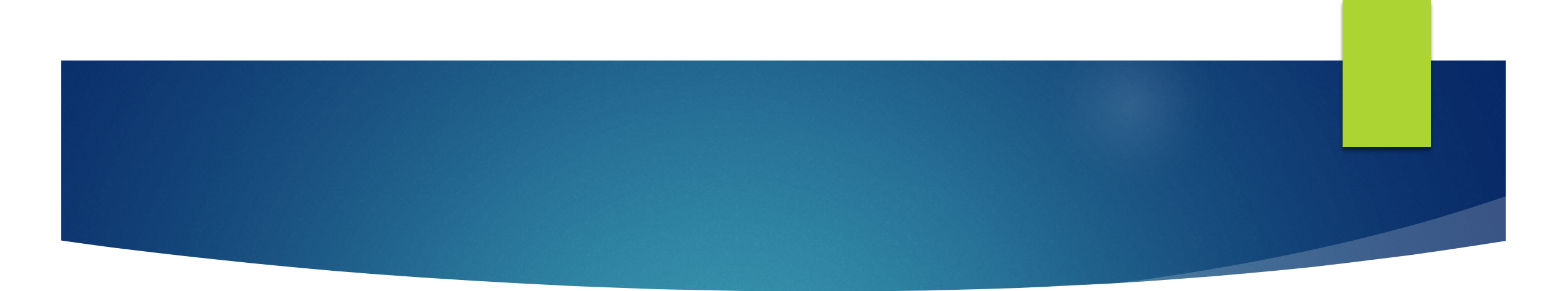


Лекція №5
з дисципліни «СУЧАСНА СТОМАТОЛОГІЯ»
для підготовки доктора філософії
на третьому (освітньо-науковому) рівні вищої освіти
спеціальності 221 «Стоматологія»

Зміни слизової оболонки порожнини рота при соматичних захворюваннях, алергічних ураженнях та екзогенних інтоксикаціях. Тактика лікаря-стоматолога. Сучасні лабораторні та цифрові методи діагностики.

Лектор:
д.мед.н., проф. Марія ШНКАРУК-ДИКОВИЦЬКА



СОПР — це не просто анатомічна зона нашої компетенції, це унікальне «діагностичне вікно» всього організму.

Понад 70% системних патологій, імунних зсувів та токсичних впливів мають перші прояви саме в порожнині рота.

Наше завдання сьогодні — навчитися читати ці маркери за допомогою цифрових та молекулярних технологій.

Патологія ШКТ та ендокринопатії

- **Шлунково-кишковий тракт:**

- гіперацидний гастрит: гіперемія, набряк, білий наліт, десквамативний глосит
- виразкова хвороба: глибокі хронічні афти/виразки (асоційовані з *H. pylori* в слині)
- синдром мальабсорбції: атрофія сосочків язика (язик «лакований», «географічний»)

- **Ендокринна система (Цукровий діабет):**

- Ксеростомія, стійкий кандидоз, гіперемія з ціанотичним відтінком.
- Трофічні виразки, що не загоюються. Деструктивний пародонтит.

При патології ШКТ порушується всмоктування вітамінів групи В, заліза та цинку, що миттєво викликає зсуви в мітотичній активності епітелію СОПР.

При цукровому діабеті під впливом хронічної гіперглікемії відбувається мікроангіопатія — капіляри склерозуються, тканина перебуває в стані ішемії, що блокує регенерацію.

Гематологічні розлади

- **Залізодефіцитна та В12-дефіцитна анемії:**

- Синдром Пламмера-Вінсона (атрофія СОПР, дисфагія).
- Глосит Хантера (малиновий, гладкий, болючий язик при дефіциті В12).

- **Гострі та хронічні лейкози:**

- Гіперплазія та некроз ясеневих сосочків (ясно виглядають як «сире м'ясо»).
- Спонтанні петехії, екхімози, виразково-некротичні процеси без вираженої лейкоцитарної інфільтрації довкола.

Стоматолог може бути першим, хто запідозрить гострий лейкоз. Якщо ви бачите дифузну, безпричинну проліферацію ясен, яка швидко переходить у некроз, і супроводжується кровоточивістю — негайно направляйте пацієнта на розгорнутий аналіз крові! Жодних хірургічних маніпуляцій чи кюретажу до отримання результатів!

Алергічні ураження СОПР

Класифікація та імунопатогенез

Контактні стоматити (тип IV — уповільнена гіперчутливість):

- Реакція на акрилові мономерні протезів, нікель-хромові сплави, пластифікатори.
- Клініка: чітко обмежена еритема, набряк, печіння, мікроепулі.

• Медикаментозна алергія (тип I та III):

- Набряк Квінке (ангіоневротичний набряк губ, язика — загроза асфіксії).
- Багатоформна ексудативна еритема (БЕЕ): кокардоподібні плями на шкірі, масивні ерозії на СОПР, покриті брудно-кривавими кірками на губах.

Контактна алергія в стоматології найчастіше провокується залишковим мономером в акрилових базах протезів.

БЕЕ або синдром Стівенса-Джонсона — це важкі імунокомплексні реакції, викликані найчастіше сульфаніламидами, антибіотиками чи НПЗЗ, що потребує негайної госпіталізації.

Ознаки професійних та побутових отруєнь важкими металами:

- **Ртутна інтоксикація (Меркуріалізм):** виразковий стоматит, металевий присмак, темна облямівка сульфіду ртуті на яснах, салівація.
- **Свинцева/Вісмутова інтоксикація:** «свинцева» (сіро-платинова) або «вісмутова» (чорно-бура) кайма по краю ясенного маргіналіума, пігментація щік.
- **Медикаментозна інтоксикація:**
 - Бисфосфонатний некроз щелеп (аваскулярний остеонекроз після прийому антирезорбтивних препаратів).

Поява кайми важких металів зумовлена тим, що іони металів, циркулюючи в крові, реагують із сірководнем, який виділяє анаеробна мікрофлора ясенних кишень. У результаті утворюються нерозчинні сульфіди, що відкладаються в капілярах.

Бисфосфонатні некрози — це виклик сучасності, стоматолог має чітко збирати анамнез щодо прийому препаратів від остеопорозу.

Цифрові методи діагностики уражень СОПР

- **Аутофлуоресцентна стоматоскопія (VELscope, Візілайт):**
 - Принцип: тканина опромінюється світлом певної довжини хвилі (400–460 нм).
 - Норма — зелене свічення.
 - Патологія (ішемія, атипія, запалення) — втрата флуоресценції (темні зони).
- **Цифрова спектрофотометрія та фотодинамічний аналіз:**
 - Об'єктивна оцінка індексу еритеми та насиченості тканин киснем.
- **Комп'ютерна морфометрія зображень:**
 - Скринінг та архівація меж уражень для контролю динаміки лікування за допомогою ШІ-модулів.

Око стоматолога суб'єктивне. Використання систем типу VELscope дозволяє нам диференціювати банальне запалення від передраку чи ділянок некрозу на ранніх етапах. Цифрова архівація дозволяє точно оцінити, зменшується ерозія в розмірах чи ні.

Сучасна лабораторна та молекулярна верифікація

Елі-тести (ELI-Viscero-Test): молекулярна диференціація системних автоімунних маркерів у сироватці та слині для виявлення органоспецифічних уражень.

Оцінка біомаркерів ротової рідини (мультиплексний ІФА/ELISA):

- Рівень сухості/стресу: концентрація кортизолу та хромограніну А.
- Ангіогенез та руйнування тканин: VEGF, ММП-1, ММП-8.

Цитоморфометрія та рідинна цитологія (Liquid-based cytology):

- Точна верифікація клітинного складу без артефактів висушування мазка.

Замість старого мазка на склі ми використовуємо рідинну цитологію, яка дає змогу стандартизувати клітини. Аналіз матриксних металопротеїназ у слині чітко диференціює алергічний деструктивний процес від соматичної атрофії.

ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА ТА МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПРОТОКОЛ

Алгоритм дій при соматичній патології:

- Усунення місцевих подразників (гострі краї, гальваноз) → симптоматична теплісна терапія
- направлення до профільного спеціаліста (гастроентеролог, гематолог, ендокринолог).

Алгоритм дій при гострій алергічній реакції:

- Припинення введення алергену → Адреналін (епінефрин) 0,1% в/м (при анафілаксії/набряку Квінке) → Глюкокортикоїди (дексаметазон/преднізолон) → Антигістамінні → Киснева підтримка.

при хронічній алергії/інтоксикації:

- Заміна конструкційних матеріалів (протезів), детоксикаційна терапія.

Стоматолог не лікує лейкоз чи гастрит. Наша роль — купувати біль, запобігти вторинному інфікуванню СОПР та негайно інтегрувати пацієнта в систему загальномедичної допомоги. Але у випадку гострої алергії в кріслі (наприклад, на місцевий анестетик) — ви повинні діяти самостійно, чітко за протоколом надання екстреної допомоги!

Профілактика та маршрутизація пацієнтів

- **Екстраоральний та інтраоральний онкоскринінг** при кожному візиті пацієнта з соматичною обтяженістю.
- **Алергологічний анамнез та скринінг:** проведення патч-тестів (клаптевих тестів) перед протезуванням складними сплавами та пластмасами.
- **Гігієнічний супровід:** призначення безспиртових, низькоабразивних паст та засобів, що стимулюють саливацію (при ксеростомії).
- **Міждисциплінарний консиліум** як стандарт сучасної аспірантури та клінічної практики.

Сучасна стоматологія відходить від концепції «лікування зуба». Ми лікуємо пацієнта в цілому. Профілактика ускладнень на СОПР при соматичній патології полягає у пильному моніторингу та усуненні найменших тригерів інфікування й травми.

Протокол екстреної допомоги при анафілаксії в стоматологічному кріслі»:

- **Крок 1: негайні дії** — припинення введення алергену, переведення пацієнта в положення Тренделенбурга (горизонтально, ноги підняті), виклик екстреної медичної допомоги (103).
- **Крок 2: перша лінія (Адреналін)** — покрокове дозування **Епінефрину 0,1%**:
 - Дорослим: **0,3–0,5 мл** внутрішньом'язово (в передньобоківу поверхню стегна).
 - Дітям: **0,01 мг/кг** (максимально до 0,3 мл). Повторне введення за відсутності ефекту через 5–15 хв.
- **Крок 3: друга лінія (Глюкокортикоїди)** — системне введення **Дексаметазону (8–16 мг)** або **Преднізолону (90–120 мг)** в/м або в/в для запобігання відстроченої фази шоку.
- **Крок 4: забезпечення дихання та моніторинг** — інсуфляція кисню, контроль проходимості дихальних шляхів (за потреби — потрійний прийом Сафара), постійна фіксація АТ та ЧСС кожні 2–3 хвилини.

Зверніть особливу увагу на локалізацію ін'єкції адреналіну!

Тільки **середня третина стегна (m. vastus lateralis)** забезпечує максимальну швидкість всмоктування гормону в системний кровотік (протягом 5–8 хвилин).

Введення в дельтоподібний м'яз плеча чи, тим паче, під язик у стані тяжкого шоку є помилкою через спазм периферійних капілярів і затримку терапевтичного ефекту на 20–30 хвилин, що може коштувати пацієнту життя.

Адреналін — це єдиний препарат, який блокує дегрануляцію огрядних клітин і рятує від судинного колапсу.»

Диференційна діагностика невідкладних станів на стоматологічному прийомі

Критерій діагностики	Зомління (Синкопе / Колапс)	Токсична реакція (Передозування)	Анафілактичний шок
Основна причина	Психоемоційний стрес, страх, біль, раптова вазодилатація.	Перевищення дози анестетика або випадкове введення в судину.	Імуноглобулін-Е (IgE) опосередкована системна алергічна реакція.
Швидкість розвитку	Раптово (секунди-хвилини) після триггеру; є продромальний період.	Швидко (1-3 хв при внутрішньосудинному) або через 5-15 хв.	Блискавично (від кількох секунд до 15-30 хвилин після контакту).
Свідомість	Короткочасна втрата (до 1-2 хв), швидко відновлюється в горизонталі.	Затьмарення, дезорієнтація, збудження, що переходять у кому.	Швидка втрата свідомості, яка не відновлюється від зміни положення.
Артеріальний тиск	Короткочасне падіння АТ (гіпотонія) в момент зомління.	Спочатку помірне підвищення АТ, потім стрімке падіння.	Критичне і прогресуюче падіння АТ (колапс), що погано купується.
Пульс та ЧСС	Брадикардія (рідкий пульс, <50-60 уд/хв), слабке наповнення.	Тахікардія, яка при наростанні токсичності переходить у брадикардію.	Виражена тахікардія (ниткоподібний пульс, >110-130 уд/хв), аритмія.
Дихання та Шкіра	Поверхнєве дихання. Блідість, холодний липкий піт, мідріаз.	Задишка, судоми м'язів обличчя/тіла. Шкіра бліда чи ціанотична.	Бронхоспазм, ядуха, набряк Квінке. Еритема, кропив'янка, свербіж шкіри.
Першочергова тактика	Горизонтальне положення (ноги догори), нашатирний спирт, доступ кисню.	Припинити введення, кисень, протисудомні (діазепам) за потреби, інфузія.	Припинити введення, ЕПІНЕФРИН (Адреналін) 0,1% 0,3-0,5 мл в/м негайно!

“

Дякую за увагу!!!

”