

УКРАЇНСЬКИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ альманах

№ **5**

2002



полтава

ЗМІСТ

П. Т. Максименко, Т. П. Скрипникова
ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ СОТРУДНИКОВ КАФЕДРЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ 5

А.М. Филатъев
ПАВЕЛ ТИХОНОВИЧ МАКСИМЕНКО НА СЛУЖБЕ РАТНОЙ 8

ДИСЕРТАЦІЇ, ЯКІ ВИКОНАНІ ПІД КЕРІВНИЦТВОМ ПРОФЕСОРА МАКСИМЕНКА П.Т 12

ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЕВІ 14

П.Т. Максименко
ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА 14

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ТЕОРЕТИЧНИЙ РОЗДІЛ 19

Л.М.Хавалкина
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ДЕСНЕ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА НЕЕ РАЗНЫМИ ТИПАМИ ЛАЗЕРОВ 19

С.П. Ярова, Т.С. Осипенкова, Г.Ю. Агафонова, Г.І. Лесик, Л. С. Карачевська
ОСОБЛИВОСТІ АНТИОКСИДАНТНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ПАРОДОНТИТІ НА ТЛІ НОРМО- І ГІПОРЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ 23

А. А. Удод, А. Б. Мороз
ИССЛЕДОВАНИЕ КИНЕТИКИ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ ФОТОКОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ МЕТОДОМ ИК-СПЕКТРОСКОПИИ 27

В. С. Кухта
ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ВИТРИВАЛОСТІ ЗВ'ЯЗКОВОГО АПАРАТУ ЗУБІВ ЗА ВТРАТОЮ ВОЛОКОН ПЕРІОДОНТУ 29

ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ 32

Т.О.Петрушанко, Н.М.Іленко, Ю. В. Швайко
НЕКАРІОЗНІ УРАЖЕННЯ ЗУБІВ У ПІДЛІТКІВ ТА ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ТА ЇХНІЙ ЗВ'ЯЗОК ІЗ СТАНОМ ТКАНИН ПАРОДОНТА 32

Т. Д. Бублій
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИМІКРОБНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ОБТУРАЦІЇ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ 36

А.В. Петрушов, Н. І. Дігтяр, Н.Д. Герасименко, Л.Г. Савченко, М.С. Расін, В.М. Васильев
ДЕЯКІ АСПЕКТИ УРАЖЕННЯ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ 39

ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ 41

С. Г. Безруков, Е.А. Шеремета, А.Н. Шамрай
БИОПОТЕНЦИОМЕТРИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 41

ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЕВІ
УДК 616.31.-07



**ДІАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНЬ СЛИЗИСТОЇ
 ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТІ РТА**

*Українська
 медична
 стоматологічна
 академія
 г. Полтава*

П.Т. Максименко

В наших статтях [2] і даних літератури [3,4] опубліковані результати власних досліджень о частоті розходжень поліклінічних і клінічних діагнозів при захворюваннях слизової оболонки порожнини рота (СОПР). Їх частота коливається від 44 до 58%, а при деяких захворюваннях досягає 85% [2].

Аналіз наведених даних показав, що причини затруєннєв і помилок вельма різноманітні. Однак, серед них переважають суб'єктивні, т.є. пов'язані з недостатнім професіоналізмом лікаря. В процесі аналізу історій хвороби, бесідованнєв з лікарями-інтернами і курсантами циклів підвищення кваліфікації встановлено, що вони плутано представляють діагностику як процес розпізнавання хвороби, оснований на знанні нозології і семиотики хвороби, деонтології і методів комплексного дослідження, а також умінні клінічно мислити у крісела (постілі) хворого.

Аналіз матеріала підручників по стоматології показав, що в них розділ діагностики захворювань представлений викладенням тільки «Методів дослідження хворого» і короткої характеристикою одного з розділів семиотики - елементів ураження СОПР. Міжду тем, діагностика як розділ клінічної медицини включає три складові частини: «семиотику», «методи дослідження», «методологічний аспект» [5,6,7].

В підручниках, к сожалению, відсутні також відомості о частоті і причинах затруєннєв і помилок в діагностиці захворювань СОПР, як впрочем, і іародонта, а так же рекомендації по їх профілактиці [8]. Міжду тем, ці відомості вельма важливі для майбутнього лікаря, так як вони будуть насторожувати його і побуждати більш уважливо і глибше вивчати розділи діагностики, номенклатури, нозології захворювань і зміннєв, виникаючих в органах і тканинах ротової порожнини, а також к розвитку і удосконаленню клінічного мислення, що, несомненно, буде сприяти підвищенню якості діагностики і лікування хворого [9,10,11,12].

Ціль повідомлення - акцентувати увагу лікаря-стоматолога на діагностиці захворювань і зміннєв СОПР і її складові частини, на методологічних аспектах діагностичного процесу

і розвитку клінічного мислення.

Діагностика (diagnost^{cos} грець. - здатність розпізнавати) в широкому сенсі - розділ клінічної медицини, вивчаючий зміст, методи і послідовні ступені процесу розпізнавання хвороби. В вузькому сенсі діагностикою називають сам процес розпізнавання хвороби і оцінки індивідуальних біологічних і соціальних особливостей суб'єкта, включаючий цілеспрямоване медичне дослідження, інтерпретацію отриманих результатів і їх узагальнення в формі встановленого діагнозу [4,6]. Відповідно, діагностика як процес передбачає ряд умовнєв к об'єму знаннєв і уміннєв, необхідних кожному лікаря:

Першим неперемінним умовнєм розпізнавання хвороби і оцінки стану хворого є знання загальної і частинної патології органів і тканин, в тому числі щелепно-лицьової області, їх нозологічних форм в відповідності з прийнятою класифікацією хвороби.

Другим умовнєм розпізнавання хвороби є овоєння критеріїв розрізнення показателів норми і патології органів і тканин порожнини рота, на основі знаннєв медико-біологічних, обшчелінічних і стоматологічних дисциплін.

Третім умовнєм є достатнє знання сучасних методів дослідження хворого і овоєння ними, забезпечуючи своєчасність, достовірність виявлення симптомів хвороби (явних і прихованих) в процесі дослідження пацієнта.

Важливішим умовнєм діагностики захворювань є овоєння визначеної системою і методологією діагностичного процесу і достатнє сформованим клінічним мисленням.

Розпізнавання хвороби здійснюється по її симптомам, точніше, симптомокомплексам, виявляемим з допомогою обшчелінічних, стоматологічних і додаткових лабораторних методів дослідження, і оснований на методологічних принципах.

Розглянемо їх в цій послідовності.

Симптоми хвороби поділяються на:

суб'єктивні і об'єктивні, явні і приховані, локальні і обшчі, а по діагностичній значимості - неспецифічні, специфічні і патогноматичні.

К суб'єктивним відносять симптоми, викладені хворим в процесі розпиту: викладення скарги, анамнезу хвороби і життя. К об'єктивним - симптоми, виявляемі лікаря з допомогою своїх

органов чувств, а также с помощью физических и лабораторных методов. При этом следует помнить, что разграничение их на субъективные и объективные относительно. Лишь сам по себе рассказ больного субъективен, однако боль, припухлость, кровоточивость, наличие сыпи и т.д. в своей основе реальны, т.е. они объективны. Слова же больного, его речь - это субъективное выражение объективных сигналов, поступающих из очагов поражения. Эти сигналы излагаются субъектом так, как он их воспринимает.

Различают также симптомы явные и скрытые. Явные - симптомы, которые обнаруживаются непосредственно органами чувств врача. Скрытые же удаётся обнаружить лишь при использовании лабораторных методов исследования. Такое разделение симптомов также относительно, ибо их выявляемость зависит от времени обследования больного, точнее фазы заболевания, от квалификации и опыта врача, лаборанта, а также от чувствительности методики, прибора.

Очаговые (локальные) симптомы отражают характеристику очага поражения. Например, каждая язва (банальная, туберкулезная, сифилитическая и т.д.) характеризуется определенными признаками: формой, краями, основанием, рельефом дна, цветом и плотностью налета, интенсивностью болевого симптома, кровоточивостью, запахом изо рта и т.д.

Наряду с локальными могут выявляться и общие симптомы, как субъективные (недомогание, слабость, нарушение сна, аппетита и т.д.), так и объективные (повышение температуры тела, изменения АД, пульса, появление сыпи на коже, лимфаденит локальный и общий и т.д.).

Характер и интенсивность их проявления зависят от причины, вызвавшей заболевание, степени его тяжести и течения, а также от реактивности организма и др. факторов, в том числе от психоэмоционального состояния пациента.

По диагностической значимости различают симптомы: неспецифические, специфические и патогномоничные. Их характеристика и значимость для диагностики заболевания неодинаковы. Наиболее информативными из них являются патогномоничные симптомы, но они встречаются редко. Наименее информативными являются неспецифические симптомы. Поэтому в диагностике заболеваний используют симптомокомплексы, образуемые сочетаниями патогенетически взаимосвязанных симптомов.

Наряду с клиническими выделяют также лабораторные симптомокомплексы, которые в свою очередь подразделяются на локальные и общие.

Лабораторный симптомокомплекс может включать в одних случаях различные параметры изменений крови, в других - морфологических, иммунологических или аллергических показателей и т.д.

Локальные и общие симптомокомплексы всегда оказывают влияние друг на друга, однако, не всегда находятся в патогенетической взаимосвязи и потому требуют тщательного анализа, обо-

щения и последующей их проверки с использованием взаимосвязанных методов познания - индукции и дедукции.

Методы исследования больного патологией слизистой оболочки рта.

Диагностика болезней - особая область познания. Она имеет ряд особенностей в методическом плане [5,6,7].

Во-первых, сложность объекта изучения (больной человек) и его взаимосвязей с внешней средой диктуют необходимость использования многообразия методик исследования как собственно клинических, так и нередко заимствованных из других дисциплин - химии, биохимии, иммунологии и др.

Во-вторых, распознавание болезней человека осуществляется нередко на недостаточно выраженных, часто малоспецифических признаках, к тому же нередко общих для многих заболеваний (особенно в продромальный период).

В третьих, использование для диагностики так называемых "субъективных" симптомов, которые хотя и отображают объективную реальность - болезнь, но зависят не только от характера процесса, но и состояния высшей нервной деятельности больного, его психоэмоционального статуса и могут быть источником диагностических ошибок.

В четвертых - диагностическое обследование не должно причинять больному вреда. Следовательно, прямые и точные методы исследования нередко неприменимы и потому заменяются различными косвенными методами и приемами. Поэтому возрастает роль врачебного анализа, обобщения и умозаключения, т.е. клинического мышления.

Наконец, особенность диагностического процесса определяется ограниченностью во времени и возможностями обследования больного на различных уровнях: амбулатория - участковая больница - ЦРБ - городская больница - областная стоматологическая поликлиника - специализированный стационар и т.д.

В связи с этим огромное значение имеет диагностический опыт врача, формирующий его способность быстрого анализа выявленных симптомов, их систематизации, обобщения и построения умозаключения, т.е. диагноза.

Рассматривая методы исследования больного, особенно страдающего заболеваниями СОПР, следует подчеркнуть, что арсенал диагностических средств непрерывно увеличивается: вводятся новые и совершенствуются известные методики, разрабатываются специальные пробы.

Практическое использование специальных диагностических методов определяется современными требованиями к клиническому диагнозу, основанному на нозологическом принципе и включающему этиологический, морфологический, патогенетический и функциональный компоненты, которые с достаточной полнотой должны характеризовать особенности возникновения, проявления и течения заболевания.

Как известно, симптомы заболевания выявляются с помощью комплекса методов исследования больного: общеклинических, специальных стоматологических и лабораторных.

Общеклинический метод включает: опрос, обследование, осмотр, пальпацию, перкуссию.

Опрос позволяет собрать анамнез заболевания: жалобы, анамнез болезни и анамнез жизни.

В жалобах фокусируются симптомы, побудившие больного обратиться за помощью к врачу. При этом акцентируется внимание на жалобах, связанных как с поражением органов и тканей ротовой полости, так и с нарушением общего статуса больного, а также на функциональных нарушениях органов и систем (ЦНС, ССС, ЖКТ, почек и др.), твердо памятуя о взаимосвязи или взаимовлиянии локального и общего.

Тщательно собранный анамнез заболевания позволит уточнить начало заболевания, его источник, вероятную причину и предрасполагающие факторы (травма, аллергия, инфекция, облучение и т.д.), динамику развития, предшествующее лечение, его эффективность и переносимость.

Важно также уточнить профессию и перенесенные накануне заболевания. В процессе опроса врач определяет также психоэмоциональное состояние пациента, его отношение к болезни. Обнаруженные и проанализированные симптомы, хотя они изложены больным и потому носят субъективный оттенок, позволяют получить представление о характере заболевания (острое, хроническое, относится ли оно к группе первичных или вторичных (симптоматических), а также о применявшихся средствах и способах лечения больного, об их переносимости и эффективности.

Осмотр - в исследовании больного, страдающего заболеваниями органов и тканей ротовой полости, имеет особое значение, так как на их поверхности проявляется многообразие морфологических элементов как первичного, так и вторичного генеза.

Осмотр больного позволяет обнаружить ряд важных симптомов.

Уже в процессе расспроса больного фиксируется внимание на психоэмоциональных реакциях пациента: выражении лица, возможном наличии асимметрии, деформации лица и прикуса, цвете кожи лица и открытых частей тела, возможном наличии сыпи и т.д., состоянии регионарных лимфатических узлов и т.д.

При осмотре СОПР фиксируется внимание на всех возможных отклонениях от нормы ее цвета, рельефа, на наличии элементов поражения: пятен, пузырьков, папул, бугорков, афт, эскориаций, эрозий, язв, чешуек и т.д., уточняется время их появления. Выявление морфологического элемента (первичный или вторичный) весьма существенный момент, так как решающее диагностическое значение придается обнаружению первичных элементов. Однако следует помнить, что на СОПР первичные элементы часто утрачивают свои классические очертания и форму вследствие повреждающего действия различных фак-

торов: твердой и пряной пищи, острых краев зубов, их корней, пломб, зубных протезов, влияния химических веществ, микрофлоры слюны и т.д. Поэтому их анализ и обобщение следует проводить с учетом возможного действия указанных факторов, анамнеза, сочетания со сходными элементами на конъюнктиве, СО носа, половых органов, коже.

Особое внимание уделяется исследованию состояния языка, ибо "Язык - зеркало желудка", а точнее - всего организма. Это обложенный язык различного цвета и интенсивности при ряде заболеваний ЖКТ; глоссит Генгера-Меллера - при анемии Аддисон-Бирмера; глоссит с постепенной атрофией нитевидных сосочков при железодефицитной анемии; малиновый язык при скарлатине, стойкий десквамативный глоссит при болезнях печени; глоссит цвета кардинальской мантии при РР гиповитаминозе и др.

Весьма многообразные и нередко яркие изменения на языке, как и на др. участках СОПР, развиваются при интоксикациях различными веществами, а также при аллергии, кандидозах.

Поэтому, тщательно исследуя язык (цвет, интенсивность налета на его спинке, наличие и характеристика сосочков - нитевидных, грибовидных, листовидных, а также скопление лимфоидной ткани у корня и его боковых поверхностях), врач получает обширную информацию о предполагаемых причинах выявляемых изменений в языке.

Важное значение имеет пальпаторное исследование очага поражения, прилежащих тканей, регионарных, а нередко и отдаленных, лимфатических узлов, особенно при предположении заболеваний инфекционной природы и новообразований. Пальпаторное ощущение - это "вторые глаза" врача.

Нередко существенную помощь в распознавании болезни имеет выявляемый обонянием специфический неприятный запах изо рта (гнилостный при язвенно-некротическом гингивите, гангренозный при гангренозных формах пульпита и гангрене легких, запах ацетона при СД и др.

При вовлечении в процесс тканей зуба и пародонта определяется наличие дефектов в зубах, зубные отложения, изменение цвета десны, ее рельефа, оголение шеек зубов, наличие пародонтальных карманов, выделения из них, подвижность зубов и ее степень, функция жевания и т.д., анализируется их возможное влияние на возникновение и течение патологии СОПР.

Процесс распознавания болезни при первичном обследовании больного начинается не только с выявления и последующего анализа, систематизации и обобщения общих и локальных клинических симптомов (см. схему).

В зависимости от вероятных диагностических гипотез обосновывается наибольшая целесообразность использования того или иного способа (способов) лабораторной диагностики: клинических, биохимических исследований крови, в том числе на сахар, для оценки гемограммы и са

харной кривом, иммунологические, аллергологические способы для оценки уровня сенсибилизации а также неспецифической и специфической реактивности организма; бактериологического и морфологического исследований содержимого очага поражения и др.

Затем проводится их анализ и обобщение в сопоставлении с клинической симптоматикой, с учетом периода болезни и последующего умозаключения о наиболее вероятном диагнозе болезни и его компонентах.

В диагностической тактике различают три взаимодополняющих подхода к обобщению симптомов: нозологический, синдромный и построение диагностического алгоритма.

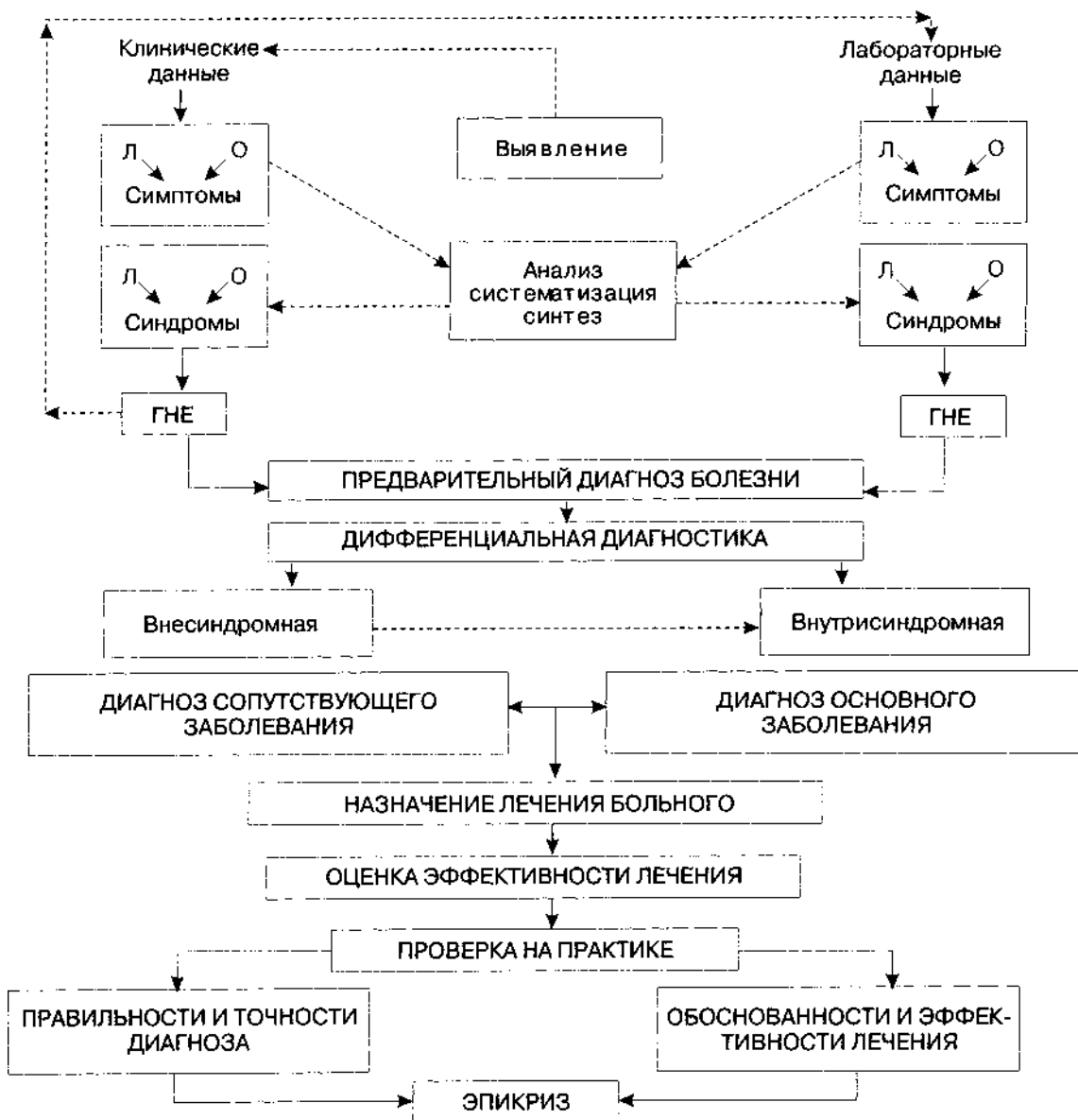
Нозологический подход предусматривает уста

новление диагноза в зависимости от совпадения всей картины болезни с известными клиническими проявлениями, типичными для определенной нозологической единицы (специфический симптомокомплекс) или по наличию патогномичного симптома.

Патогномичные и высокоспецифичные симптомы и симптомокомплексы позволяют установить достоверный диагноз болезни сразу после их выявления (например, наличие симптома Никольского и клеток Тцанка с большой долей вероятности свидетельствуют в пользу пузырчатки, выявление бледной трепонемы в очагах поражения - в пользу сифилиса и т.д.).

Основой синдромного подхода является обобщение совокупности симптомов, объединенных

ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА
Схема



Условные сокращения: симптомы, синдромы -Л — локальные, О — общие, ГНЕ — гипотетические нозологические единицы.

единым патогенезом, т.с. распознавание симптомокомплекса по сути характеризующего основной патологический процесс, хотя нозологическое определение на этом этапе еще не завершено.

Для врачебной практики синдромный диагноз имеет определенное значение, как для оказания первой помощи, так и для планирования дополнительных методов исследования (цитологических, иммунологических и др.) с целью уточнения ряда возможно скрытых симптомов болезни или фона, на котором она протекает, их последующего анализа и выдвижения наиболее вероятной диагностической гипотезы.

Каждому врачу с первых шагов практической деятельности приходится выдвигать «диагнозы-гипотезы», постоянно отыскивать новые факты (симптомы) с помощью специальных методов исследования (подтверждающих или опровергающих высказанное предположение-гипотезу), создавать новые гипотезы, опирающиеся на новые факты с учетом изменения динамики процесса, до тех пор, пока диагноз сможет объяснить всю совокупность наблюдаемых явлений; научную гипотезу, которая путем практической проверки превращается в диагноз болезни у конкретного больного [5,6,11,13].

Диагноз раскрывает сущность болезни, следовательно, его формулировка должна быть ясной и точной. Диагноз должен отражать нозологическую форму заболевания, его этиологию, топичку поражения, периоды и течение, а также фон, на котором оно протекает. Правильно и своевременно распознанная болезнь позволит обосновать рациональный метод лечения больного.

Литература

1. Максименко П.Т. Трудности и ошибки в диагностике некоторых острых поражений СОПР. - В кн.: Проблемы терапевтической стоматологии. В-3 К.: Здоров'я, 1968. - С. 111-114.
2. Максименко П.Т., Скрипникова Т.П., Киндий Д.Е. Затруднения и ошибки в диагностике заболеваний СОПР // Украинский стоматологический альманах. - 2002. - № 4. - С. 50-54.
3. Аксамит Л.А., Барышева Ю.Д. и др. Ошибки в диагностике заболеваний слизистой оболочки полости рта. - В кн.: Материалы IV Всероссийского съезда стоматологов. - М., 1982. - С. 161-162.
4. Цепов Л.М., Терешкина Л.В., Котомин Б.В. Организация лечебной помощи больным с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. - В кн.: Материалы IV Всероссийского съезда стоматологов. - М., 1982. - С. 31-33.
5. Билибин А.Ф., Царегородцев Г.И. О клиническом мышлении. - М.: Медицина, 1973. - 163 с.
6. Боткин С.П. Клинические лекции Т-П. - М, 1952 - С. 15-16.
7. Василенко В.Х., Алексеев Г.И., Жмуркин В.И. и др. ВМЭ Т. 7.
8. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. Терапевтическая стоматология. - М.: Медицина, 1998.
9. Давыдовский И.В., Примаков Н.А., Авдеев

М.И., Врачебные ошибки. - В кн.: БМЭ, Т-4, Изд.3-е. - М., 1976. - С. 442-444.

10. Рыбаков А.Е. Ошибки и осложнения в терапевтической стоматологии. - М.: Медицина, 1996. - С. 98-109.

11. Грохольский А.П., Заксон М.Л. и др. Врачебные ошибки в стоматологии. - К.: Здоров'я, 1994. - С. 93-133.

12. Данилевский Н.Ф., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. - ОАО «Стоматология». - М., 2001. - 272 с.

13. Кедров А.А., Крюков В.И. и др. Диагноз БМЭ изд. 3, Т. 7. - С. 241-243.

Стаття надійшла
30.07 02 р.

Резюме

В статті акцентується увага лікаря-стоматолога на діагностиці захворювань і змін СОПР і її складових: семіотиці .методах дослідження хворих та методологічних аспектах. Представлена схема діагностичного процесу. Підкреслюється значимість формування нозологічного діагнозу та його компонентів (етіологічного, патологічного, морфологічного, функціонального) для обґрунтування вибору найбільш ефективних засобів і способів лікування хворого.

Summary

In the article there was accented the dentist's attention on the diagnosis of the disease and changes СОPР and its components: semiotics, methods patient's investigation and methodological aspects. There was presented the scheme of the diagnostic process. There was underlined the importance of nosologic diagnosis wording and its components (etiological, pathogenetic, morfologi- cal, functional) for the grounding of the most rational choosing of means and ways of a patient's treatment.