

УДК: 616-08-06:614.253: 616.31-089

В.М.Кулигіна, О.А. Тарасенко, Т.О.Гуменюк

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРАКТЕРУ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗУБІВ НА ОСНОВІ ВИВЧЕННЯ ЗАПИСІВ У МЕДИЧНІЙ КАРТЦІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вступ

Аналіз ускладнень у практиці терапевтичної стоматології свідчить, що оцінка якості ендодонтичного лікування залежить від точної та достовірної інформації [1]. Основним джерелом отримання всебічної інформації про стоматологічного пацієнта, діагностично-лікувальні заходи, побічну дію та ускладнення є лікарська документація – медична картка стоматологічного хворого [2]. Цей документ складається з двох частин: паспортної і медичної. У медичну частину лікар заносить дані опитування, огляду, клінічних та додаткових методів обстеження. Ретельність її заповнення дуже важлива для оцінки дій лікаря.

Аналіз медичної документації дозволяє детально та достовірно оцінити об'єктивні фактори, що призвели до розвитку ускладнень у ендодонтичній практиці. Відсутність повноцінної документації не дає можливості оцінити правильність проведеного лікування кореневої системи зубів. Крім того, за неповними та недбайливими записами в медичній картці стоматологічного хворого важко зробити конкретні висновки про перебіг хвороби та його вплив на досягнення несприятливого результату лікування. Отже, стоматологічна картка є офіційним документом, який має діагностично-лікувальне, науково-практичне і юридичне значення. Дані літератури свідчать, що лікарі - стоматологи не приділяють належної уваги веденню медичної документації [3].

Тому **метою** нашого дослідження стала оцінка результатів ендодонтичного лікування зубів на основі вивчення записів лікарів у медичних картках стоматологічних хворих.

Матеріали та методи

З метою всебічного дослідження ускладнень у практиці ендодонтичного лікування зубів проведений аналіз 1028 записів у медичних картках стоматологічного хворого в період 2000-2009 рр. при діагностиці та лікуванні ускладненого карієсу (пульпіту і періодонтиту) в медичних закладах: Міський клінічний стоматологічний центр м. Вінниці , Немирівська центральна районна лікарня Вінницької області, комунальний лікувально - профілактичний заклад „Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка”, комунальне підприємство „Євпаторійська міська стоматологічна поліклініка”, клінічна база кафедри терапевтичної стоматології ВНМУ ім. М. І. Пирогова, Товариство з обмеженою відповідальністю „Вітадент” м. Чернігова і „Дентал” м. Євпаторії. З цією метою ми розробили тематичну карту (Додаток 1) із використанням системи угруповань узагальнюючих показників. У структурі картки передбачено 8 розділів, які охоплюють усі питання на етапі дослідження і лікування хворого з енто – періодонтальними проблемами.

У першому розділі (1-13 пункти) представлені дані про якість заповнення медичної картки стоматологічного хворого, відповідність діагностики і обраного методу лікування клінічному перебігу хвороби. Другий розділ (пункти 14-17) висвітлює стан поверхні коронки зуба на об’єктивному обстеженні, що проводить лікар. Дані 3 і 4 розділів (відповідно пункти 18-24 і 25-28) розкривають структуру хвороб пульпи та періодонта і методи лікування.

У 5 і 6 розділах тематичної картки (пункти 29-33, 36-42) указані обрані методи obturaції кореневих каналів і пломбування каріозних порожнин.

7 розділ (пункти 43-59) присвячений ускладненням у процесі та після ендодонтичного лікування зубів, а 8 (пункти 60-76) – причинам видалення ендодонтично пролікованих зубів і визначенням якості лікування в найближчі та віддаленні терміни спостереження хворих.

Ураховуючи те, що вищевказані заклади по-різному оснащені приладами та матеріалами для проведення ендодонтичних маніпуляцій, проведений порівняльний аналіз якості ендодонтичного лікування між закладами державної форми власності (Міський клінічний стоматологічний центр м. Вінниці, Немирівська центральна районна лікарня Вінницької області, комунальний лікувально - профілактичний заклад „Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка”, комунальне підприємство „Євпаторійська міська стоматологічна поліклініка”) та приватними (клінічна база кафедри терапевтичної стоматології ВНМУ ім. М. І. Пирогова, Товариство з обмеженою відповідальністю „Вітадент” м. Чернігова і „Дентал” м. Євпаторії). До результатів лікування в приватних віднесено клінічну базу кафедри терапевтичної стоматології ВНМУ ім. М. І. Пирогова, тому що на цій базі є оснащення для якісного виконання ендодонтичного лікування: ендодонтичний мікроскоп, ендодонтичний блок для обробки корневих каналів за допомогою ротаційних інструментів “Morita”, ультразвуковий прилад “Spartan”, апарати для obturaції “System B” та “Obtura II”.

У державних закладах обладнання обмежено наявністю ручних ендодонтичних інструментів та матеріалів для пломбування корневих каналів методом однієї пасти, методом одного штифта та методом латеральної конденсації гутаперчі.

Підбір медичних карт здійснювали методом випадкової вибірки, а обробку отриманих даних – за допомогою математичного аналізу: визначення відносної середньої величини дослідження.

Результати. Обговорення

З метою детального вивчення якості оформлення документації лікарями – стоматологами на прийомі ендодонтичних хворих проаналізовано 1028 записів у амбулаторних картках пацієнтів.

З'ясовано, що немає жодної медичної картки, про яку можна було би з певністю сказати, що вона заповнена за всіма вимогами. При цьому недбало заповнена паспортна частина виявлена в 21,3% випадків (219 медичних карток), нерозбірливий почерк – у 23,3% (238 медичних карток), а виправлення і закреслення в записах – у 78,6% (808 карток). Майже в усіх медичних картках (98,8%) виявлено скорочення в записах, що іноді не дає можливості правильно оцінити проведені обстеження та лікування хворого.

У 18,9% випадків відсутні дані про перенесені та супутні хвороби. На думку лікарів, такі відомості не мають принципового значення в ендодонтичному лікуванні хворих. Відносно невелика частка лікарів (9,4%), які не дотримуються стандартної схеми опису відвідувань і не заповнюють зубну формулу (14,2%). Натомість тільки в 45 записах із 1028, що склало 4,4%, відмічено про попереднє лікування зуба, що ускладнює пояснення виниклих ускладнень після ендодонтичного лікування.

У більшості медичних карток (830 із 1028 - 80,7%) виявлені результати рентгенологічного дослідження, які є обов'язковими при проведенні ендодонтичних втручань. Однак у 19,3% випадків ендодонтичного лікування зубів відсутні результати рентгенологічного обстеження: діагностичного або контролю obturaції кореневої системи. При цьому лікарі не вказують на можливу причину невиконання такого дослідження (відмова хворого, наявність протипоказань), що викликає сумніви щодо правильності діагностики й успішності лікування.

Необхідно підкреслити важливий позитивний момент у медичних картках стоматологічного хворого. У більшості випадків (830 записів) лікарі правильно обирають метод ендодонтичного лікування відповідно до

встановленого діагнозу і тільки в 1 випадку (0,1%) установлений діагноз не відповідав опису клінічної картини захворювання і даних діагностики. Але ми не можемо судити про ті випадки, коли в медичній карті були відсутні дані рентгенологічного дослідження або їх опис (19,2%). При аналізі другої групи питань привертає відсутність опису клінічного стану причинного зуба: не вказаний клас каріозної порожнини за загальноприйнятою класифікацією Блека в 87,5% випадків або уражена поверхня зуба в 87,6%. Тому фактично оцінити правильність обраного методу лікування можна тільки за даними рентгенологічного обстеження або його опису. Крім того, в 111 записах (10,8%) не вказано наявності або відсутності пломб, штучних коронок. Хоча в усіх записах чітко вказана групова належність зуба. При цьому переважало ендодонтичне лікування молярів (44,3%) і премолярів (29,9%). Рідше ендоканальні втручання були проведені в різцях (16,9%) і в іклах (8,9%).

3 та 4 розділи висвітлюють діагностику і лікування хвороб у ендодонтії. У 67% (689 записів із 1028) діагностовано пульпіт, у 19,8% (204 записи) – періодонтит, у 0,4% (4 записи) – радикулярна кіста, в 11,9% (122 записи) – депульповано за ортопедичними показаннями, в 0,9% (9 записів) – точно не сформульований діагноз. Слід зазначити, що в практиці лікарі не користуються загальноприйнятою в Україні класифікацією пульпітів [4] і не діагностують усі відомі форми гострого запалення пульпи зуба та обмежуються діагнозом „гострий пульпіт”, який установлений у 154 випадках (22,3%) із 689. Тому найменш інвазивний метод лікування пульпітів, консервативний, не був застосований у жодного хворого.

Найчастіше лікарі – стоматологи діагностують хронічний фіброзний пульпіт (72,9% із 689 випадків), дуже рідко – загострення хронічних форм пульпітів (3,8% із 689) і в поодиноких випадках – хронічний гангренозний (0,9% із 689) і хронічний гіпертрофічний (0,1% із 689). Цим можна підтвердити обґрунтованість використання екстирпаційного методу

лікування пульпіту (разом із депульпуванням за ортопедичними показаннями): в 468 випадках (57,7% з 811) – вітальна екстирпація, в 343 (42,3% з 811) – девітальна екстирпація.

Напротивагу запаленню пульпи зуба діагностика уражень тканин періодонта здійснюється відповідно до прийнятої класифікації Грошикова М.І. [5]. З усіх 204 записів із приводу періодонтиту гострий апікальний періодонтит установлений у 24 випадках (11,8%), хронічний фіброзний – у 59 (28,9%), хронічний гранулюючий – у 46 (22,5%), хронічний гранулематозний – у 6 (2,9%), загострення хронічного – в 69 (33,8%). Причому дуже рідко, всього в 14 випадках (6,9% з 204), лікарі проводять повторне ендодонтичне лікування зубів (у 3% випадків із 1028) і не вказують на наявність залишків відповідних пломбувальних матеріалів (є вказівки лише в 1,5% випадків із 1028), що не відображає дійсний стан питання ускладнень ендодонтичного лікування і не узгоджується з численними даними в Україні та за кордоном [6, 7, 8].

При ендодонтичному лікуванні лікарі - стоматологи віддають перевагу сучасним односеансним методам – у 530 випадках (51,6% із 1028), двоесеансним – у 382 випадках (37,1%), трьом та більше сеансам лікування – в 116 випадках (11,3%).

Аналізуючи 5 розділ питань, можна зазначити, що з 961 випадку obturaції кореневої системи зубів сучасні методи були використані в 43,8%, тобто в 304 випадках (31,6%) використаний метод латеральної конденсації гутаперчі, у 26 (2,7%) – система “Термафіл”, у 91 (9,5%) – гарячої вертикальної конденсації гутаперчі або резилону. Але більш ніж у половині випадків (501- 52,1% із 961) для obturaції корневих каналів зубів лікарі - стоматологи застосовують неефективний метод однієї пасти, причому в 41,3% із них пломбують резорцин-формаліновою пастою та її аналогами. У 17 випадках (1,8% з 961) проведена obturaція методом одного штифта, у 22 (2 % з 1028) – не вказаний характер лікування, в 31

(3% із 1028) – лікування не було завершено через неявку пацієнтів, а в 14 (1,4% із 1028) – з причини видалення зуба внаслідок ускладнення ендодонтичного лікування. Незважаючи на використання більш сучасного ефективного методу холодної латеральної конденсації гутаперчі, в ролі силера лікарі застосовують ендометазон, дексодент, крезодент, форемент (у 51,6% від 304 випадків використання методу). Адже всі вони вже давно не рекомендуються для використання провідними спеціалістами з ендодонтії в Україні та за кордоном [7, 8, 9].

Ендодонтичне лікування зуба завершено відновленням його анатомічної форми в 961 випадках (93,5% із 1028). З цією метою згідно із записами в медичній картці стоматологічного хворого лікарі - стоматологи використовують переважно композитні матеріали: хімічної полімеризації - в 56,6% (544 випадки з 961), світлової полімеризації - в 17% (163 випадки з 961). У 26,4% (254 випадки) використані різні види цементів: склоіономерні та мінеральні.

Особливо зацікавлюють дані про ускладнення в ендодонтичному лікуванні хворих, які проаналізовані в 7 розділі. При цьому ми не виявили жодного запису про ускладнення загального стану організму хворих у відповідь на ендодонтичне втручання. Однак, у 83 випадках (8,1%) із 1028 проаналізованих записів виявлені описи виникнення ускладнень у процесі лікування: перфорація стінки каріозної порожнини - в 0,2%, відлам коронки зуба – в 1,2%, перфорація дна порожнини – в 4,5%, перфорація стінки кореня – у 2,2%. Однак необхідно підкреслити розбіжність між даними за описом у медичній картці (14 випадків з 1028) і аналізом рентгенологічного дослідження (69 випадків з 1028). Так, за даними опису відлам ендодонтичного інструмента в каналі виявлений у 0,2% (2 випадки з 1028), за даними рентгенографії – у 2,4% (25 випадків), невиявлений та необроблений канал – відповідно в 0 і 1,3% випадків, виведення пломбувального матеріалу за верхівку кореня – в 0,5 і 2,1%, розвиток

періапікальних процесів при лікуванні періодонтитів – у 0 і 8,4%, збільшення розмірів періапікального вогнища – в 0 і 6%. Причому в разі діагностики ускладнень лікарі не вказують на заходи, які були проведені для їх усунення або зменшення їхніх негативних наслідків. Такий стан проблеми підкреслює або недбайливість лікарів-стоматологів при виконанні функціональних обов'язків, або недостатні знання та досвід ендодонтичного лікування хворих, а також відсутність контролю адміністрації за лікувальною роботою в установах. Такі ускладнення як біль після пломбування, миш'яковистий періодонтит і розвиток періоститу відмічені відповідно в 1, 0,6 і 1,1% випадків. Щодо операцій для збереження зуба після виникнення ускладнень лікування, то жоден лікар не практикує цей метод, можливо, єдиний для їх усунення.

Не менш важливим є факт попередження пацієнта та його згода на ендодонтичне лікування в разі можливих ускладнень. Такі вказівки та підписи хворих виявлені у 81,6% тільки в державних установах.

На завершення на основі аналізу 830 записів у медичній картці стоматологічного хворого і даних рентгенологічного дослідження встановлена якість ендодонтичного лікування зубів у найближчі терміни спостереження (2-4 тижні): успіх – 79,6% (661 випадок), неуспіх – 17% (141 випадок), невдача – 3,4% (28 випадків). У віддалені терміни спостереження (від 6 міс. до 2 років і більше) якість ендодонтичного лікування розподілилася таким чином : успіх – 59,8% (497 випадків), неуспіх – 30,4% (253 випадків) та сумнівний результат – 10,8% (90 випадків).

Оцінка якості ендодонтичного лікування в державних закладах охорони здоров'я України виявила, що в найближчі терміни спостереження успіх склав 76,2%, неуспіх – 20,3%, невдача – 3,5%. У віддалені терміни спостереження якість ендодонтичного лікування в державних закладах становила: успіх - 49,2%, неуспіх – 38,9% та сумнівний результат – 11,9%. Натомість у приватних закладах показники

якості лікування в найближчі терміни склали: успіх – 89,9%, неуспіх – 7,2%, невдача – 2,9%, а у віддалені: успіх – 77,4%, неуспіх – 14,9% та сумнівний результат – 7,7%.

Висновки і перспективи подальших розробок

Отже, оцінка якості ендодонтичного лікування і його ускладнень залежить від наявності чіткої та достовірної інформації, основним джерелом якої є медична картка стоматологічного хворого.

Ретельний аналіз записів ендодонтичного лікування 1028 зубів методом випадкової вибірки показав їх неповноту, нечіткість як у діагностуванні, так і в лікуванні, а в деяких випадках – недбалість при заповненні медичних карток. Це ускладнює оцінку правильності обраного та виконаного лікування.

Установлені більш високі показники успіху ендодонтичного лікування в приватних закладах охорони здоров'я України вказують на залежність якості лікування від оснащення стоматологічного закладу, що узгоджується з дослідженням інших авторів [10,11,12, 13].

Ураховуючи складність проведення ендоканальних втручань та багато факторів, що обумовлюють виникнення ускладнень у ендодонтії, іноді серйозних, коректне заповнення цього документа має вирішальне значення в захисті лікаря від необґрунтованих претензій пацієнтів у разі розвитку ускладнень.

Перспективою подальших досліджень є клініко - рентгенологічне дослідження характеру та причин виникнення ускладнень і невдалих результатів ендодонтичного лікування хворих.

Лтература

1. Николишин А. К. Современная эндодонтия практического врача / А. К. Николишин. – Полтава, 2003. – 208 с.
2. Заблоцький Я. В. Медична карта стоматологічного хворого та документальний супровід лікування у приватній стоматологічній клініці /

- Я. В.Заблоцький // Вісник стоматології. – 2001. - №4. – С.43-53.
3. Степаненко А.В. Професійна відповідальність лікаря – стоматолога в сучасних умовах / А. В. Степаненко, С. В. Кучеренко // Вісник стоматології. – 2004. – №4. – С. 92-95.
 4. Опанасюк Ю.В. Протоколи надання стоматологічної допомоги. – К.: ТОВ Вид.-інформ. центр „Світ сучасної стоматології”, 2005. – 506 с.
 5. Ніколішин А.К. Терапевтична стоматологія / А. К. Ніколішин.– 2-е вид. – Полтава: Дивосвіт, 2007. -У 2 т.: [підручник].- Т.1. – 392 с.
 6. Політун А.М. Тяжкі ускладнення ендодонтичного лікування / А. М. Політун, О. Д. Головчанська, Л. В. Левченко // Український стоматологічний альманах. – 2002. - № 3. – С. 13-15.
 7. Петрикас А. Ж. Пульпэктомия / А. Ж. Петрикас. - М.: АльфаПресс, 2006. – С. 260-273
 8. Тронстад Л. Клиническая эндодонтия ; пер. с англ. / Тронстад Л.; под ред. проф. Т.Ф.Виноградовой. - М.:МЕДпресс- информ, 2006. – С. 243-264.
 9. Педорец А.П. Предсказуемая эндодонтия / А. П. Педорец, А. Г. Пиляев, Н. А. Педорец. – Донецк: Норд-Пресс, 2006. – 364 с.
 10. Боровский Е.В. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения / Е. В. Боровский // Новости Dentsplay. – 2003. - №8. – С.8-11.
 11. Бер Р. Эндодонтология ; пер. с англ./ Р.Бер , М.А.Бауман, С.Ким ; под общ. ред. проф. Виноградовой Т.Ф. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – С. 240- 264.
 12. Боровский Е. В. Лечение осложнений кариеса зубов: проблемы и их решение / Е. В. Боровский // Стоматология. – 1999. - №1. – С. 21-24.
 13. Боровский Е. В. Клинико - рентгенологическая оценка эффективности лечения зубов с осложнениями кариеса / Е. В. Боровский, Н. Г. Хубутя // Клиническая стоматология. – 2006. - №2. – С.6-9.

Стаття надійшла

19.10. 2009 р.

Резюме

Проведен анализ эндодонтического лечения 1028 зубов по характеру записей в медицинской карте стоматологического больного. Установлено, что врачебная документация не подтверждает полноценной диагностики, выполнения этапов лечения и эндодонтических вмешательств, что затрудняет прогнозирование осложнений.

Ключевые слова: эндодонтическое лечение, медицинская карта стоматологического больного.

Summary

An analysis of endodontic treatment of 1028 teeth on the basis of the medical records of dental patients has been conducted. It has been fixed that medical documentation does not support full implementation of the stages of diagnosis and treatment and endodontic interventions, it difficult to predict complications.

Key words: endodontic treatment, medical card dental patient.

ТЕМАТИЧНА КАРТА

ДЛЯ ОБРОБКИ МЕДИЧНОЇ КАРТКИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО

Прізвище, ім'я, по-батькові _____

Дом. адреса _____ Дата

народження _____

Стать : 1. чоловіча 2. жіноча

Місце роботи _____

	№	Якість заповнення історії хвороби	Так	Ні
1		Задовільно		
2		Недбало заповнена паспортна частина		
3		Відсутні дані про перенесені та супутні хвороби		
4		Не заповнена зубна формула		
5		Не дотримана стандартна схема опису відвідань, відсутні окремі пункти		
6		Немає результатів обстеження хворого зуба (в т.ч. рентгенологічного) або їх опису		
		Є діагностичне рентгенологічне обстеження		
		Є опис діагностичного рентген-обстеження		
		Є контрольне рентгенологічне обстеження		
7		Є опис контрольного рентген-обстеження		
		Не освітлюється попереднє лікування хворого зуба		
8		Скорочення в записах		
9		Виправлення, закреслення в записах		
10		Нерозбірливий почерк		
11		Невідповідність установленого діагнозу опису клініки і діагностики		
12		Неправильно вибраний метод лікування		
13		Перевищення повноважень у встановленні загальносоматичного діагнозу		

—
Назва установи, де проходить дослідження

Формула зуба

№				
14	Групова належність	14.1	різець	
		14.2	ікло	
		14.3	премоляр	

		14.4	моляр	
15	Кількість пломб у зубі	15.1	0 або пломба випала	
		15.2.	1	
		15.3	2 та більше	
		15.4	коронка	
		15.5	не вказано	
16	Клас каріозної порожнини за Блекум	16.1	I	
		16.2	II	
		16.3	III	
		16.4	IV	
		16.5	V	
		16.6	не вказано	
17	Поверхня	17.1	жувальна	
		17.2	мезіальна	
		17.3	дистальна	
		17.4	пришийкова	
		17.5	МОД	
		17.6	коронка зруйнована	
		17.7	не вказано	

Діагноз

18	Карієс	18.1	поверхневий	
		18.2	середній	
		18.3	глибокий	
19	Пульпіт	19.1	гострий	
		19.2	хр.фіброзний	
		19.3	хр.гангренозний	
		19.4	хр.гіпертрофічний	
		19.5	загострення хрон.	
20	Періодонтит	20.1	гострий апікальний	
		20.2	хр.фіброзний	
		20.3	хр.гранулюючий	
		20.4	хр.гранулематозний	
		20.5	загострення хронічного	фіброзного гранулюючого гранулематозного
20а	Наявність у корневих каналах залишків пломбувального матеріалу (вказати, якого)		Повторне лікування:	Не вказано, яка паста: РФП: ЦЕП:
21	Стан твердих тканин після повної пульпектомії			
22	Радикулярна кіста			
23	Діагноз не вказаний			
24	Діагноз указаний неточно			
	Депульповано за ортопедичними показаннями			

Кількість відвідувань

25	1		
26	2		
27	3 та більше		
28	Метод лікування: Б, ВА, ВЕ, ДА, ДЕ	ВЕ:	ДЕ:

Обтурація корневих каналів

29	Метод однієї пасти			
		29.2	“РФП”, “Форедент”	
			“Радент”	
			“Тіедент”	
			“Віедент”	
			“Апексдент” “Крезодент”	
30	Метод одного штифта	30.1	“Форедент”	
		30.2	“Тіедент”	
31	Метод латеральної конденсації гутаперчі +	“Эй-Эйч плюс”		
		“Сіалапекс”		
		“Віедент”		
		“Тіедент”, “Дексодент”, “Крезодент”		
		“Форедент”		
		“Эндометазон”		
32	Пломбування системою “Термафіл”			
33	Метод вертикальної конденсації або безперервної хвилі			

Ізолююча прокладка

36	Вітчизняна	
37	Імпортна	

Пломба

38	Цементи	Силідонт, силіцин	
		“Фрітекс”	
		Не вказано, чим	
		Склоіономерний	
39	Амальгама	Не використовувалася	
40	Композити хімічної полімеризації	40.1	Вітчизняні
		40.2	Імпортні
41	Фотокомпозити	41.1	Вітчизняні
		41.2	Імпортні
42	Компомери		

Ускладнення в лікуванні

43	Алергічні реакції		
		За даними опису в карті	За даними контр. рентгену
44	Перфорація стінки каріозної порожнини		
45	Відлам коронки зуба		
46	Перфорація дна порожнини		
47	Перфорація стінки кореня зуба	0	

48	Відлам інструмента в каналі	Всього:	За даними опису в карті	За даними контр. рентгену
49	Невиявлений та необроблений канал			
50	Пломбувальний матеріал виведено за верхівку кореня			
	Недопломбовано понад 5 мм			
51	Попадання пломбувального матеріалу в гайморову пазуху			
52	Попадання пломбувального матеріалу в нижньощелепний канал та травма нижньощелепного нерва			
53	Попадання ендодонтичного інструмента в в дихальні шляхи, глотку, стравохід, шлунок			
54	Біль після пломбування			
55	Зміна кольору зуба			
56	Розвиток періапикальних процесів при лікуванні пульпіту або збільшення приверхівкового патологічного вогнища			
	Розміри вогнища не змінилися			
57	Пломба випала			
58	Миш'яковистий періодонтит			
59	Періостит			
57	Пацієнт не з'явився для завершення лікування			
58	Зуб видалено (дата) _____			

59	Заходи щодо усунення ускладнення	Всього:
	Розріз, дренажування	
	Повторне пломбування	

Причини видалення зуба

60	Перфорація дна порожнини зуба	
61	Перфорація стінки кореня зуба	
62	Накладання миш'яковистої пасти на перфорацію дна порожнини зуба	
63	Миш'яковистий періодонтит	
64	Відлам інструмента в кореневому каналі	
65	Недопломбування кореневого каналу	
66	Недостатня конденсація матеріалу при пломбуванні кореневого каналу	
67	Неодноразове лікування періодонтиту	
68	Загострення апікального періодонтиту	
69	Зуб зруйнований, корені	

70	Пародонтит	
71	Періостит,остеомієліт	
72	За ортопедичними показаннями	

		Так	Ні
73	Чи використовуються операції для збереження зуба?		
74	Згода пацієнта на лікування в разі можливих ускладнень (підпис)		

		успіх	неуспіх	невдача
75	Якість ендодонтичного лікування в найближчі терміни спостереження (2-4 тижні)			
		успіх	неуспіх	сумнівний результат
76	Якість ендодонтичного лікування у віддалені терміни спостереження (від 6 міс. до 2 років та більше)			