

## КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

*П.Т.Максименко, Л.П.Григорьева*

Украинская медицинская стоматологическая академия, г.Полтава

Клиническое мышление (КМ) — это мышление врача у постели больного. Клиническое мышление врача-стоматолога у кресла, постели, больного с патологией органов полости рта, челюстно-лицевой области. Его цель — установление точного диагноза болезни и рациональное лечение больного. КМ врача-стоматолога включает следующие аспекты: психологический, диагностический, терапевтический с его компонентами (медикаментозным, хирургическим, технологическим, функциональным, эстетическим) и прогностический.

Психологический аспект начинается с установления доверительного контакта с больным и продолжается на протяжении всего диагностического, терапевтического и прогностического периодов. Главная цель — сделать больного своим союзником против болезни, воздействуя на его личность, душевное состояние словом как лечебным фактором.

Диагностический аспект включает знание симптоматики первичных заболеваний и вторичных (симптоматических) изменений органов и тканей челюстнолицевой области как отражение патологии внутренних органов и систем организма; умение выявить симптомы болезни в процессе клинко-лабораторного исследования, подвергнуть их анализу, систематизации и синтезу с целью построения умозаключения о диагнозе основного и сопутствующего заболевания и их компонентов: этиологического, патогенетического, функционального, морфологического.

Терапевтический аспект КМ врача-стоматолога, как правило, многокомпонентный, так как больные обращаются за стоматологической помощью в острой или подострой фазе болезни, как правило одновременно страдают и сопутствующими заболеваниями органов и тканей полости рта (патологией твердых тканей зуба, пародонта, слизистой оболочки рта, аномалиями, либо дефектами зубных рядов и т.д.). Причем эти изменения довольно часто развиваются и протекают на фоне болезней других органов и систем, особенно у детей и лиц пожилого возраста. Поэтому терапевтический аспект КМ включает обоснование комплексного применения лекарственных средств многостороннего (обезболивающего, антибактериального и др.) действия в сочетании с реставрационным, хирургическим и ортопедическим вмешательствами.

Терапевтический аспект КМ включает также технологический и тесно связанные с ним функциональный и эстетические аспекты, ибо нарушение технологии применения стоматологических материалов, изготовления протезов приводят к нарушению функции жевательного аппарата, а также эстетики лица и зубов, особенно фронтальной группы.

Прогностический аспект КМ завершающий. Прогноз может быть благоприятным для жизни и здоровья пациента при правильном и точном диагнозе и адекватно обоснованном и проведенном лечении. В случаях ошибочного или просмотренного диагноза или вследствие нарушения технологии применения стоматологических материалов или изготовления протеза функция зубо-челюстного аппарата будет неполноценной и как следствие выявляются косметические и эстетический изъяны, а это довольно часто приводит к возникновению конфликтной ситуации, а в период рыночных отношений возможны и судебные разбирательства.

Поэтому формированию и развитию клинического мышления врача-стоматолога необходимо уделять пристальное внимание на общеклинических и стоматологических кафедрах в процессе обучения студентов у кресла (постели) больного, врачей интернов и совершенствовать его на курсах специализации и повышении квалификации врачей, а также самостоятельно на протяжении всего периода врачебной деятельности.

#### ЧАСТОТА ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 1995 РІК

*А.Л.Одабашьян, Н.П.Соколова, В.В.Малиновський, Ю.Г.Невертій, І.М.Пічкур*  
Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

У Полтавській області, як і по Україні та в більшості розвинутих країн світу, спостерігається тенденція до неухильного росту захворюваності на злоякісні новоутворення та смертності від них. Абсолютна кількість хворих з вперше в житті встановленим діагнозом злоякісного новоутворення, взятих на облік протягом року, за останні десять років збільшилась на 1% і досягає в 1995 році 6438. Грубий інтенсивний показник захворюваності на 100000 населення склав у 1995 році 367,3. За цим показником Полтавська область посідає одне з перших місць в Україні. Захворюваність чоловіків злоякісними новоутвореннями дещо перевищує захворюваність жінок (відповідно 3245 і 3193).

У структурі онкологічної захворюваності населення Полтавської області провідні місця займають злоякісні новоутворення легенів, бронхів і трахеї, пухлини шкіри, шлунка, молочної залози. Серед новоутворень голови та шиї перші місця посідають новоутворення шкіри (до 50 на 100000 населення), ротової порожнини і глотки (11,2), гортані (7,2), губи (6,9), щитовидної залози (3,5). Захворюваність чоловіків суттєво переважає серед хворих на рак губи (70,2), ротової порожнини (78,9), глотки (87,9) і особливо гортані (97,6). Захворюваність жінок переважає серед хворих злоякісними пухлинами щитовидної залози (78,7), шкіри (56,1).

Аналізуючи розподіл хворих за віком, слід відзначити, що хворіли в основному люди віком 60 років і старші. Але серед хворих 3Н ротової порожнини, глотки, гортані і щитовидної залози спостерігалась тенденція переважного ураження людей працездатного віку, тобто у вікових групах 45-49, 50-54, 55-59 років. Ці дані слід враховувати при формуванні груп підвищеного ризику.