



**Ятрогенные осложнения в практике хирурга-стоматолога
на примере верхнечелюстных синуситов**

Хазратов Алишер

Бекбутаев Фазлиддин

Одилов Баходир

Мустафаев Азиз

Самаркандский государственный
медицинский университет

Аннотация: Уже при первичном врачебном осмотре больного на основании специфичности анамнеза развития заболевания, жалоб больного, особенностей клинической картины возможно осуществить первоначальную дифференциальную диагностику генеза заболевания, спланировать проведение дальнейшего целенаправленного обследования и, в соответствии с полученными результатами, определить направленность этиологического и объем патогенетического лечения.

Топографо-анатомические особенности челюстно-лицевой области и особенности строения верхнечелюстного синуса создают благоприятные условия для распространения инфекции на его слизистую оболочку при периодонтите, после удаления зуба с гангренозной пульпой, в результате нагноения корневой кисты верхней челюсти, остеомиелите альвеолярного отростка, после операций синус-лифтинга, при имплантации и т.д. Находясь одновременно в непосредственном соседстве с полостью рта и носа, верхнечелюстной синус подвергается негативному



действию различных патологических очагов, локализованных в этих анатомических пространствах. Обладая выраженной чувствительностью к действию внешних химических и механических раздражителей, мембрана пазухи всегда в той или иной степени реагирует на патологические изменения окружающих тканей, что может привести к развитию хронического воспаления в ней, а в дальнейшем и к качественным изменениям самой слизистой оболочки.

Различия клинического течения, патогенеза, морфологических и биохимических изменений в слизистой оболочке синуса в зависимости от причины, вызвавшей воспаление в гайморовой пазухе, широко обсуждаются в медицинской литературе. Поражение верхнечелюстного синуса, в отдаленные сроки после протезирования на дентальных имплантатах, как вид патологии, существенно отличается от банальных одонтогенных синуситов. Как показали клинические наблюдения, в основе процесса патогенеза гайморита после имплантации на верхней челюсти первично лежит не банальное инфицирование синуса и инициация острого, подострого и/или хронического воспаления, а значимый местный иммунологический конфликт (снижение трансплантационного иммунитета), обусловленный пребыванием инородного тела (имплантата) в костных тканях верхней челюсти. При этом выявлены характерные дистрофические, патоморфологические изменения в синусе.

Ключевые слова: Ятрогенный синусит, анамнез болезни, врачебные ошибки.

Цель исследования. Клинический анализ различных форм верхнечелюстного синусита, встречающихся в практике хирурга-стоматолога.



Материал и методы. Проведен анализ случаев обращения в стоматологический стационар пациентов с различной патологией зубочелюстной системы с целью лечения и получения консультации.

В исследовании учитывали анамнез, клинические и рентгенологические данные.

Для демонстрации рентгенологической картины клинических ситуаций выбран метод конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ). Пациентка 52 лет направлена в стационар с жалобами на гноетечение из правой половины носа, постоянные ноющие боли в 1.6, чувство тяжести в правой подглазничной области. Поставлен клинический диагноз «обострение хронического одонтогенного гайморита справа; хронический периодонтит 1.6. На КЛКТ (фронтальный срез):

1-деструкция костной ткани вокруг небного корня 1.6;

2-разрушение нижней костной стенки верхнечелюстного синуса (патологическая перфорация);

3-рентгеноконтрастная тень эндогерметика в коневом канале 1.6;

4-пораженный верхнечелюстной синус;

5-здоровый верхнечелюстной синус.

Детальный анализ результатов объективного обследования указывает на проведение эндодонтического лечения 1.6 до проявления болезни; отсутствие полной obturation корневых каналов до верхушечной части небного корня на КЛКТ; деструктивные изменения периапикальной кости вокруг небного корня 1.6; разрушение костной перегородки между корнем зуба 1.6 и верхнечелюстным синусом.



Бессимптомное течение одонтогенного гайморита не позволяет связывать развитие воспаления с лечением 1.6. Однако лечение 1.6 могло изменить течение хронического деструктивного процесса в околокорневых тканях с патологической перфорацией дна гайморовой пазухи и проникновением инфекции в синус.

Больной 34 лет направлен в стоматологический стационар ЛОР врачом с жалобами на гноетечение из левой половины носа, головные боли. Из анамнза: пациент синуситом болеет коло 5 лет. Болезнь проявляется периодическими гнойными выделениями из носа, общим недомоганием. Со слов пациента в период обострения (1 раз в год), проходит лечение у ЛОР специалиста. После последнего обострения, лечение у ЛОР врача в течении 10 дней, привело лишь к улучшению общего самочувствия, гноетечение из носа слева не прекратилось. Пациент был направлен к хирургу-стоматологу.

Анализ клинической ситуации выявил отек слизистой оболочки левой и правой верхнечелюстных синусов, наличие ятрогенной стоматологической причины хронического синусита слева -«причинного» 2.7 после эндодонтического лечения корневых каналов. Зубы верхней челюсти справа интактные.

На КЛКТ пациента с обострением хронического ятрогенного гайморита слева. Срезы верхней челюсти:

- 1-отечная слизистая оболочка левого верхнечелюстного синуса;
- 2-отечная слизистая оболочка правого верхнечелюстного синуса;
- 3-тень эндогерметика в коневых каналах причинного 2.7 зуба;
- 4-интактные зубы правой половины верхнего зубного ряда.



Выводы. При клиническом анализе случаев обращения в стоматологический стационар пациентов с диагнозом одонтогенный верхнечелюстной синусит, ятрогенный фактор развития болезни выявляется в большинстве случаев.

1. Ятрогенные осложнения со стороны верхнечелюстного синуса не всегда сопряжены с допущением врачебной ошибки. Нередко негативные последствия проведенного лечения обусловлены анатомическими особенностями и патологическими изменениями.

2. Необходимо разработать анкету для пациентов с верхнечелюстным синуситом с целью объективизации данных анамнеза для понимания механизма развития и выявления ятрогенной природы болезни.

Список литературы:

1. Абрамова Н. Е. Опыт повторного эндодонтического лечения зубов с плохим прогнозом на успех. / Н. Е. Абрамова, Е. В. Леонова // Эндодонтия Today. - 2003. - № 1-2. - С. 60-65.
2. Аккалаев А. Б. Клинико-морфологическое обоснование хирургического лечения одонтогенных кист с локализацией на верхней челюсти : дис.... канд. мед. наук по спец. 14.01.14, 14.03.03 / Аккалаев А. Б. - Ставрополь., 2014. - 136 с.
3. Арутюнян К. Э. Лечение больных с осложнениями, связанными с выведением пломбировочного материала в верхнечелюстной синус : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук по спец. 14.00.21 «Стоматология». / К. Э. Арутюнян - Москва, 2006. - 97 с.
4. Афанасьев В. В. Хирургическая стоматология / Афанасьева В. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 880 с.



5. Богатов А. И. Санация верхнечелюстного синуса при одонтогенных воспалительных процессах / А. И. Богатов // Актуальные вопросы современной стоматологии (Самара). - 2010. - С. 90-93.
6. Быстрова О. В. Повышение эффективности лечения пациентов с хроническими верхнечелюстными синуситами, вызванными стоматологическими пломбировочными материалами: авто-реф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук по спец. 14.01.14 «Стоматология» / О. В. Быстрова - Москва, 2011.- 86 с.
7. Варжапетян С. Д. Состояние местного биоценоза гайморовых пазух при различных формах хронического одонтогенного (ятрогенного) гайморита / С. Д. Варжапетян, А. Г. Гулюк., Л. Н. Хромагина, Н. Г. Баранник // Вюник стоматологи. - 2013. - № 4. -С. 54-60.
8. Владыченкова Н. Д. Анализ врачебных ошибок и осложнений при лечении стоматологических больных (клинико-правовые аспекты проблемы) : дис.... канд. мед. наук по спец. 14.01.14 / Владыченкова Н. Д - Смоленск, 2010 - 153 с.6. Фуркатов, Ш., Хайдаркулов, И., Нарзиев, И., & Аъзамкулов, А. (2024). ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ПАРОДОНТА: ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА АБУ АЛИ ИБН СИНО. SAMARALI TA'LIM VA BARQAROR INNOVATSIYALAR JURNALI, 1(6), 574- 581.
9. Akmal o'g'li J. E., Umar o'g'li B. X. The Use of a Composite Synthetic Osteoplastic Substitute to Increase the Volume of the Alveolar Bone of the Jaws Before Dental Implantation //Research Journal of Trauma and Disability Studies. – 2024. – Т. 3. – №. 2. – С. 358-362.
10. Furkatov S. F., Khazratov A. I. THE CONSEQUENCES OF THE DILIGENCE OF THE SLAVIC EMOLLIENT FOR REPARATION PROSTHESES ASEPT PARODONTAL //Молодежный инновационный вестник. – 2023. – Т. 12. – №. S2. – С. 467-470.



11. Исмаев Ф. А., Мустафоев А. А., Фуркатов Ш. Ф. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕСТЕРОИДНЫХ АНТИВОСПОЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИЗЛЕЧЕНЬЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО АЛЬВЕОЛИТА //THEORY AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH. – 2023. – Т. 1. – №. 12. – С. 49-57.
12. Rizaev, J. A., Khazratov, A. I., Furkatov Sh, F., Muxtorov, A. A., & Ziyadullaeva, M. S. (2023). Clinical and radiological characteristics of periodontic interweaves in patients with chew recession. European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 11, 36-41.
13. Фуркатов Ш. Ф., Хатамова М. А. ПРИМЕНЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ НЕСЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ //АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ. – 2023. – С. 814-820.
14. Rizaev, J. A., Rustamova, D. A., Khazratov, A. I., & Furkatov, S. F. (2022). The need of patients with systemic vasculitis and coronavirus infection in the treatment of periodontal diseases. Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny), 25(4), 40-45.
15. Bekmuratov L. R. et al. Cardiovascular diseases in patients with diabetes mellitus //Ta'lim va rivojlanish tahlili onlayn ilmiy jurnali. – 2023. – Т. 3. – №. 1. – С. 193-198.
16. Akmal o'g'li J. E., Umar o'g'li B. X. Radiation Research Methods as a Criterion For Assessing the Quality of Osteoregenerative After Sinus Lift //Best Journal of Innovation in Science, Research and Development. – 2024. – Т. 3. – №. 2. – С. 920-923.
17. Исхакова, З. Ш., Исхакова, Ф. Ш., Нарзиева, Д. Б., Абдуллаев, Т. З., & Фуркатов, Ш. Ф. (2023). Использование остеогенного материала для замещения полостных дефектов челюстей. Formation of psychology and pedagogy as interdisciplinary sciences, 2(15), 43-48.