие. Пациенту была сделана проводниковая анестезия 4% раствором убистезина, после этого зуб 36 удалили. Через 30 мин пациент покинул медицинскую организацию в добром здравии. Пациент умер дома через 2 ч после удаления зуба. Экспертиза установила, что смерть наступила в результате отсроченной аллергической реакции на местный анестетик. К врачу претензий не было, так как никаких проявлений аллергической реакции в период нахождения пациента в медицинской организации отмечено не было.*

Психогенная реакция — нервно-психическое перенапряжение пациента, которое приводит к потере сознания (обмороку). Обморок (syncope) — кратковременная, внезапная потеря сознания, обусловленная острым малокровием головного мозга. Страх пациента перед стоматологическими вмешательствами создает психогенную реакцию. Обморок обычно возникает у лиц с пониженным сосудистым тонусом при склонности к гипотензии и вестибулярным нарушениям. Клиническая картина обморока складывается из ряда субъективных и объективных признаков. К первым относятся: внезапная общая слабость и ощущение «дурноты», звон в ушах и тошнота. Пациент теряет сознание и падает. Ко вторым относятся: резкая бледность, капли пота на лбу, похолодание конечностей, спадание видимых вен, малый и редкий пульс, резкое падение артериального давления, дыхание становится поверхностным, зрачки сужены и конъюнктивальный рефлекс отсутствует. Длительность обморока от нескольких секунд до нескольких минут.

Осложнения и ошибки при лечении кариеса

Ошибки и осложнения встречаются как во время, так и в различные сроки после лечения кариеса зубов и, к сожалению, достаточно часто. Они довольно многочисленны. Основные причины их — небрежная работа врача и недостаточные мануальные навыки.

Случайное вскрытие полости зуба во время препарирования характеризуется резкой болью и появлением капли крови. Это происходит в результате незнания топографии полости зуба, работы «вслепую» при недостаточном иссечении нависающих краев входного отверстия кариозной полости, а также неосторожной работы турбиной на дне глубокой полости. В таких случаях лечение проводят так же, как при травматическом пульпите.

Перфорация стенки кариозной полости зуба происходит во время препарирования из-за того, что предварительно не удалены нависающие края. Хорошее знание толщины стенок зуба и четкая ориентация в отношении каждой стенки полости являются обязательными условиями профилактики перфорации стенки.

Отлом стенки кариозной полости приводит к дефекту коронковой части зуба. Причиной отлома часто являются истончение

твердых тканей зуба в результате кариеса, а также рычагообразные движения инструмента — бора или экскаватора. Дефект, связанный с отломом, устраняют формированием полости с уступом и исправлением дефекта вкладкой либо пломбировочным материалом. Заключается в полном иссечении эмали, не имеющей дентинной опоры, а также в исключении рычагообразных движений инструментом при препарировании, что является профилактикой такого осложнения.

Повреждение бором соседнего зуба наблюдается часто при обработке кариозной полости класса II и III по Блеку. Повреждению соседних зубов способствует их скученность. Степень повреждения твердых тканей зуба определяет объем вмешательств по устранению этого осложнения.

При повреждении поверхностных слоев эмали, когда образовавшийся дефект не имеет выраженных краев, достаточно реминерализующей терапии и покрытия зуба фтористым лаком.

При образовании дефекта в пределах эмали с выраженными краями проводят сглаживание и полирование этих краев, затем поверхность дефекта покрывают фтористым лаком. Если образовавшийся вследствие травмы дефект достиг дентиноэмалевого соединения, формируют полость и пломбируют ее. Для профилактики такого рода повреждения кариозные полости, локализующиеся на аппроксимальных поверхностях зубов, при обработке необходимо выводить на жевательную (либо небную, язычную) поверхность.

Вторичный, или рецидивирующий, кариес — это появление кариозной полости рядом с ранее наложенной пломбой. Наблюдается при неправильном препарировании полости или нарушении техники пломбирования. Наиболее частая причина — недостаточное удаление некротических масс со дна и стенок кариозной полости (часто при плохом раскрытии кариозной полости). Неправильное наложение изолирующей прокладки, доходящей до поверхности эмали, также может быть причиной такого осложнения.

Лечение заключается в удалении существующей пломбы, препарировании полости с соблюдением всех правил и наложении новой пломбы.

Воспаление и некроз пульпы могут возникнуть в результате травматичной обработки дна кариозной полости, ожога пульпы при препарировании борами твердых тканей зуба на больших оборотах без

водяного охлаждения и обработки полости сильными антисептиками. После пломбирования силикатным цементом, композитными материалами химического отверждения данные осложнения возможны вследствие нарушения правила наложения изолирующей прокладки. Лечение проводят так же, как при пульпите и периодонтите.

Воспаление межзубного сосочка и резорбция костной ткани межзубной перегородки возникают вследствие постоянного скопления пищи в межзубном промежутке (отсутствие контактного пункта) или создания нависающего края пломбы. Необходимо повторное пломбирование с использованием контурной матрицы для создания контактного пункта на уровне экватора. Для плотного прижатия матрицы к поверхности зуба следует использовать межзубные клинья. В некоторых случаях возникает необходимость изготовления вкладок или спаянных коронок (рис. 2).



Рис. 2. Нависающие края пломбы (резорбция костной ткани межзубной перегородки)

Выпадение пломбы — это осложнение может возникнуть сразу или спустя некоторое время после наложения пломбы. Такое осложнение возникает в результате нарушения целого комплекса последовательных действий, связанных с восстановлением анатомической целостности зуба пломбой. Сюда входят неправильное препарирование и формирование полости, игнорирование создания ретенционных пунктов. Неадекватный выбор пломбировочного материала, использование несовместимых адгезионных систем и нарушения технологии пломбирования, особенно неполного высушивания полости, также способствуют раннему выпадению пломбы. Необхо-

димо провести пломбирование полости заново с соблюдением всех принципов и правил, обратив внимание на изоляцию зуба от ротовой жидкости и мощность полимеризационной лампы.

Изменение цвета зуба после пломбирования (реставрации) возникает вследствие врачебных ошибок: несоответствия цветовой гаммы пломбировочного материала цвету зуба; наложения эмалевого слоя без использования опака, имитирующего слой дентина. Отсутствие скоса эмали приводит к появлению контуров полости. Недостаточная конденсация слоев композита приводит к появлению белых нитей на поверхности пломбы. Не полностью удаленный кариозный дентин при плохо наложенных изолирующей прокладке и опак-овом слое может выделяться на фоне пломбы. Все указанные ошибки устраняются наложением новой, соответствующей цвету зуба пломбы или реставрацией.

Осложнения и ошибки в эндодонтии

Применение биологического метода при обобщающем диагнозе «пульпит» — отказ от дифференцирования форм воспаления пульпы и, как следствие, неправильный выбор метода лечения приводят к неблагоприятному исходу в большом проценте случаев. Ошибка в определении формы пульпита может сопровождаться некрозом всей пульпы с последующим развитием воспаления верхушечного периодонта. Предупредить осложнения можно путем эндодонтического удаления пульпы, обработки каналов и их пломбирования (рис. 3).

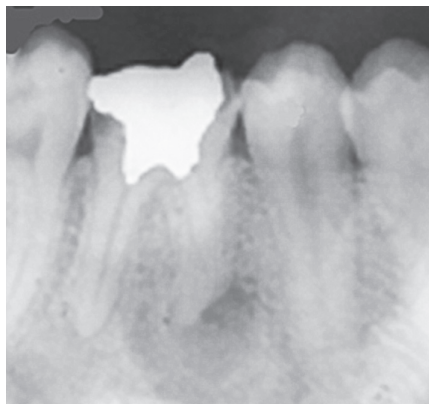


Рис. 3. Хронический периодонтит, возникший в результате лечения пульпита методом витальной ампутации при обобщающем диагнозе «пульпит»

Некроз десны и даже межзубных костных перегородок — негерметичная дентинная повязка, закрывающая мышьяковистую пасту.

Некроз костной ткани челюсти — неоднократное наложение мышьяковистой пасты.

Ожог и некроз дентина — отсутствие охлаждения и длительная работа бором с большим давлением на него.

Перфорации полости зуба и повреждения пульпы — удаление некротизированного дентина бором маленького размера с большим давлением на него.

Перфорация стенки или дна полости зуба — незнание толщины стенок коронки зуба, плохая ориентация и обзорности полости, неправильное направление бора и отсутствие контроля глубины введения бора. Необходимо сделать контрольный рентгенологический снимок с предварительным введением в перфорацию гуттаперчевого штифта для контраста (рис. 4 и 5).

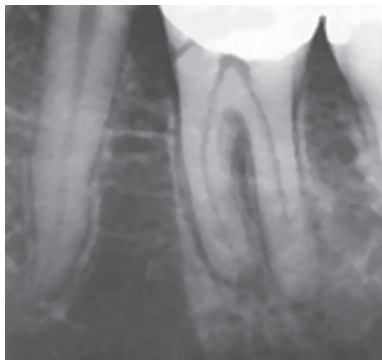


Рис. 4. Перфорация стенки коронки зуба



Рис. 5. Перфорация стенки коронки зуба

Чрезмерное расширение канала — активная работа агрессивными инструментами большого диаметра, а также работа в искривленном канале недостаточно изогнутыми инструментами (рис. 6).

Блокада просвета канала дентинными опилками — недостаточное промывание канала, нарушение последовательности применения эндодонтических инструментов.

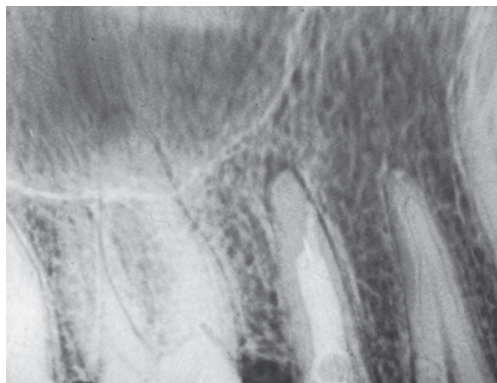


Рис. 6. Чрезмерное расширение канала зуба 25

Перфорация стенки корня — прохождение канала инструментом с агрессивной верхушкой в неправильном направлении (без предварительного изгиба), блокада просвета канала дентинными опилками. Работа недостаточно изогнутыми инструментами в искривленном канале может привести к перфорации стенки файлом по малой кривизне (рис. 7).

Апикальная перфорация стенки корневого канала — результат использования ручных или машинных инструментов с агрессивной верхушкой с приложением значительного усилия без предварительного изгиба по кривизне канала, блокада просвета апикальной части канала дентинными опилками.

Чрезмерное расширение апикального отверстия — неверное определение рабочей длины канала. Необходимо в процессе механической обработки канала дополнительно измерять рабочую длину. Выпрямление канала приводит к проваливанию файлов за пределы рабочей длины (рис. 8 и 9).

Отлом инструмента в различных частях корневого канала — результат использования деформированных, непригодных инструментов, длительная работа одним и тем же инструментом. Применение избыточного усилия или поворот инструмента на больший угол при отсутствии прямого доступа к каналу приводит к его отлому. К отлому инструмента приводит также работа в сухом канале и использование не эндодонтического наконечника. При отломе инструмента в устьевой или средней части канала можно попытаться

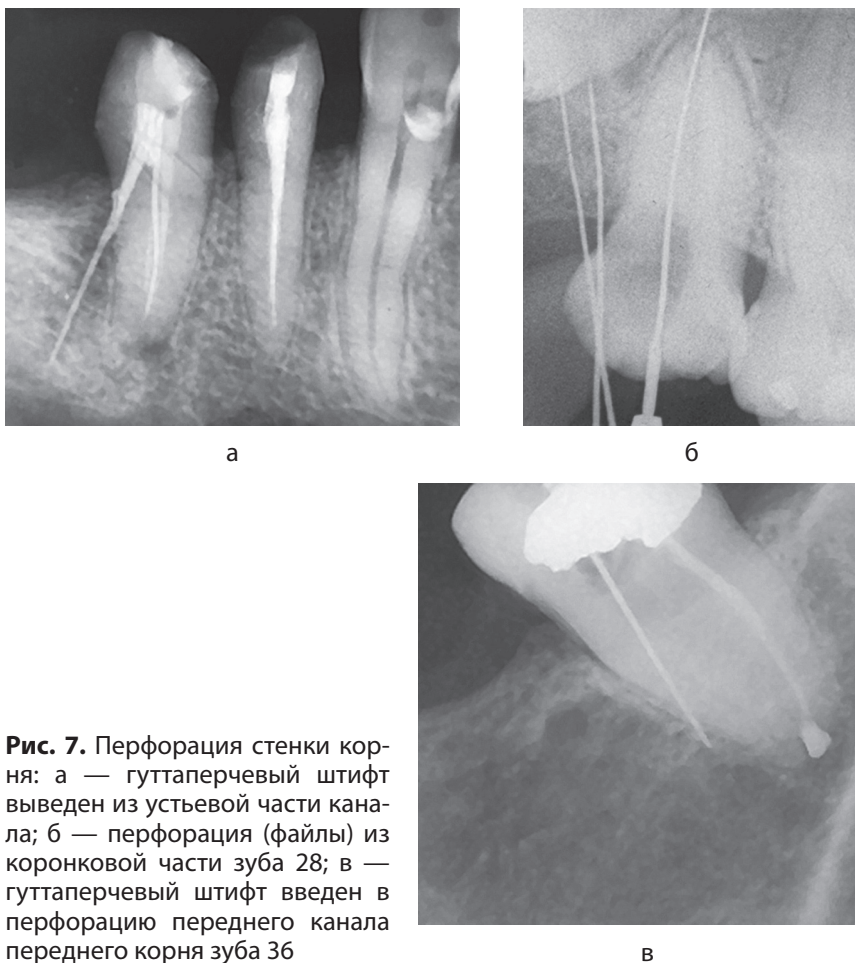


Рис. 7. Перфорация стенки корня: а — гуттаперчевый штифт выведен из устьевого части канала; б — перфорация (файлы) из коронковой части зуба 28; в — гуттаперчевый штифт введен в перфорацию переднего канала переднего корня зуба 36

его извлечь с использованием инструментов для удаления отломков. Извлечение отломка инструмента и апикальной части канала невозможно. В этом случае следует использовать хирургический метод удаления отломка (рис. 10–13).

Механическая травма, ожог периодонта — неконтролируемое выведение инструмента за пределы канала и нарушение технологии использования диатермокоагулятора (рис. 14).



Рис. 8. Чрезмерное расширение апикального отверстия в каналах переднего и заднего корней зуба 36



Рис. 9. Чрезмерное расширение апикального отверстия в канале заднего корня, каналы переднего корня запломбированы только в устьях зуба 46



Рис. 10. Фрагмент каналонаполнителя в канале зуба 44 и выведение гуттаперчевого штифта за верхушку переднего корня зуба 46



Рис. 11. Фрагменты инструментов в каналах переднего корня зуба 46 с выведением их за пределы корня

Подкожная эмфизема — высушивание канала с применением воздушного пистолета.

Пример

Пациентка М., 32 года, обратилась с жалобами на некачественные действия врача при лечении зуба. Пациентка пришла на прием к врачу-стоматологу по поводу лечения пульпита зуба 13.

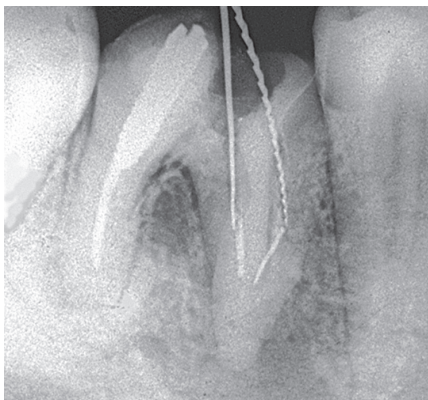


Рис. 12. Два фрагмента инструментов в каналах переднего корня зуба 36

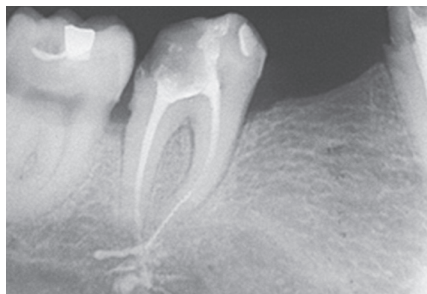


Рис. 13. Фрагмент инструмента в канале заднего корня и выведение пломбировочного материала за верхушку корней зуба 37



Рис. 14. Механическая травма периодонта с проникновением в верхнечелюстную пазуху

Врач под анестезией провел раскрытие полости зуба и удаление пульпы. После медикаментозной и механической обработки корневого канала перед пломбированием врач из воздушного пистолета произвел высушивание канала. Сразу же после этого у пациентки образовалась припухлость в подглазничной области справа плотной консистенции с крепитацией. Пациентка была госпитализирована вследствие образования припухлости в области зубов 12 и 13.

Выведение за пределы корневого канала пасты или силера — это, как правило, наблюдается при неверном определении рабочей длины канала, а также при заполнении канала одной пастой или введении большого количества силера с избыточным давлением на пломбировочный материал (каналонаполнитель) (рис. 15–19).

Выведение гуттаперчевого штифта за пределы канала — неверное определение рабочей длины зуба, отсутствие упора у верхушечного отверстия, неправильная подгонка гуттаперчевого штифта (выведение за апикальное сужение) (рис. 20).



Рис. 15. Выведение за пределы корневого канала зуба 21 пломбировочного материала

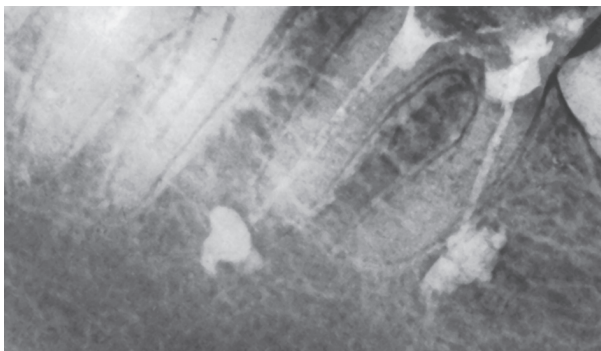


Рис. 16. Выведение за пределы корневых каналов пасты через апикальное отверстие и через перфорацию в канале заднего корня зуба 47



Рис. 17. Выведение за пределы корневого канала пасты через перфорацию дна коронковой полости зуба 26

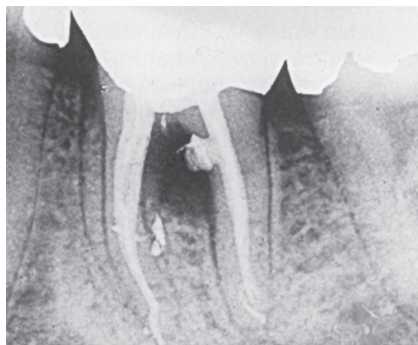


Рис. 18. Выведение за пределы корневого канала пасты через перфорацию устьевой его части



Рис. 19. Зуб 13. Выведение пасты за пределы корневого канала через перфорацию его стенки с фрагментом инструмента в канале

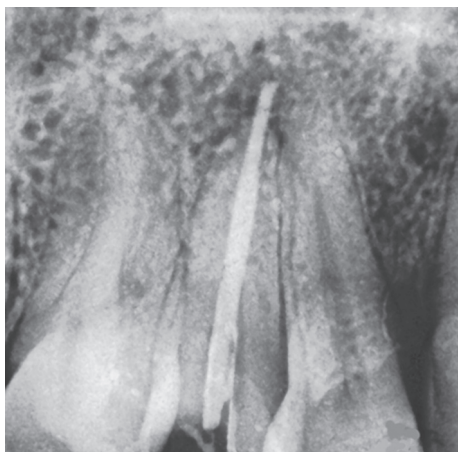


Рис. 20. Выведение гуттаперчевого штифта за пределы канала

Недостаточная obtурация канала — неверное определение длины канала, недостаточное его расширение, погрешности в технике obtурации и неправильная подгонка штифта (не доходит до апикального сужения). Отсутствие постоянного контроля прохождения

корневого канала является одной из причин плохого его заполнения (рис. 21–23).

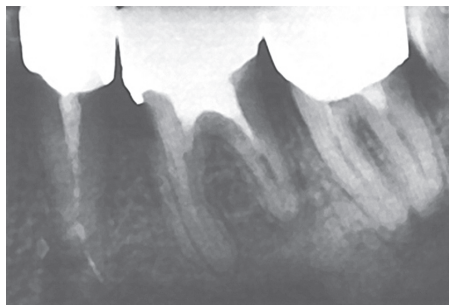


Рис. 21. Недостаточная obturation корневых каналов зуба 46

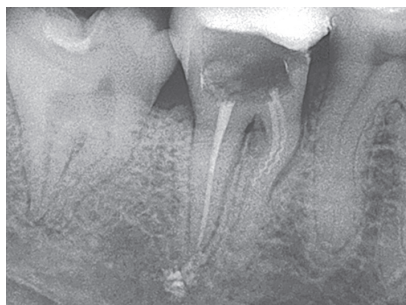


Рис. 22. Каналы переднего корня зуба 37 частично obturированы гуттаперчевыми штифтами

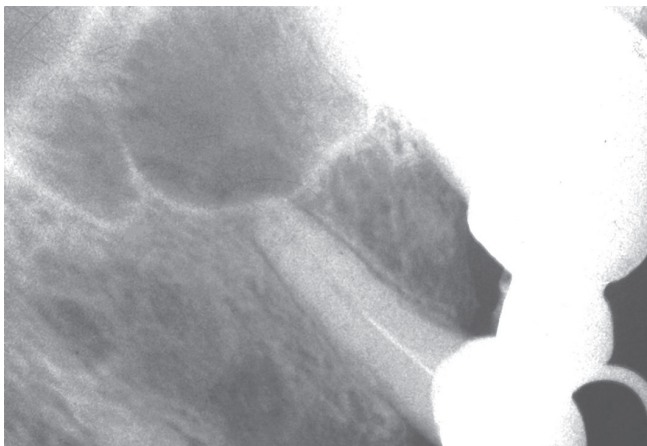


Рис. 23. Корневой канал опорного зуба под мостовидным протезом запломбирован на 1/2 длины

Продольный перелом корня — чрезмерное истончение стенок канала, сильное давление на спредер при латеральной конденсации и большое усилие при установке анкерного штифта (рис. 24).

Невропатия нижнего альвеолярного нерва вследствие его сдавления или раздражения в нижнечелюстном канале пломбировоч-

ным материалом из корневого канала — неправильное определение рабочей длины зуба, отсутствие апикального упора, использование каналонаполнителя, чрезмерное давление на пломбировочный материал (рис. 25 и 26).



Рис. 24. Продольный перелом заднего корня зуба 46



Рис. 25. Зуб 36. Выведение резорцин-формалиновой пасты в нижнечелюстной канал



Рис. 26. Зуб 47. Выведение резорцин-формалиновой пасты в нижнечелюстной канал

Пример

Пациентка Х., 50 лет, лечилась в стоматологическом отделении одной из многопрофильных поликлиник по поводу пульпита зуба 36 под анестезией. При пломбировании заднего корневого канала резорцин-формалиновой пастой часть материала была выведена за верхушку корня с проникновением в нижнечелюстной канал. В процессе подготовки к пломбированию не было проведено определение рабочей длины канала. Врач применил каналонаполнитель для введения пасты в корневой канал. Контрольный рентгеновский снимок сделан не был. У пациентки развились сильные боли, потеря чувствительности в подбородочной области и нижней губе слева. На рентгенограмме было отмечено выведение пасты в нижнечелюстной канал до 0,5 см в обе стороны от верхушки корня. Паста лежала на нижнечелюстном нерве. Пациентке была сделана хирургическая операция по удалению пломбировочного материала из нижнечелюстного канала, проведен курс физиотерапевтического лечения. Через 6 мес чувствительность в нижней губе и подбородочной области стала восстанавливаться.

Постпломбировочные боли — проталкивание инфицированного материала за верхушку, неполное заполнение канала или избыточное его выведение. Обязательно следует делать рентгенологический контроль законченного случая пломбирования корневого канала.

Ошибки и осложнения при хирургических вмешательствах

Осложнения на хирургическом приеме в основном сводятся к альвеолитам, острым краям лунок альвеол после удаления зубов, удалению в одно посещение большого количества зубов (5–10) или удалению не «причинного» зуба.

Обращаются пациенты с жалобами на переломы нижней челюсти при удалении «зуба мудрости» и образование соустья с верхнечелюстным синусом.

Нередки случаи несвоевременного удаления «причинного» зуба.

Комиссия разбирала причину смерти пациента после удаления зуба 48.