

3. Timofeev A. A. Сравнительная оценка антисептических препаратов, используемых для полоскания полости рта после дентальной имплантации. *Sovremennaya stomatologiya*. 2013; 1: 94-100.

4. Shnaider S. A., Tsushko I. A., Levitskiy A. P. Antidysbiotic activity of oral gels with pro- and prebiotics on mucous of oral cavity and intestines of rats with dysbiosis which had high fat ration. *Visnyk stomatologii*. 2015; 2 (91): 14-17.

5. Levitskiy A. P., Tomilina T. V., Sokolova I. I. Periodontal-protective action of kvvertulin in experimental immunodeficit. *Visnyk stomatologii*. 2013; 2: 2-6.

6. Levitskiy A. P., Denga O. V., Makarenko O. A., Dem'yanenko S. A., Rossachanova L. N., Knava O. E. *Biokhimicheskie markery vospaleniya tkaney rotovoy polosti: metodicheskie rekomendatsii* [Biochemical markers of inflammation of oral cavity tissue: method guidelines]. Odessa, KP OGT, 2010:16.

7. Levitskiy A. P., Stefanov A. V. *Metody opredeleniya aktivnosti elastazy i eye ingibitorov* [Methods for determination of activity of elastase and its inhibitors]. Kiev, GFC, 2002: 15.

8. Levitskiy A. P., Makarenko O. A., Denga O. V., Sukmanskyy O.I., Podorozhnaya R. P., Rossachanova L. N., Khodakov I. V., Zelenina Yu.V. *Eksperimentalnye metody issledovaniya stimulyatorov osteogeneza: metodicheskie rekomendatsii* [The experimental methods of the study of osteogenesis stimulators]. Kiev, GFC, 2005:50.

9. Truhacheva N. V. *Matematicheskaya statistika v medicobiologicheskikh issledovaniyakh s primeneniem paketa Statistica* [Math statistics in medical-biological researches with using of Statistica package]. Moskva, GEOTAR-Media, 2012:379.

Поступила 13.08.15



УДК 616.31:614.253:[616.716.1:616.216-002]-07-08

С. Д. Варжапетян, к. мед. н.

ГЗ «Запорожская академия последипломного образования МЗ Украины»

ЯТРОГЕННИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЇ СИНУСИТ – СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Одной из причин учащения ятрогенных состояний является развитие медицинской отрасли – появление новейших лекарственных препаратов и технологий, позволяющих врачам расширить не только лечебно-диагностическую, но и коммерческую деятельности. Не удивительно, что значимую долю в данной группе заболеваний составляют стоматогенные ятрогении.

С целью определения основных направлений изучения ятрогенных верхнечелюстных синуситов, возникших после стоматологических манипуляций, проведен анализ состояния данной проблемы с точки зрения различных современных положений учения о ятрогениях и клинической стоматологии. Выявлено, что ятрогенный верхнечелюстной синусит как преобладающее патологическое состояние среди воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи стоматогенного происхождения требует детального и разнопланового изучения. Исследования должны быть направлены на классификацию различных форм ятрогенного верхнечелюстного синусита, изучение характерных патологических изменений.

Ключевые слова: ятрогенный верхнечелюстной синусит, стоматогенный гайморит, анализ проблемы.

С. Д. Варжапетян

ДЗ «Запорізька академія післядипломної освіти МОЗ України»

ЯТРОГЕННИ ВЕРХНЬОЩЕЛЄПНИЙ СИНУСИТ – СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Однією з причин почастищення ятрогенних станів є розвиток медичної галузі - поява нових лікарських препаратів і технологій, що дозволяють лікарям розширити не лише лікувально-діагностичну, але й комерційну діяльність. Не дивно, що значущу частку в даній групі захворювань складають стоматогенний ятрогени.

З метою визначення основних напрямів вивчення ятрогенних верхньощелепних синуситів, що виникли після стоматологічних маніпуляцій, проведено аналіз стану даної проблеми з точки зору різних сучасних положень вчення про ятрогенні та клінічної стоматології.

Виявлено, що ятрогенний верхньощелепний синусит як переважаче патологічний стан серед запальних захворювань верхньощелепної пазухи стоматогенний походження вимагає детального і різнобічного вивчення. Дослідження повинні бути спрямовані на класифікацію різних форм ятрогенного верхньощелепного синуситу, вивчення характерних патологічних змін.

Ключові слова: ятрогенний верхньощелепний синусит, стоматогенний гайморит, аналіз проблеми.

S. D. Varzhapetyan

The department of surgical and therapeutic dentistry SE "Medical academy Postgraduate Education of the Ministry Health of Ukraine", Zaporozhye

IATROGENIC MAXILLARY SINUSITIS – MODERN LOOK AT THE PROBLEM

Highlight the main provisions problems of iatrogenic maxillary sinusitis.

One reason for the increased frequency of iatrogenic states is the development of the healthcare industry - the emergence of new drugs and technologies that enable physicians to expand not only the medical-diagnostic, and commercial activities. Not surprisingly, a significant share of this group of diseases comprise stomatogenous iatrogenic.

Methods and results. On the example of his own observations analyzed the major issues of iatrogenic maxillary sinusitis of dental origin.

Conclusion. It was revealed that the iatrogenic maxillary sinusitis requires a detailed and comprehensive study. Research should focus on the classification of different forms of iatrogenic maxillary sinusitis, the study of the characteristic pathological changes.

Key words. Iatrogenic verhneshchelyustoy sinusitis, sinusitis stomatohennyy, analysis problems.

Проводимое лечение нередко делает неузнаваемым привычный патоморфологический профиль заболевания. Некачалов В.В. (1998).

Введение. Проблема ятрогенной патологии в последние годы принимает все большую актуальность [1]. Одной из причин учащения ятрогенных состояний является развитие медицинской отрасли – появление новейших лекарственных препаратов и технологий, позволяющих врачам расширить не только лечебно-

диагностическую, но и коммерческую деятельности. Не удивительно, что значимую долю в данной группе заболеваний составляют стоматогенные ятрогении [1, 4].

Цель данной статьи. Осветить основные положения проблемы ятрогенных верхнечелюстных синуситов.

Материал и методы. На примерах собственных наблюдений и данных литературы проведен анализ основных аспектов ятрогенных верхнечелюстных синуситов стоматогенного происхождения.

Результаты исследования и их обсуждение. С начала использования термина «ятрогения» прошло почти 100 лет. За это время постоянно пересматривались положения о природе возникновения различных патологий, менялись и представление о ятрогениях [4]. До сих пор патологоанатомы и судебно-медицинские эксперты не могут прийти к единому и окончательному мнению об определении понятия «ятрогения» [1].

Согласно МКБ-10, ятрогения – это любые неблагоприятные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или даже смерти; осложнения медицинских мероприятий, развившиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача [10].

Тимофеев И. В. (1999) предлагал отнести к ятрогениям все неблагоприятные последствия любых медицинских воздействий на больного, независимо от правильности их исполнения [15]. Красильников А. П. (1996) считал, что в группу ятрогений должны быть включены все болезни и осложнения имеющихся патологических состояний, которые возникают у пациентов или медицинских работников в результате оказания любых видов медицинской помощи [9]. По определению Зайратянца О. В., (2008) ятрогения – это патологии и осложнения диагностики и лечения, несчастные случаи в медицине, лекарственные болезни, побочные действия лекарств, «вторичные болезни», госпитализм [6].

«Вторая болезнь» – это патологическое состояние, которое развивается как осложнение первоначального заболевания, *патогенетически с ним связана*, но при большом временном разрыве и угасшем первичном процессе, «вторая болезнь», «наслаиваясь», осложняет его клиническое течение и становится ведущим, основным заболеванием [13]. Ятрогенные верхнечелюстные синуситы стоматогенного происхождения не могут быть отнесены ко «второй болезни», так как развившееся после стоматологических манипуляций воспаление слизистой оболочки верхнечелюстного синуса не имеет патогенетической связи с первичной болезнью, например хроническим периодонтитом, или острым пульпитом, или же частичной адентией, вследствие лечения или диагностики которых возникло воспаление в мембране Шнайдера или произошло изменение характера течения хронического синусита. В данном случае действие врача прово-

дирует формирование качественно новой патологии [4].

Надо согласиться с мнением Некачалова В. В. (1998), о недопустимости отождествления ятрогения с «врачебной ошибкой» или халатностью, в основе которых лежит нанесение вреда пациенту. Автор отмечает, что такое отождествление, несомненно, влечет за собой рассмотрение проблемы уже с позиций уголовного и уголовно-процессуального законодательства [11]. «Врачебную ошибку» Давыдовский И. В. определял как добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве самой врачебной науки и ее методов и в результате атипичного течения заболевания или недостаточной подготовленностью врача, при котором не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества» [5]. Многие авторы и сегодня считают данное высказывание незыблемым и фундаментальным. Наличие же определения «ятрогенная патология» («ятрогения») указывает только на тот факт, что это последствия оказания медицинской помощи, а ятрогенная патология может возникнуть и при технических правильных и обоснованных действиях врача [8].

Отождествление понятия «ятрогения» с «врачебной ошибкой», является одной из причин «страха» практикующих врачей перед уголовной ответственностью и подведения, в клинических условиях, медицинской документации под протокольные стандарты. Примером стандартизации патологических состояний может служить диагностирование совершенно отличных друг от друга форм верхнечелюстных синуситов с различной этиологией и патогенезом как одонтогенные гаймориты [12]. Побочным следствием неосведомленности медицинского персонала в вопросах стоматогенных ятрогений является преувеличение значения индивидуальных особенностей организма пациента в конечном результате проводимого стоматологического лечения. Соккрытие истинных причинно-следственных факторов возникновения верхнечелюстных синуситов не позволяет проводить статистический анализ случаев, и препятствует их изучению. Козлов С. В. (2009) отмечает, что установление и, главное, документальное отражение наличия той или иной ятрогенной патологии у больного позволит при разборах конкретных случаев искать и находить возможные пути предотвращения ее в будущем. Вольная или невольная маскировка ятрогении, списание ее на субъективные или объективные причины — это тупиковый путь [8].

Чаще ятрогенные верхнечелюстные синуситы возникают независимо от воли врача-стоматолога и неизбежны при проведении определенных стоматологических мероприятий, большинство из которых связаны с использованием химически активных препаратов и в своей основе имеют хирургическую составляющую, т.е. проводятся с использованием режущих и колющих инструментов и сопровождаются нанесением механической травмы (рис. 1). С другой стороны, нельзя не признать учащение случаев возникновения ятрогенного синусита как следствие нарушения протокола стоматологического лечения (рис. 2, 3).

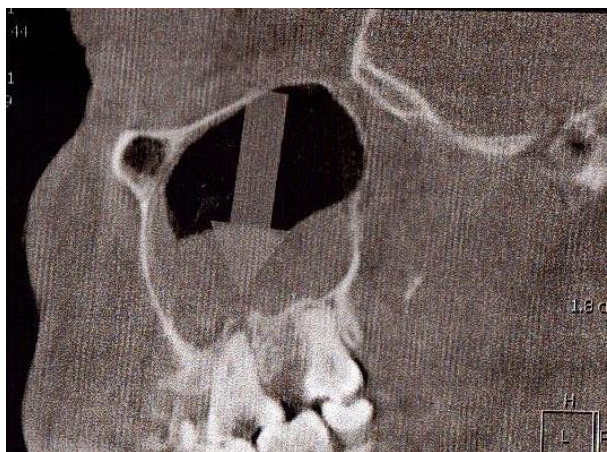


Рис. 1. Конусно-лучевая томография пациента с верхнечелюстным синуситом верхней челюсти. Аксиальный срез. Стрелкой указан участок нарушения целостности дна гайморовой пазухи, вызванной хроническим патологическим очагом в периапикальной области корней 2.7 (патологическая перфорация). Удаление 2.7 неизбежно приведет к формированию ороантрального сообщения не зависимо от качества и техники выполнения хирургических манипуляций.



Рис. 2. Внутривитовая рентгенограмма 1.6. Пломбировочный материал выведен за верхушку корня и визуализируется по проекции верхнечелюстного синуса.

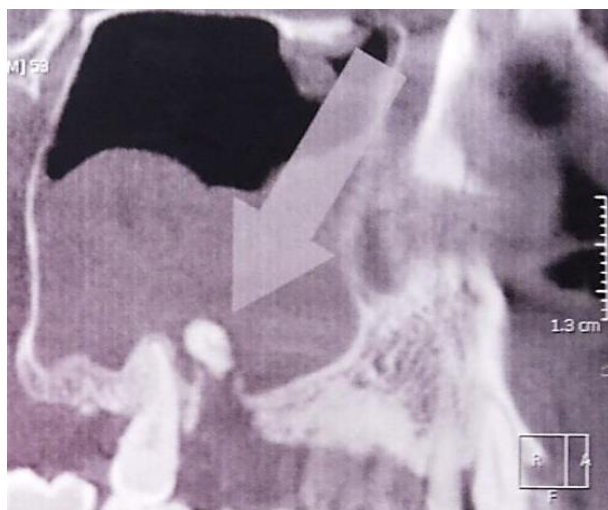


Рис. 3. Конусно-лучевая томография пациента с верхнечелюстным синуситом верхней челюсти. Аксиальный срез. Стрелкой указан участок нарушения целостности дна гайморовой пазухи, вызванной хирургической травмой при попытке удаления 1.6 (травматическая перфорация). Отломок корня выведен в просвет синуса.

Исходя из вышесказанного, ятрогенные синуситы можно условно разделить на две группы по присутствию факта допущения врачебной ошибки и его отсутствия. Однако вопросы правомерности действия и вины медицинского персонала находятся в полномочиях правоохранительных структур и судебно-медицинских экспертов, и не имеют клинической ценности.

Позиция, которую должен иметь врач-клиницист, выражена в высказывании известного анестезиолога-реаниматолога проф. Зильбера А. П., который писал, что прогресс современной медицины привел к тому, что правильные медицинские действия вызывают патологические реакции, требующие своевременного распознавания, устранения и профилактики [7].

Такое явление в стоматологической практике как ятрогенный верхнечелюстной синусит, не должен быть предметом осуждения, а требует определения своего места среди воспалительных заболеваний верхнечелюстных пазух с систематизацией встречающихся форм. Создание статистической базы данной группы заболеваний и накопление знаний об истинных причинах и механизмах их возникновения должны стать научным фундаментом для дальнейших разработок методов лечения.

Проведя анализ научных работ последних лет, посвященных проблеме ятрогенных верхнечелюстных синуситов, можно с уверенностью сказать, что большинство исследователей склонны учитывать только случаи грубого нарушения процесса стоматологического лечения, приведшее к попаданию инородных тел (пломбировочный материал, отломок корня, имплантат) в просвет синуса. Согласно данным литературы вышеуказанные формы ятрогенных синуситов составляют от 22,4 до 52 % верхнечелюстных синуситов [4].

Изучение причин и механизмов возникновения синусита или же изменения течения уже существующего воспалительного процесса в слизистой оболочке верхнечелюстного синуса после стоматологических манипуляций, указывает на возможность развития ятрогенных гайморитов после эндодонтического лечения «причинных» зубов. Также к ятрогенным должны быть отнесены верхнечелюстные синуситы после перфорации дна пазухи при удалении зуба, а также синуситы после хирургических манипуляций на альвеолярном отростке (имплантация, синус-лифтинг). При таком расширенном рассмотрении этиологии данной патологии, ятрогенный фактор возникновения верхнечелюстного синусита выявляется у 73,7 % пациентов с верхнечелюстным синуситом, сопряженным с дентальной патологией [2].

В основе выявления ятрогенной природы верхнечелюстного синусита лежит объективизация данных анамнеза болезни. Именно при сборе анамнеза можно определить характер медицинских манипуляций, предшествующих воспалению в синусе. Клинические же методы обследования эффективны для определения симптомов ятрогенного синусита и установления тяжести болезни. Конусно-лучевая компьютерная томография позволяет выявить признаки ятрогенности, а также оценить масштабы поражения в синусе и соседних анатомических образованиях [2].

Многобразие стоматологических манипуляций, способных спровоцировать воспаление верхнечелюстного синуса, определяют разнообразие этиологических факторов возникновения патологического очага. Этиологические факторы, в свою очередь определяют механизм развития синусита и характер клинического течения. Данная этио-патогенетическая «цепочка» формирует клинические формы заболевания [4]. Разделение и систематизация различных форм ятрогенных верхнечелюстных синуситов стоматогенного происхождения по этио-патогенетическому признаку направлена на облегчение работы клиницистов и исследователей данной проблемы.

Из-за первично хронического течения верхнечелюстных синуситов стоматогенного («одонтогенного») происхождения, не всегда удается выявить истинные сроки начала воспалительного процесса в слизистой оболочке пазухи, оставляя скрытым период первичного поражения и истинные причины болезни. Не всегда удается определить, появилось ли данное патологическое состояние после медицинского вмешательства (например, лечения зуба на верхней челюсти) или стоматологическое лечение лишь внесло качественные изменения в уже существующий хронический процесс в синусе – изменив патогенез и клиническое течение, приведя к возникновению совершенно нового патологического состояния. Можно утверждать о существовании двух больших групп ятрогенных верхнечелюстных синуситов: **первичных и вторичных. Первичные ятрогенные верхнечелюстные синуситы** развиваются вследствие поражения здоровой слизистой оболочки синуса. Если же пациент, у которого выявлены признаки ятрогенного верхнечелюстного синусита, ранее страдал хроническим воспалением гайморовой пазухи, а врачебные манипуляции внесли качественные изменения в патологический процесс, изменив ход болезни, формировав ятрогенную патологию, необходимо говорить **о вторичном ятрогенном верхнечелюстном синусите**. Однако, на сегодня для выявления первичной или вторичной природы ятрогенного синусита врачу приходится полагаться лишь на данные анамнеза.

Одним из направлений научного поиска должно быть изучение характерных патологических изменений при различных формах ятрогенного верхнечелюстного синусита, что позволит проводить их идентификацию и разработать методы адекватного лечения.

В развитии верхнечелюстного синусита значительное место отводится нарушению мукоциллиарного клиренса [3]. Ятрогенные факторы вызывают атрофию, некроз и метаплазию слизистой мембраны Шнайдейра (рис. 4, 5). Разрушение ресничек мерцательного эпителия механическими (инородное тело в синусе, хирургическая травма и др.) биологическими (бактерии, вирусы) и химическими (токсическое действие корневых герметиков и применяемых антисептиков) агентами, отек слизистой оболочки пазухи в области естественного соустья и нарушение аэрации приводят к блокированию защитных функций слизистой оболочки пазухи [4].

Имеется необходимость в выявлении пусковых механизмов патологических изменений в покровном

эпителии слизистой оболочки верхнечелюстного синуса под действием различных ятрогенных факторов. Возникает вопрос какие обстоятельства местного и общего характера определяют переход стоматологических мероприятий из лечебно-диагностических в ятрогенные и могут способствовать развитию синусита.

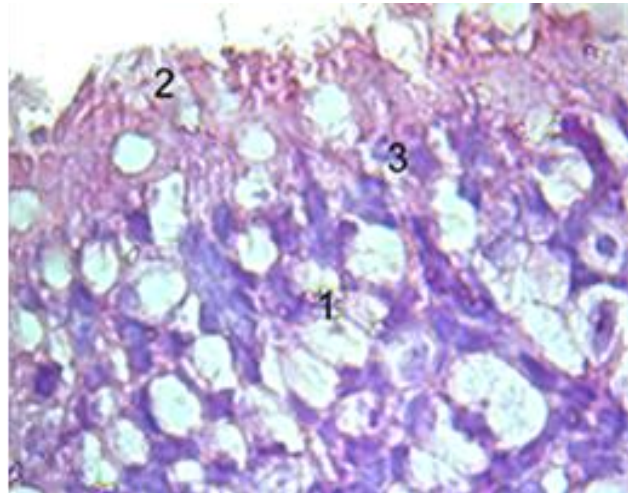


Рис. 4. Метаплазия покровного реснитчатого эпителия верхнечелюстного синуса при хроническом ятрогенном гайморите с отломком корня зуба в просвете синуса. Окраска гематоксилином и эозином. Ок.х10, об.х100. 1 - вакуолизация цитоплазмы эпителиоцитов, 2 - десквамация эпителия, 3 - внутриэпителиальный лимфоцит.

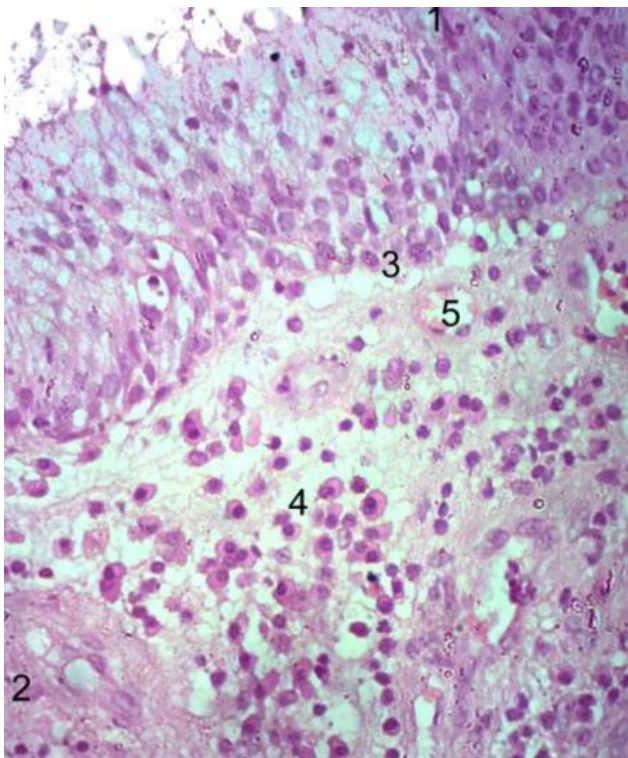


Рис. 5. Метаплазия в слизистой оболочке верхнечелюстного синуса при хроническом ятрогенном гайморите с пломбировочным материалом в пазухе. Окраска гематоксилином и эозином. Ок.х10, об.х40. 1 - метаплазия покровного реснитчатого эпителия, 2 - очаг фиброза ткани собственной пластинки слизистой оболочки, 3 - базальная мембрана, 4 - плазматитарный инфильтрат, 5 - вена.

Известно, что пневмотизация пазухи, нарушения анатомии среднего носового хода, отсутствие костной перегородки между верхушками корней моляров и премоляров верхней челюсти являются предрасполагающими факторами для возникновения верхнечелюстного синусита [2].

По критериям классификации Некачалов В. В. (1998), большинство ятрогенных верхнечелюстных синуситов стоматогенного происхождения можно отнести к ятрогениям II категории [11]. Однако, ни одна из существующих классификационных схем ятрогений не охватывает все разнообразие форм ятрогенных синуситов.

Выводы. 1. Ятрогенный верхнечелюстной синусит как превалирующее патологическое состояние среди воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи стоматогенного происхождения требует детального и разностороннего изучения.

2. Исследования должны быть направлены на систематизацию различных форм ятрогенного верхнечелюстного синусита, изучение характерных патологических изменений, что позволит идентифицировать эти формы и разработать методы адекватного лечения.

Список литературы

1. **Авдеев А. И.** Ятрогенные заболевания (медико-правовые аспекты проблемы) / А. И. Авдеев, С. В. Козлов // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – №3. – С. 13-16.
2. **Варжапетян С. Д.** Обоснование выбора методов первичного обследования пациентов с ятрогенным верхнечелюстным синуситом / С. Д. Варжапетян // Вопросы теоретической и клинической медицины (Ереван). – 2015. – Т.18, № 2 (98). – С. 43-48.
3. Верхнечелюстной синусит: современный взгляд на диагностику, лечение и реабилитацию / А. М. Сипкин, А. А. Никитин, В. П. Лапшин [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2013. – № 28. – С. 82-87.
4. **Гулюк А. Г.** Дифференциальная диагностика и лечение ятрогенных гайморитов стоматогенного происхождения : монография / А. Г. Гулюк, С. Д. Варжапетян – Издание 2-е, дополненное. – Запорожье : Кругозор, 2015. – 254с.
5. **Давыдовский И. В.** Врачебные ошибки / И. В. Давыдовский // Современная медицина. – 1941. - № 3. – С. 3-4.
6. **Зайратянц О. В.** Ятрогения в современной клинической практике / О. В. Зайратянц, Л. В. Кактурский, А. Л. Верткин, Е. А. Вовк // Фарматека. — 2008. — № 12. – С. 58-61.
7. **Зильбер А. П.** Медицина критических состояний: общие проблемы. – Петрозаводск: Издательство ПГУ, 1995. – 360 с.
8. **Козлов С. В.** Экспертная оценка ятрогенной патологии / С. В. Козлов, А. И. Авдеев // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – №3. – С. 81-83.
9. **Красильников А. П.** Ятрогения и безопасность медицинской помощи. / А. П. Красильников // Медицинские новости. – № 4. – 1996. – С. 3-10.
10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10). ВОЗ. Женева (пер. с англ.) – т. 1-3 – М., 1995 – С. 313-393.
11. **Некачалов В. В.** Ятрогения (Патология диагностики и лечения) / В.В. Некачалов. – СПб., 1998. – 43 с..
12. **Пионтковская М. Б.** Введение в проблему: верхнечелюстной постимплантационный синдром / М. Б. Пионтковская, А. А. Асмолова // Лучевая диагностика, лучевая терапия (актуальная тематика). – 2013. – №1. – С. 92-98.

13. **Смолянский А. В.** Современная клиника и проблема «второй болезни» / А. В. Смолянский // Архив патологии. – 1979. – Т. 41, №. 7. – С. 20 - 25.

14. **Тимофеев И. В.** Патология лечения: руководство для врачей / И. В. Тимофеев // СПб: Северо – Запад, 1999. – 656 с. 80.

15. **Черников Е. Э.** Врачебная ошибка: невежество или халатность? / Е. Э. Черников, М. М. Зарецкий, Н. М. Черникова // Український медичний часопис: Медицинская этика. – 2009. – №2(70) III-IV, <http://www.umj.com.ua/article/magazine/70>.

REFERENCES

1. **Avdeeva A. I., Kozlov S. V.** Yatrogenye zabolevaniya (medico-pravovye aspect). [Iatrogenic disease (medical and legal aspects of problems)]. *Dalnevostochniy meditsinskiy zhurnal*. 2009;3: 13-16.
2. **Varzhapetyan S. D.** Obosnovanie vibora metodov pervichnovo obsledovaniya patsientov s iatrogenim verkhnechelustnim sinusitom [Justification of the choice of methods of initial assessment of patients c iatrogenic maxillary sinusitis]. *Voprosi teoreticheskoy i klinicheskoy meditsini*. 2015;2 (98): 43-48. [in Armenia]
3. **Sipkin A.M., Nikitin A.A., Lapshin V.P. [et al.]** Verhnechelustnoy sinusit: sovremenniy vzglyad na diagnostiku, lechenie i reabilitatsiyu [Maxillary sinusitis: a modern view on the diagnosis, treatment and rehabilitation] / *Almanah klinicheskoy meditsiny*. 2013;28. 82-87.
4. **Gulyuk A.G., Varzhapetyan S.D.** (2015) *Differentsialnaya diagnostika i lechenie yatrogemnykh gaimoritov stomatogennogo proishozhdeniya: monografiya. Izdanie 2-e, dopolnennoe* [Differential diagnosis and treatment of iatrogenic sinusitis of dental origin: monograph: monograph, edition 2, supplemented]. Zaporozhye : *Krugozor*. 2015:254.
5. **Davydovsky I. V.** Medical errors. *Sovremennaya meditsina*. 1941;3: 3-4. [in Russian].
6. **Zayratyants O. V., Kakturskiy L. V., Vertkin A. L., Vovk E. A.** Iatrogenic in modern clinical practice. *Farmateka*. 2008;12. 58-61. [in Russian].
7. **Zilber A. P.** *Meditsina kriticheskikh sostoyaniy: obschie problem* [Medicine the terminal condition- common problems]. Petrozavodsk: Izdatelstvo PGU. 1995;360.
8. **Kozlov S. V., Avdeev A. I.** Ekspertnaya otsenka yatrogennoy patologii. *Dalnevostochniy meditsinskiy zhurnal*. 2009;3: 81-83.
9. **Krasilnikov A. P.** Iatrogenic and safety of care. *Meditsinskie novosti*. 1996;4. 3-10.
10. Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya bolezney i problem, svyazannykh so zdorovem. Desyatiy peresmotr (МКБ-10) ВОЗ. Zheneva [The International Statistical Classification of Diseases and Related Health. Tenth Revision (ICD-10) WHO. Geneva] (trans. from english). M.1995;1-3:313-393.
11. **Nekachalov V. V.** *Yatrogeniya (Patologiya diagnostiki i lecheniya)* [Iatrogenesis (pathology diagnosis and treatment)]. SPb. 1998:43.
12. **Piontkovskaya M. B., Acmolova A. A.** Introduction to the problem: the maxillary postimplantation syndrome *Luhevaya diagnostika, luhevaya terapiya (aktualnaya tematika)*. 2013;1: 92-98.
13. **Smolyannikov A. V.** Modern clinic and the problem of "second disease" *Arhiv patologii*. 1979;7 (41):20 - 25. [in Russian].
14. **Timofeev I. V.** *Patologiya lecheniya: rukovodstvo dlya vrachey* [Pathology treatment: a guide for physicians] SPb: Severo – Zapad.1999; 656:80.
15. **Chernikov E. E., Zaretskiy M. M., Chernikova N. M.** Medical error: ignorance or negligence? *Ukrayinskiy medichniy chasopis: Meditsinskaya etika*. 2009; 2(70):III-IV. <http://www.umj.com.ua/article/magazine/70>.

Поступила 01.09.15

