**Практична стоматологія**

**Профілактична робота.**

Легше попередити хворобу, ніж її вилікувати. Тому великого значення в своїй стоматологічній практиці надаю профілактиці стоматологічних захворювань. Профілактичні засоби спрямовані на попередження і ліквідацію причин стоматологічних захворювань. Тому:

1. навчаю пацієнтів правильному догляду за порожниною рота шляхом індивідуальних бесід
2. даю рекомендації по раціональному харчуванню (фрукти, овочі, розділене харчування)
3. доводжу первинну профілактику: призначаю полокання порожнини рота розчином фториду натрію в концентрації 0,2 %, що збільшити час контакту фтору з поверхнею зуба, використовую фторлак методом аплікацій, втираю дифлуена гель, 3% водний розчин ремоденту
4. проводжу вторинну профілактику: санацію порожнини роти
5. призначаю ремінералізуючу терапію (електрофорес з 10% розчином глюконату кальцію, 2,5% розчином гліцерофосфату кальцію) використовую елементи загальної профілактики (назначаю кальціум, вітафтор)
6. назначаю полівітаміни (дуовіт, ревіт, мультітабс), особливо рекомендую вживати свіжоприготовані натуральні фруктові соки.

**Лікувальна робота.**

В щоденній практиці найчастіше зустрічаються такі захворювання, як карієс, пульпіт, періодонтит, клиновидний дефект, патологічне стирання зубів, гіперестезія емалі.

**Клиновидний дефект** - зустрічається частіше у людей середнього та похилого віку. Лікування проводжу, як місцеве, так і загальне. Місцево наношу фторлак, втираю дифлуена гель, при глибоких порожнинах формую порожнину і пломбую фотополімерними матеріалами. Призначаю електрофорез з 2,5% розчином гліцерофосфату кальцію та 2% розчином фториду натрію №10 по 10 хв. Призначаю полівітаміни, рекомендую підібрати м'яку зубну щітку та зубні пасти, які містять фтор.

**Гіпоплазія емалі** - пломбую лише ті порожнини, в яких виник каріозний процес. Для пломбування використовую композитні матеріали.

**Ерозія зубів** - ураження зубних тканин невиясненої етіології. Важлива роль в патогенезі відводиться ендокринним порушенням, психосоматичним факторам. Може бути наслідком негативного впливу відбілюючих паст та неправильно підібраних зубних щіток.

**Карієс** - багатофакторне захворювання, одне з най поширеніших захворювань твердих тканин зубів. Тому завжди стараюсь виявити і усунути причину виникнення карієсу. А активна медимекантозна профілактика його ефективна не лише в дитячому, а й в будь-якому віці, тому назначаю загальне медикаментозне лікування пацієнтам з множинним пораженням зубів, особливо з обтяжною спадковістю. Звертаю увагу на соматичний статус пацієнта, лікування хронічних захворювань внутрішніх органів і систем (тому таких пацієнтів лікую разом з терапевтом, ендокринологом, гематологом, т. ін.), рекомендую раціональне харчування, загальнозміцнюючу терапію.

**Гострий початковий карієс** (діаметр небільше 3 мм) – проводжу ремінералізуючу терапію засобами, основними компонентами в яких є кальцій, фтор: 0,2 % розчин фториду натрію для ротових ванночок, 75% фториста паста для втирання. Використовую фторлак. Плівка фторлаку тривалий час утримується на поверхні зубів, що забезпечує пролонговану дію іонів фтору не емаль та дентин зуба. Покриваю фторлаком зуби 1 раз в тиждень - 1 місяць, в рік -3 курси. Крім цього 2 рази в місяць втираю дифлуена гель по 5-10 хв, як зубну пасту.

При хронічному початковому карієсі застосовую методику зішліфовування пігментованих поверхонь з наступною флюоризацією.

При лікуванні поверхневого і середнього карієсу механічну обробку проводжу за Блеком, дотримуючись принципу біологічної доцільності і механічної раціональності. При лікуванні і підготовці порожнини до препарування особливого значення надаю якісній препаровці порожнини зуба. Гостроперебігаючий глибокий карієс лікую в один або два сеанси. При глибокому карієсі можу деколи атипово відпрепарувати каріозну порожнину, залишаючи при цьому незначний шар пораженого, але щільного пігментованого дентину. В таких випадках обов’язково накладаю одонтотропні та біологічні пасти. Одонтотропні пасти стимулюють утворення вторинного дентину з боку пульпарної камери і викликають ремінералізацію в області склепіння пульпарної камери ( цинк-евгенолова паста, кальміцин, дайкл).

Біологічні пасти не подразнюють пульпи, містять антибіотики, сульфаніламіди. Але я їх використовую рідко, бо тривала дія антибіотиків і стероїдів пригнічує діяльність пульпи. При глибокому карієсі не використовую спирт, промиваю порожнину перекисом водню. Висушую і накладаю одонтотропну пасту, прокладкою заповнюю порожнину до емалево-дентинної межі, щільно і рівномірно покриваючи дно, залишаючи вільною лише емаль, яку протравлюю. Кінцевим етапом є відновлення анатомічної форми зуба пломбою. Я працюю з сучасними пломбувальними матеріалами. Із композитів хімічного затвердження - це альфа-дент, крісталайн, дегуфіл; із фотополімерів - філтек, Z-250, Р-60, А-110, валюкс-плюс, сілюкс-плюс (компанія "ЗМ"), геркулайт, продіджі (фірма „Кеrr”).

У своїй роботі користуюсь такою класифікацією карієсу:

**Класифікація карієсу зубів.**

**І. Клінічна.**

1. Початковий (гострий, хронічний)

2. Поверхневий (гострий, хронічний)

3. Середній (гострий, хронічний)

4. Глибокий (гострий, хронічний)

**ІІ. По локалізації.**

1. Фігурний
2. Контактний (апроксимальний)
3. Пришийковий
4. Циркулярний

**ІІІ. По протіканню.**

1. Гострий карієс
2. Хронічний карієс
3. Цвітучий карієс
4. Рецидивуючий карієс (вторинний)

**IV. По інтенсивності пораження.**

1. Одиночні пораження.

2. Множинні пораження.

**V. Анатомічна класифікація.**

1. Карієс емалі

2. Карієс дентину

3. Карієс цементу

4. Одонтоплазія

**VІ. По наявності ускладнень.**

1. Простий

2. Ускладнений

Нові композитні матеріали та фотополімери є високоякісними, мають гарний естетичний вигляд, але мають і свої недоліки: потребують протравлення емалі кислотою, що небайдуже для зуба, не до кінця вивчений вплив гелій-неонового світла на тканини зуба, на пацієнта і лікаря. Не так швидко, як композити хімічного затвердіння, але і фотополімери з часом змінюються в кольорі. За те по міцності вони багато випереджують композити хімічного затвердіння. Гама кольорів, пластичність маси, міцність, дозволяють відновлювати пломбами такі порожнини зубів, які раніше годились тільки під протезування.

**Пульпіт** - це запалення пульпи зуба, яке виникає в результаті інфікування пульпи зуба мікроорганізмами, що проникають через дентинні канальці.

Причини виникнення:

- травма зуба

- опік пульпи при препаровці

- погрішності при лікуванні карієсу

- нераціональне використання антисептиків

- гематологічний фактор

**I. Гострий пульпіт**

- гіперемія пульпи

- обмежений серозний пульпіт

- гнійний пульпіт

- травматичний пульпіт

**II. Хронічний пульпіт**

- фіброзний

- гіпертрофічний

- конкрементозний

**III. Пульпіт, ускладнений періодонтитом**

Лікування пульпітів:

Біологічний метод лікування пульпітів дає змогу зберегти пульпу, його використовую, лише коли є показання:

1. Гіперемія пульпи

2. Гострий початковий пульпіт (обмежений серозний)

3. Травматичний пульпіт (враховую вік пацієнта до 25-30 років, давність процесу не більше двох діб, реактивність організму, шляхи поширення інфекції, відсутність перкусії).

Лікування пульпіту біологічним методом проводжу в два сеанси. При цьому методі треба обов’язково дотримуватися правил асептики та антисептики.

Після препаровки каріозну порожнину промиваю фурациліном, мікроцидом, фіз. розчином, накладаю біологічну пасту. Якщо через 1-2 дні скарг немає– пломбую зуб.

Для підвищення опірності організму назначаю:

1. Хлористий Са 10% - по 1 ст.л. 3 р. в день

2. Вітаміни

3. Антигістамінні

4. 2-3 процедури УВЧ.

Лікування пульпітів в більшості випадків проводжу під знеболенням використовуючи при цьому провідникову, піднадкістичну або інтраканальну анестезію. Користуючись такими анестетиками:

ультракаїн

убістезін

убістезін форте

Інші форми пульпітів лікую методом вітальної екстирпації. Велике значення надаю повноцінному пломбуванню кореневих каналів. Лікування пульпітів в 95% випадків закінчую в перше відвідування, інші – в два. В перше відвідування проводжу екстирпацію пульпи, пломбування кореневих каналів, відновлення зуба пломбою. Зовсім малу частину 5% зубів з запаленням пульпи лікую методом девітальної екстирпації. Методом ампутації пульпи практично не користуюсь, тому що за даними літератури останніх років, і з свого власного досвіду можу сказати, що цей метод – малоефективний і через кілька років розвиваються запальні процеси в періодонті. Цей метод більше підходить для лікування пульпітів дітей, що при пломбуванні кореневих каналів не пошкодити зону росту. Позитивні віддалені результати при лікуванні пульпітів методом екстирпації пульпи залежить від правильної механічної обробки кореневих каналів, медикаментозної обробки та повноцінного пломбування кореневих каналів. Для пломбування кореневих каналів використовую такі пасти:

ендометазон

керр

ендоформ

цинк-евгенольну пасту т.ін.

Без сумніву можу сказати, що жувальні зуби і зуби, які підлягають протезуванню, найкраще пломбувати формалінвмісними пастами. Вони мають іімпрегнуючі властивості, добре закривають мікроканали, захищаючи періодонт від вторинної інфекції. Кореневі канали різців, ікол, премолярів пломбую пастами, які з часом не змінюють колір коронки зуба (ендометазон, керр).

При використанні будь-якого пломбувального матеріалу для верхніх кореневих каналів дуже важливо довести пломбувальний матеріал до рівня верхівки кореня. Краще незначно пере пломбувати канал, тому що недопломбовані канали рано чи пізно в майбутньому дають будь-яку форму хронічного запалення періодонту. Основним методом контролю якості пломбування кореневих каналів є рентгендіагностика. Використовую його дуже широко, у більшості випадків свою роботу контролюю.

**Періодонтити**

Захворювання періодонту запального характеру. По причині виникнення розрізняють:

1. травматичний

2. хімічний

3. інфекційний

При діагностиці і лікуванні періодонтитів застосовую класифікацію періодонтитів по Лукомському:

**I. Гострий періодонтит**

а) по характеру ексудату

1. серозний

2. гнійний

б) локалізації

1. апікальний

2. маргінальний

3. дуфузний

**II. Хронічний періодонтит**

1. фіброзний

2. гранулюючий

3. грануломатозний

**III. Загострений хронічний періодонтит**

Періодонтити викликають важкі ускладнення не тільки щелепно-лицевої області, але й внутрішніх органів і систем, і як хронічне вогнище інфекції - сенсибілізує організм і веде до виникнення алергічних станів. При лікуванні гострих і загострених форм періодонтиту:

1. роблю анестезію

2. проводжу препаровку зуба (доступ до порожнини рота має бути широким, щоб вільно витікав ексудат)

3. механічну обробку кореневого каналу проводжу під ванночкою з антисептика (розчин полісорбу, дімексиду, хлоргекседин з тріхополом).

Поступово видаляю путридні маси, змінюючи інструменти на стерильні, для того, щоб не інфікувати верхівку. Якщо відтік через кореневий канал недостатній, то роблю послаблюючий розріз (при наявності підясневого, піднадкістичного абсцесу). Обов'язково треба вплинути на мікрофлору макро- і мікроканальців, зменшити запалення, сприяти регенерації. Тому для хімічної обробки використовую різні ферментні препарати (террілітін, хімопсин, антисептики: 0,06% р-н хлоргексидину, розчин дімексиду, 1% р-н йодинолу, 3% р-н перекисю водню, антибіотики). Залишаю зуб відкритим, назначаю полоскання з розчином соди і солі. Лікування хронічних періодонтитів проводжу в одне відвідування.

Лікування гострих і загострених хронічних періодонтитів - в 2–3-4 сеанса.

Крім місцевої терапії, підключаю загальну, при явищах загальної токсикації назначаю десенсибілізатори (дімедрол, піпольфен, тавегіл), при необхідності - антибіотики і сульфаніламіди.

При лікуванні гострих і загострених хронічних періодонтитів в 2-й сеанс:

* спостерігаю значне стихання гострих явищ (немає болю, відсутня перкусія, пальпація)
* знову ретельно промиваю кореневі канали розчинами антисептиків
* у каналах залишаю відтиснуті стерильні турунди, змочені розчином антисептика
* зуб закриваю тимчасовою пов'язкою

В третє відвідування (через 1-2 дні)

- проводжу медикаментозну обробку кореневих каналів,

- пломбую канали на рівні верхівкового отвору

Досить непогані віддалені результати спостерігаю при лікуванні періодонтитів ендометазоном. Гранулююча або грануломатозна форма уже через 6-8 місяців переходить у хронічну фіброзну (незначне розширення або звуження періодонтальної щілини).

Коли зуб не витримує герметизму, особливо успішно застосовую сорбенти, р-н чайного масла, камфокрезол.

**Показання до випалення зубів при періодонтиті**

Абсолютні:

1. Наростання гострих запальних явищ, не зважаючи на лікування
2. Навколокореневі кисти
3. Коли зуб є причинним у виникненні остеомієлітів чи одонтогенних флегмон
4. Періодонтитні зуби (III ст. рухомості)

Відносні:

1. Багаторазові загострення періодонтитів в зубах з погано прохідними каналами

2. Погана проходимість каналу

3. Поломка інструменту

4. Наявність перфорації

5. Захворювання пародонту

Найбільш складними для діагностики і лікування в терапевтичній стоматології вважаю захворювання СОПР і тканин пародонту. Вони вимагають ґрунтовних теоретичних знань, відповідних умінь, навиків логічного мислення.

В роботі використовую таку класифікацію захворювань тканин пародонту:

І. Класифікація гінгвітівітів

Форми:

- катаральна

- гіпертрофічна

- виразкова

Протікання:

- гостре

- хронічне

- загострення

- ремісія

Розповсюдженість:

- локалізований

- генералізований

Важкість:

- легка

- середня

- важка

II. Класифікація парадонтитів

По протіканню:

- гострий

- хронічний

- загостренний

- ремісія

По розповсюдженню:

* локалізований
* генфалізований

По важкості:

* легка
* середня
* важка.

ІІІ. Класифікація парадонтозу

Важкість:

* легка
* середня
* важка.

Протікання:

- хронічне

- ремісія

Розповсюдженість:

- генералізований

Для оцінки стану тканин пародонту використовую індекси:

Індекс РМА- капілярне- маргінальне- альвеолярний

Р - запалення сосочка - 1 бал

М - запалення краю ясен - 2 бали

А - запалення альвеолярної десни - 3 бали

сума балів

Індекс РМА-З Х число зубів Х 100%

Критерії оцінки:

Де 30% - легкий ступінь гінгвіту

30-605 - середній

60%- важкий

Індекс Федорова-Володкіної

\_\_\_\_\_\_І\_\_\_\_\_\_\_

321 І 123

кількісна оцінка:

1 бал - нема зафарбування

2 бали - зафарбування ¼ коронки зуба

3 бали - до ½ коронки зуба

4 бали - до ¾ коронки зуба

5 балів - більше ¾ коронки зуба

сума балів

ІГ - 6 зубів

1,1-1,5 - добре

1,6-2,0 - незадовільне

2,1-2,5 - незадовільне

2,6-3,4 - погане

3,5-5,0 - дуже погане

Якісна оцінка:

\_\_\_\_\_\_І\_\_\_\_\_\_\_

321 І 123

1 бал - нема зафарбування

2 бали - слабе зафарбування

3 бали - інтенсивне зафарбування

сума балів

ІГ= 6 зубів

При обстеженні хворого, беру до уваги вік хворого, характер виробництва, де він працює, характер харчування, перенесені захворювання, фактор спадковості, дотримання гігієни ротової порожнини.

При зборі анамнезу хвороби виясняю скарги хворого, їх характер (неприємний запах з роту, кровоточивість ясен, рухомість зубів), як протікає процес (швидко, повільно, циклічно), чи проводилось лікування раніше і яке, чи були загострення і з чим вони пов’язані.

Потім провожу огляд:

1. Ясна (колір, консистенція, наявність ексудату, локалізований чи генералізований характер).

2. Зуби (рухомість, чутливість, оголення).

3. Зубний камінь (надясневий, підясневий, щільний, м’який, кількість).

4. Оклюзія (вид прикусу, первинний чи вторинний травматичний сидром, локалізація травматичного перевантаження).

5. Стан вуздечки (вкорочена, деформована, без змін).

6. Лімфатичні регіонарні вузли (збільшені, болючі при пальпації, без змін).

7. Проводжу спеціальні клінічно-лабораторні дослідження:

- загальний аналіз крові

- аналіз крові на цукор

- аналіз сечі

- рентгенологічне дослідження.

При необхідності проводжу додаткове обстеження (на мікрофлору), та консультацію з іншими спеціалістами (ендокринолог, терапевт). Після відповідного клінічного, рентгенологічного, лабораторного обстеження пацієнта з патологією пародонту, проводжу комплексне жування: як місцеве, так і загальне.

При місцевому надзвичайно велике значення надаю ретельному зняттю зубних відкладень, особливо підясневих, поліруванню шийок коренів, заміні неякісних пломб, коронок, протезів, а також кюретажу парадонтальних кишень і вибірковій пришліфовці вузлів - уже 90% успіху у лікуванні легких і середніх форм важкості парадонтиту, при умові, якщо немає патологій крові, внутрішніх органів.

При обробці зубо-ясневих кишень і ясен застосовую полоскання, інстиляції, аплікації, пов’язки.

При набряку слизової назначаю полоскання з відвару трав (шалфей, ромашка, звіробій - по 1ст. ложці кожного на 1 літр кип'ятку; фурацилін, сік каланхоє, сік подорожника). Роблю інстиляції в парадонтальні кишені та аплікації на 10-15хв. Гарну дію має сік каланхое, особливо коли від інших ліків немає ефекту.

Механізм дії: протизапальна, стимулює епітелізацію, підвищує захисні властивості слизової.

При гноєтечі використовую сік календули (1 чайна ложка на 1 стакан дистильованої води).

При лікуванні парадонтитів використовую ще такі препарати:

І. Ферменти, антибіотики

ІІ. Антибіотики широкого спектру дії в поєднанні з сульфаніламідами.

ІІІ. Препарати нітрофуранового ряду

а) фурацилін

б) фуразолідон

Вони мають сильну антимікробну дію і не сприяють виникненню резистентних мікроорганізмів.

IV. Вітаміни.

а) віт. С- аплікації 1% і 5% р-ну

б) нікотинова кислота

в) 1% р-н галаскорбіну

г)вітамін Е

V. 1% р-н натрієвої солі, мефенамінової кислоти, має антимікробну дію, фунгіцидну, стимулює процес заживлення, має протизапальну і протинабрякову дію. Використовую у вигляді аплікацій, інстиляцій, додаю до паст. Пасту використовую лише тоді, коли немає показань до кюретажу, при неглибоких кишенях в стадії загострення.

Показання до кюретажу

1. Наявність парадонтальної кишені 3-5 мм.

2. Відсутність сточення ясневої стінки.

3. Рівномірна резорбція кістки альвеолярного паростка (відсутність кисткових кишень).

Обов’язково перед кюретажом:

1) шинування рухомих зубів

2) виключення травмат. Оклюзії

Для лікування гінгвітів і парадонтитів ще застосовують сорбенти, зокрема Полісорб - 1ч. метронідазолу

1ч. фурациліну

6 ч. полісорбу (на вінілі)

Сорбенти мають високу терапевтичну активність, мають імуностимулюючий та антиалергічні ефекти, мобілізують ряд лікарських речовин, пролонгуючи їх дію.

Загальне лікування назначаю строго по показаннях. Найчастіше - це антибіотики, зокрема лінкоміцин - 0,5 г по 1 табл. 4 р. в день протягом 6 днів, імуномодулятори, десенсебілізатори, вітаміни в залежності від пародонтиту. Коли має місце значна втрата зубів, рухомість, крім консервативного лікування, проводжу ще й тимчасове шинування рухомих зубів, ортопедичне лікування, іноді, при важких формах, наявності значних грануляцій, підключаю стоматологів-хірургів.

Фітотерапевтичне лікування, проводжу тільки після видалення зубних відкладень і ліквідації гострого запального процесу:

- електрофорез з препаратами кальцію, фосфору, фтору, вітаміни

- ультрафіолетові промені

- дарсонвалізація

- масаж

- вібромасаж

Велике значення має навчання пацієнта правильному догляду за порожниною рота (навчитись правильно і якісно чистити зуби, кожен день проводити пальцевий масаж, гідромасаж ясен).

Ці процедури мають неоціниме значення для профілактики і реабілітації пацієнтів, які в минулому мали легку і середню ступінь важкості парадонтиту.

Особливу увагу приділяю взяттю на облік осіб молодого віку з початковою стадією парадонтиту, так як у цьому випадку диспанзеризація дає найкращий ефект.

Критерієм для зняття з обліку є стійка, на протязі кількох років ремісія. Вилікування і стабілізація процесу залежить не лише від процедур, проведених лікарем, але й від самого хворого. Маю близько 30 пацієнтів з різними ступенями важкості парадонтипу, які лікувалися з приводу загострення хронічного парадонтиту, які регулярно заявляються на огляд.

Реміналізуючу терапію, направлену на ущільнення краю альвеолярного паростка, проводжу з допомогою електрофорезу з препаратами кальцію і фтору.

При лікуванні парадонтозу проводжу такі маніпуляції:

1) знімаю гіперстезію;

2) пломбую клиновидні дефекти

Особливу увагу звертаю на покращення мікроциркуляції кров’яного русла:

* масаж пальцевий
* гідромасаж
* вакуум- масаж

Для медикаментозної місцевої терапії використовую метилурацилову 10% мазь 2% р-н рибоксину, сік коланхоє, алоє. Обов’язково зуби зашиновую, пропоную ортопедичне лікування, при чому в останньому випадку зуби під незнімні мостовидні протези депульповую.

Оскільки щодня у своїй практиці використовую анестезію, вважаю необхідне описати деякі ускладнення при її проведенні. Найчастіше це –анафілактичний шок, який характеризується різним збудженням з послідуючим згасанням таких життєвих функцій ЦНС, як функція дихання і кровообігу з різким падінням АТ, бронхоспазмом. Частіше виникає в сенсибілізованому організмі.

По оперебігу:

* блискавична
* важка
* сер. важкості
* легка

Спершу виникає зуд на всіх слизових, неспокій, відчуття страху, поява жодного поту, набряк Квінке, блідість шкірних покровів слизових. Перша допомога:

1) Необхідно негайно припинити введення анестетика

2) Антигістамінні препарати (вводжу 0,5 – 1 мл.р-ну адреналіну)

3) Десенсибілізуючі препарати (димедрол – 1 мл.)

4) Обов’язкове введення глюконортикоїдних препаратів (150 мл. преднізолону, 4-20мл. дексаметозону або гідрокортизону)

5) Внутрівенне крапельно - для підтримання АТ- вводять поліглюкін і 1 мл. адреналіну гідрохлориду при обов’язковому розведенні його в 5-10 мл. фізіологічного розчину

6) При серцевій недостатності - серцеві глікозиди (0,5-1 мл. 0,06 р-ну корглюкону

7) Зняття спазму гладкої мускулатури (еуфілін 10 мл. 2,4% р-ну в 20 мл. 40% р-ну глюкози внутрівенне)

8) Інтубація, накладення трахеостоми.

При блискавичній і важких формах анафілактичного шоку необхідно проводити комплекс реанімаційних заходів, який включає закритий і відкритий масаж серця, інтубація, накладення трахеостоми.

Ускладненням, зв’язаним з токсичною дією препаратів для анестезії є інтоксикація препаратом при його передозуванні або введенні безпосередньо в судинне русло.

Найчастіше анафілактичний шок зумовлений введенням новокаїну та лідокаїну. Тому ці анестетики в своїй практичній діяльності, я не використовую. Закуповую тільки карпульні високоякісні анестетики (убістезін, убістезін форте, артікаїн, мепівастезін, скандікаїн т. ін.). Перед введенням завжди роблю пробу, тому важких ускладнень практично не буває. Для дітей, вагітних, гіпертоніків викорстовую анестетики без адреналіну. Обов’язково враховую вік пацієнта, його психологічний стан, анамнез життя і хвороби.

В моїй практичній діяльності кілька разів приходилось проводити комплекс міроприємств з приводу обмороку та гіпертонічного кризу.

Захворювання слизової порожнини роту

Захворювання СОПР є не менш розповсюдженими. У своїй практиці найчастіше зустрічаюсь з такими захворюваннями: гострий герпетичний стоматит, механічна травма слизової, географічний язик, хронічний рецидивуючий афтозний стоматит.

В своїй практиці використовую класифікацію Боровського Е.В. і А.Л. Машкілейсона (1984).

1. Травматичні пошкодження в результаті дії механічних факторів, високих та низьких температур, випромінювання, небезпечних метеорологічних факторів ( метеорологічний хейліт, тріщини губів), форма проявлення (гіперемія, ерозії, виразки, гіперкератози (лейкоплакії))

2. Інфекційні захворювання.

а) Пораження СОПР при гострих та хронічних інфекційних захворюваннях (кір, скарлатина, вітряна віспа, туберкульоз, сифіліс, лепра т. ін.).

б) Власне інфекційні і паразитарні захворювання СОПР і губів

1) віруси (герпеси, бородавки)

2) фузоспірохетоз

3) бактеріальні (стрепто- і стафілококові, гонорейні та ін.)

4) грибкові (кандидоз, актиномікоз)

3. Алергічні і токсико-алергічні захворювання:

1) контактний алерг. стоматит, гінгвіт, глосит, хейліт (від медикам. пластмас, які використовуються в стоматології)

2) фіксовані і розповсюджені токсико-алергічні пораження (від медикаментів, харчових речовин інших алергенів)

3) дерматози з пораженням СОПР токсико-алергічного генезу (багатоформна ексур. ерітема, синдром Стівенса-Джонсона, синдром Лонієла, первинні системні васкуліти)

4. Захворювання з аутоімунним компонентом патогенезу:

1) рецидивуючий афтозний стоматит, включаючи. рубцюючі афти

2) синдром Бехтерева, включаючи великий афтозТурена ;

3) синдром Ш'єгрена

4) дерматози з пораженням СОПР (міхурниця, пемфігоїд)

5. Шкірно-слизова реакція - ЧПЛ

6. Зміна СОПР при екзогених інтоксикаціях

7. Зміна СОПР і червоної кайми губ при патології різних організмів і систем організму

1) при вісцеринній і ендокринній патології

2) при гіпо-і авітамінозах

3) при хворобі крові і кровотворних органів

4) при патології нервової системи

5) при вагітності

8. Вроджені і генетично обумовлені захворювання

1) невуси і епітел. дисплазії

2) складн. язик і ромбов. глосит

3) гландулярний хейліт

4) дерматози з пораженням СОПР і губів (атипічний дерматит, псоріаз, т.ін.)

9. Передракові захворювання, добро- і злоякісні новоутворення

1) облігатний передрак: хвороба Боуена, бородавчатий передрак, обмежений гіперкератоз червоної кайми губ, абразивний прекарцинозний хейліт Манганотті

2) факультативний передрак: лейкоплакія, папіломатоз, кераокантома

3) доброякісні утворення

4) рак

Найбільш поширеним захворюванням СОПР є гострий герметичний стоматит

Лікування проводжу з урахуванням ступеню важкості захворювання.

Лікування комплексне:

А - місцеве,

Б - загальне

Місцеве - обов’язково знеболюю слизову (2% мазь анестезину, 0,5% р-н піромекаїну). Незалежно від періоду протікання хвороби назначаю місцеве примінення 1-2% р-ну сульфату міді (противірусна, протизапальна дія), антисептичну обробку проводжу розчинами фурациліну, мікроциду. Використовую противірусні препарати:

- теброфенову мазь 0,5%

- ріодоксолову мазь

- 0,5% бонафтонову

- 4% геліоміцинову

- 0,5 % р-н інтерферрону

- 5% інтерферонову

Для зняття фібринозного нальоту використовую ферменти.

Рекомендую багато пити, вживати вітамінізовану, не подразнюючу слизову їжу. Через кілька днів після появи останніх висипань назначаю кератопластики:

- обліпихова олія

- аевіт

- шипшинова олія

- масляний розчин віт. А, лінімент алоє.

Гарний ефект дає застосування тубус кварцу.

Загальне лікування включає в собі :

1) десенсибілізатори

2) вітаміни

3) імуномодулятори (метил-урацил, декаріс).

Підключення грибкової флори завжди підсилює протікання захворювання слизової.

При наявності дріжджеподібних грибків кандида назначаю:

1) протигрибкові антибіотики - нізорал, дифлюкан - 5 табл. по 1 табл. щодня всередину

2) десенсибілізатори

3) вітаміни

4) лікування супутніх захворювань

Місцеве лікування розпочинаю з використання (5-6 р.в день) таких розчинів:

1-2% р-н гідрокарбонату

2% р-н борної кислоти

1-2% водні р-ни анілінових барвників

полоскання йодною водою (5-10 кр. на 0,5 стакана води).

Слизову змащую:

5% ністатіновою

5% леворіновою маззю

0,5% декаміновою

1% клотрімазоловою маззю.

Місцеву обробку порожнини рота рекомендую робити багатократно протягом доби. Необхідно часто міняти препарати ( кожні 2-3 дні).

Обов’язкова санація порожнини рота, рекомендації по її гігієні. Агресивне протікання кандидозу, часті рецидиви обов’язково повинні насторожувати. Тому таким пацієнтам завжди роблю аналізи крові, щоб виключити ВІЛ - інфекцію.

За звітній період мною проведено лікування таких форм стоматологічних захворювань

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Рік** |  |  |  |  |
| Всього відвідувань |  |  |  |  |
| Всього пломб |  |  |  |  |
| В тому числі з приводу ускладненого карієсу |  |  |  |  |
| Всього санацій |  |  |  |  |
| Запломбовано кореневих каналів |  |  |  |  |
| Проведено анестезій |  |  |  |  |
| Зроблено хімічних композитів |  |  |  |  |
| Зроблено світлополімерів |  |  |  |  |

За звітний період мною було вилікувано різних форм періодонтитів:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Роки** | **Всього** | **Гострі форми** | **Хронічна грануломатозна** | **Хронічна гранулююча** | **Хронічна фіброзна** | **Заг.**  **хроніч.**  **періодонт.** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

За звітний період мною вилікувано запальних процесів пульпи:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Роки** | **Всього пульпітів** | **Вилікувано біологічним методом** | **Вітальна екстирпація** | **Вітальна ампутація** | **Де вітальна екстирпація** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Неускладнений карієс до ускладненого карієсу

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Аналіз роботи за період 1997-2001 р.**

**Підсумки.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Відвіду**  **вання** | **Первин-ні відві-дування** | **Пломб** | **Санацій** | **Співвід**  **нош. кар.**  **до**  **усклад**  **карієсу** | **Співвід**  **нош.**  **вітальн**  **методу екстир.**  **до девітал** | **Співвід**  **нош.**  **вилік. Рt**  **до вилік.**  **Рt в**  **1-е відвід.** | **Співвід**  **нош.**  **принят.**  **хвор. до санова**  **них** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Співвідношення вітального методу лікування пульпітів до девітального.**



У проміжку 1997-2001рр. Спостерігається зростання лікування пульпітів методом вітальної екстирпації. Це свідчить про сучасний підхід до лікування пульпітів, яке закінчується в одне відвідування.

**Співвідношення лікування періодонтитів в одне відвідування до лікування періодонтитів в кілька сеансів.**



За останні роки зростає кількість періодонтитів в одне відвідування. Використання високоякісних пломбувальних матеріалів для кореневих каналів, якісні ендодотичні інструменти (К-файли, Н-файли, суперфайли, та. ін.)

Представлений мною звіт відображає лише загальні аспекти моєї практичної діяльності. Моя робота вимагає високого професійного рівня і відповідального ставлення. Я стараюсь прикладати максимум зусиль, щоб забезпечити для пацієнтів якісне, безболісне і кваліфіковане лікування.

**Неускладнений карієс до ускладненого.**



Зменшується кількість хворих, які звертаються за стоматологічною допомогою з приводу ускладненого карієсу. Співбесіди з хворими, планові консультації ведуть до покращення стану твердих тканин зубів у пацієнтів та своєчасне виявлення різних патологій.

**Диспансеризація стоматологічних хворих з захворюванням пародонту.**



Збільшується кількість санованих, які звертаються в приватну клініку і проходять повний курс лікування парадонтиту.

**Класифікація передракових захворювань**

І) На СОПР:

**- факультативні**

1) лейкоплакія:

а) верукозна

- бляшка

- бородавчата

б) ерозивно-виразкова

2) папіломатоз

3) ерозивно-виразкова форма червоного плоского лишаю

4) післяпроменевий стоматит

**- облігатні**

1) хв. Боуема Кейера

2)

ІІ) на червоній каймі губів:

**- облігатні:**

1) бородавчатий

2) абразивне преканцерозний хейліт Манганотті

3) обмежений преканцерозний гіперкератоз

**- факультативні**

1) ексфоліативний хейліт

2) гландулярний

3) ерозивно-виразкова форма лейкоплакії

4) шкірний ріг

Основними ознаками переродження є:

* довгонезаживаюча виразка
* поява ущільнення хрящеподібного
* тенденція до кровоточивості
* на гіперкератозі є пігментація
* поява атипових клітин

**Туберкульозна виразка** - виразка овальна щільноподібна, краї нерівні, підриті. Дно покрите сірими грануляціями, серед яких є жовті цяточки (тільця Треля). Краї неущільнені, бо запалення гіпоергічне.

Цитологічне - палочки Коха.

Гістологічне - гігантські епітеліальні клітини Пирогова - Лангганса.

**Ракова виразка** - кратероподібна форма, дно щільне і нерівне, краї бугристі. Лімфовузли спаяні один з одним і підлежачими тканинами - пакети.

**Сифілітична виразка** - краї припідняті, рівні, дно і краї ущільнені, блюдцеподібна форма, дно рівне блискуче (сальний блиск). Лімфовузли неспаяні - бубони. Цитологічно - бліда трепонела. Холодна ангіна - суб'єктивних ознак немає, а горло червоне.

**Загальні ознаки синдрому набутого імунодефіциту**

**(СНІД)**

* поліаденія різної локалізації
* наявність тривалої температури
* наявність хронічної діареї (не менше 2-х місяців)
* втрата ваги на 10% і більше
* схильність до запальних і гнійничкових процесів шкіри і слизових
* наявність хронічних пневмоній, стійких до терапії

**Місцеві ознаки в порожнині рота.**

Кандідоз - гострий псевдомембраноз, кандідоз у дорослих протікає тривало (2-3 місяця), наявність еритеми без нальоту.

Хронічний гіперпластичний кандідоз - двостороння локалізаціяна щоках, твердому і м’якому піднебінні у молодих.

Гострий виразково-некротичний гінгіво-стоматит - початок з виразкуванням сосочків, як наслідок - наліт жовто-сірий і нещільноспаяний з живими тканинами. Швидко прогресує, захоплює міжальвеолярні перегородки, утворюються секвестри.

ВІЛ-парадонтит - проходить швидко і раптово. У дорослих є гострий герпес, гіперемія, міхурі, ерозії, виразки, довготривало не гояться, часті рецедиви. Локалізація: язик, піднебіння, дно порожнини рота, губи, слизова геніталій.

Наявність волосяної лейкоплакії спостерігається тільки у ВІЛ-хворих. Типова локалізація двохстороння - по краях язика. Це є білуваті волосоподібні, без чіткої межі з здоровими слизовими, поверхня нерівна. На слизовій - складки білуваті, які нагадують пасма.

Саркома Капоші - це пораження шкіри ніг. Якщо на слизовій порожнині рота появляються одна-дві фіолетові плями, які потім утворюють вузлики, це говорить про хворобу СНІД. Потім ці вузлики темніють, збільшуються в розмірі.

**Література, якою я користуюся в своїй професійній діяльності.**

1. Максименко П.Т. Догляд за порожниною рота., Київ 1974

2. М.З. Наим. Зубные протезы и уход за ними. Москва 1975

3. Федоров Ю.А. Гигиенические средства для полости рта.

4. Л.А. Фоменко, Н.В. Віденко Практична ендотія. Київ 1998

5. Е. Хельви, Й. Климон Терапевтическая стоматология.1999

6. В.С. Иванов Заболевания пародонта. 1989

7. Иванов, Овруцький. Практическая ендодонтия. 1984

8. Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии. 1984

9. Е.С. Яворская, Я.Й. Урбанович. Пульпиты. 1984

10. В.Й. Лукьяненко Неотложная стоматологическая помощь.1976

11. Боровський, Н.Ф. Данилевский Атлас заболеваний слизистой оболонки полости рта 1981

12. Гумецький Р.А., Завадна О.Е., Рожко М.М., Січкоріз Л.М. Психологічна і медикаментозна підготовка пацієнтів у стоматологічній практиці. Львів. 2000р.

13. Гумецький Р.А., Завадна О.Е., Рожко М.М., Скрипніков Л.М. Ускладнення від місцевої анестезії в щелепно-лицевій ділянці.

14. В.Й. Яковлева, Е.К. Трофимова, Т.П. Давидович, Г.П. Просверняк Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний

15. А.И. Рыбаков Справочник по стоматологии.

16. А.И. Марченко, Е.Ф. Кононович, Т.А. Солнцева Лечение заболеваний в детской терапевтической стоматологии.