dentikkeli

KUOPION KORKEAKOULUN HAMMASLÄÄKETIETEEN
OPISKELIJOIDEN JULKAISU IV vsk. N:o 2/80

Uusi sentraalisesti vaikuttava analgeetti

MEDIPOLAR
FARMOS-YHTYMÄ OY

RIMAGIN

rimatsolimetyylisulfaatti

hampaanpoiston jälkeisiin kipuihin

300mg tabl.

- **Tehokas analgesia lieviin ja keskivaikeisiin kiputiloihin**
- **Puhdas analgesia** ilman antipyreettisistä tai anti-inflammatorista vaikutusta
- **Lievä sedatiivinen vaikutus**
- **Edullinen vaikutus hengitystoimintaan:** ehkäisee mm. morfiinin aiheuttamaa hengityslamaa
- **Ei addiktio-ongelmia eikä toleranssia**

Indikaatiot: Lyhytaikaista hoitoa vaativat lievät ja keskivaikeat kiputilat ja säryt. Esimerkiksi postoperatiiviset kivut, hammassäryt, hampaanpoiston jälkeinen kipu, traumakipu, päänsärky, artroosikivut.

Pakkaukset ja hinnat: 10 tabl. 9,01, 30 tabl. 21,15, 100 tabl. 58,86.
Hoitokustannukset annoksella 1 tabl. x 3-4 1,77-2,36 mk/vrk.

FinnDent

suomalainen laatutuote

OY DENTALDEPOT AB

Eteläranta 2, 00130 Helsinki 13, puh. 90-12601

Sali-Synt

Valmiste suun kosteuttamiseen

Koostumus:

K^+	21,1	mekv/l
Na^+	14,9	,,
Mg^{++}	1,2	,,
Ca^{++}	3,0	,,
Cl^-	27,6	,,
HPO_4^{--}	9,2	,,
$H_2PO_4^-$	2,4	,,
SCN^-	1,0	,,
F^-	2	ppm
Sorbitol.	30,0	g

Methyl. parahydroxybenz., propyl. parahydroxybenz. et constit. q.s.
Aq. purif. ad 1,0 l
pH n. 7

Käyttöalue ja annostus:

Eri syistä johtuvan suun kuivuuden helpottamiseen 2–3 suihketta tarvittaessa.

Suihkepullo
100 ml

LÄÄKETEHDAS
REMEDA
ORION-YHTYMÄ OY
KUOPIO

ALKAJAISIKSI

Kirjoittaessani tätä ovat nuo koulutusta salaperäisesti osoittavat kirjaimet nimen edessä muuttuneet HLK:sta HLL:ksi. Minun ei siis pitäisi kirjoittaa tätä.

Tuo yhden kirjaimen muutos ei varmasti ole miestä muuttanut ja hankaluuksia siinä onkin tottua kuulemaan oman äänensä sanovan ammattia kysyttäessä »hammaslääk...». Kirjaimen vaihtuminen on merkinnyt toisaalta »vapautumista» lukemisen »pakosta», johon en koko opiskeluaikana tottunut, toisaalta toisenlaisen pakon eteen asettumista — on suoriuduttava työstään hammaslääkärinä valitsemassaan muodossa.

Opiskelun loppumisesta ei ole pitkän pitkää aikaa, mutta sopivasti ajatuksiaan sumentamalla voi esiin saada joitakin jälkeen jääneitä päällimmäisiä mielikuvia. Opiskelu itsessään ts. tiedon hankkiminen, tentissä menestyminen (harvinaista, mutta ei jäänyt kokonaan kokematta) jne. ei ollut periaatteessa kovinkaan kivaa. Positiivisempia mielikuvia sen sijaan jäi monesta opiskelun ulkopuolisesta, mutta siihen liittyvästä puuhasta. Kaiken kaikkiaan muistojen yllä leijuu yhä jonkinlainen taistelukentän usva.

Myöskään ammatin aloittamisesta ei vielä ole kulunut pitkää aikaa, mutta nuoruuden varmuudella päässä liikkuu joitakin periaatteita, joihin ajatuksensa rakentaa. Eräs näistä on: »Kun työ alkaa maistua työltä, se ei ole enää mukavaa». Sinänsä järjetöntä, mutta mielestäni järkevää, sillä jos ihminen viettää työnsä ääressä niinkin suuren ajan elämästään, sen tulee olla mahdollisimman vähän pakon sanelemaa. Ongelma on vain siinä, että niitä pakotteita on kovin paljon ja ihminen keksii jatkuvasti uusia.

Sincerely Yours
MaX

DENTIKKELI

JULKAISIJA
Kuopion korkeakoulun hammaslääketieteen opiskelijat
Dentina r.y.
PL 138, 70101 Kuopio 10
puh. 971-162270, 162260, 162267

PÄÄTOIMITTAJA
Martti Kainulainen

TOIMITTAJAT
Juha-Pekka Juuti, Marianna Valtonen,
Ari-Pekka Parviainen

VALOKUVAT
Ari-Pekka Parviainen

PIIRROKSET
Kari Konki

ILMOITUKSET
Jarmo Ripatti

SISÄLTÖ:

Pääkirjoitus 5
Hammaslääketieteen koulutuksesta Kuopion korkeakoulussa 6
Hammaslääkärin työstä terveyskeskuksessa 11
Lichen Planus-ihotautisuussa 13
Cursus Konki 14.5.1980 17
Syksyn keltaiset lehdet 18

Offsetpaino Lauri Tuovinen — Kuopio 1980

Anneli Milén
Martti Kainulainen

HAMMASLÄÄKETIETEEN KOULUTUKSESTA KUOPION KORKEAKOULUSSA

Seuraavassa esitetyt mielipiteet pohjautuvat Kuopion korkeakoulussa vuosina 1975–80 annettuun hammaslääketieteen opetukseen ja näin ollen täydellistä vastaavuutta nykyisen opetuksen sisältöön ei ole voitu saavuttaa. Olemme kuitenkin katsoneet, että viiden vuoden koulutuksensa juuri päättäneillä on syytä antaa oma palautteensa mahdollisesti jopa vaikuttamaan tuleviin päätöksiin.

Luonnontieteellinen ja yleislääketieteellinen opetus

Luonnontieteiden perusteita opetetaan erittäin tarkasti ja syvälle menevästi ensimmäisinä opiskeluvuosina. Solubiologiassa, genetiikassa ja fysiologiassa annetaan opetusta, joka on integroitu varsin pitkälle lääketieteen opetukseen. Nämä kurssit ovat aloittavalle opiskelijalle raskaita ja seuraavassa esitettävistä syistä helposti irrallisiksi jääviä. Näiden peruskurssien tasoista, ja ennen kaikkea syvyistä opetusta sovellettuna hammaslääketieteeseen ei nimittäin saada juuri ollenkaan missään opiskelun vaiheessa ja saatujen tietojen yhdistämistä käytännön tietoudeksi ei tapahdu.

Korjausesityksinä esitämme kahta perusajatusta. Ensinnäkin keinotekoisesta 2 vuotta perusopetusta ja 3 vuotta hammaslääketieteellistä opetusta jaoituksesta olisi opetusresurssien puitteissa luovuttava. Luonnontieteellisen perusopetuksen jälkeen ensimmäisen kahden ja puolen vuoden aikana olisi käytävä läpi samat perusteet hammaslääketieteen kannalta. Näihin aiheisiin olisi sitten palattava yhä syventävämmässä mielessä neljännen ja viidennen opiskeluvuoden aikana hammaslääketieteen osa-alueiden puitteissa. Tämä on nykyisillä opettajaresursseilla kieltämättä vaikeaa, mutta ensimmäisten opiskeluvuosien peruskoulutus on melko pitkälle hukkaan heitettyä henkistä pääomaa jos tietoutta ei yhdistetä käytäntöön ja hammaslääkäreille merkitykselliseen kokonaistietämykseen.

Toinen asiantilaa korjaava perusajatus on edelliseen liittyen se, että luonnontieteiden ja erityisesti yleislääketieteen perusteet kytkettäisiin voimakkaammin käytännön hammaslääketieteen opetukseen. Pyrittäisiin selvittämään opiskelijalle annettujen perustietojen merkitystä »suussa» — unohtamatta tietenkään koko ihmistä. Opetus kokonaisuudessaan tulisi saada luento- ja kirjatietoustasolta lähemmäksi käytännön sovellutuksia. Tulisi tuoda enemmän esille perustieteiden ja hammaslääketieteen yhtymäkohtia. Tämän käytännön toteuttaminen vaatisi entistä tiiviimpää ja molemmin puolin sovittelevaa yhteistyötä esimerkiksi KYKS:n ja sen vaikutusalueen kanssa sekä nykyistä laajem-

paa mahdollisuutta pienryhmäopetuksen antamiseen. Tällainen integrointi epäilemättä lisäisi alusta alkaen opiskelijan tajua potilaasta kokonaisuutena ja palvelisi omalta osaltaan myös akateemisuuden vaatimusta.

Esimerkkinä perusopetuksen ja hammaslääketieteen osa-alueiden yhteen kuromisesta mainittakoon genetiikka ja ortodontia, mikrobiologia ja kariologia sekä ehkäisevä hammaslääketiede, fysiologia ja parodontologia, sosiologia ja sosialihammaslääketiede, yleispatologia ja oraalipatologia jne.. Jonkin verran näillä aloilla on yhteen kuromiseen pyrittykin, mutta vielä tarvitaan lisää ajatuksellista loogisuutta ja jatkuvuutta, mikä tarkoittaa käytännössä mm. sitä, että opettajien tulisi olla nykyistä paremmin selvillä opiskelun eri vaiheissa pidettyjen kurssien sisällöistä.

Yleislääketieteelliset kurssit sijoittuvat opiskelun kolmannelle ja neljännelle vuodelle. Näiden kurssien opettajien yleisenä valituksena on, etteivät he tiedä hammaslääketieteen opiskelijoiden tietojen lähtötasoa eivätkä aihettaan sivunneiden kurssien sisältöä. Tämä on ymmärrettävää, mutta ei välttämättä hyväksyttävää, sillä siitä seuraa turhaa ja sekoittavaa päällekkäisyyttä sekä »hällä väliä»-tyyliä. Vaikka yleislääketieteellinen opetus annetaankin ajallisesti hammaslääketieteen opetuksen rinnalla puuttuvat nuo mainitut käytännön yhtymäkohdat.

Phantom-kurssit

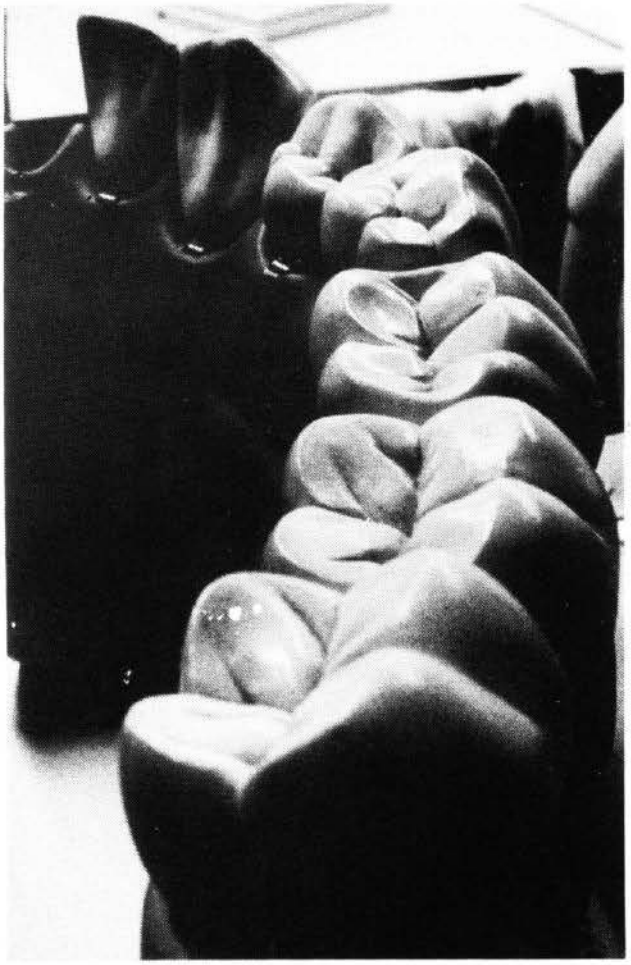
Phantom-kursseilla opiskelija joutuu ensimmäistä kertaa »todellisesti» tulevan työnsä kanssa tekemisiin. Useimmille tämä vaihe vaatimuksineen on melkoinen henkinen koettelemus. Eri osa-alueiden harjoitustyöt on suoritettava yhden lukukauden aikana ja kaiken opitun sisäistämiselle ei jää oikein aikaa. Kursseja ei voi levittää pidemmälle ajanjaksolle, koska tällöin nykyisellä systeemillä opetettuina ensimmäiset asiat jo unohtuisivat klinikkatyöskentelyn alkuun mennessä. Parempi ratkaisu olisi järjestää phantom-kurssit tavallaan kahdessa osassa niin, että ensin toisen vuoden aikana pidettäisiin eräänlaiset valmistavat phantom-kurssit, joilla käytäisiin osa-alueiden aihepiirejä läpi alustavasti — kuitenkin huomattavasti am-

mattimaisemmin kuin nykyisellä orientoivan hammaslääketieteen kurssilla. Tämän tyyppistä opetusta annetaan periaatteessa hammashoitajakoulutuksessa.

Viidennellä lukukaudella pidettäisiin sitten varsinaiset phantom-kurssit ehkä nykyisessä laajuudessaan. Näin omaksuttavan opin määrä ei ruuhkautuisi kaikki viidennelle lukukaudelle, kun aiemmin pidetyt valmistavat kurssit olisivat lisäämässä omaksumisaikaa ja »pehmentämässä laskua». Valmistavien kurssien yhteyteen olisi siis liitettävä myös manuaaliseen työskentelyyn liittyviä alustavia harjoituksia.
Kliiniseen vaiheeseen siirryttäessä eräänä suurimmista hankaluuksista on se, että lähes kaikki tarmo menee siihen, että keskittyy pystyäkseen yleensä suoriutumaan teknisesti työstään. Tätä tulisi pyrkiä helpottamaan myös phantom-kurssien avulla. Eräs mahdollisuus olisi lisätä suoritevaatimuksiin harjoituksia, jotka mahdollisimman hyvin vastaisivat käytäntöä.

Suoritemääriäkin tärkeämpää olisi kuitenkin phantom-kurssien muuttaminen suoritekeskeisyydestä ohjauksellisempisiksi. Jo tässä vaiheessa tulisi korostaa opiskelijalle sitä, että on parempi kysyä kuin ainoastaan esittää hyväksyttäväksi ja hylättäväksi valmista. Tämä on vaatimus erityisesti opettajille. Näin korostettaisiin sitä, että lopputuloksen ideaalisuus ei ole primaaritavoite vaan työperiaatteiden ja oikeiden -menetelmien oppiminen ja soveltaminen. Opettajien tulisi pyrkiä mahdollisimman yksilökeskeiseen opetukseen, jota opiskelija tarvitsee tässä alkuvaiheessa havaitakseen omat virheensä. Lisäksi opettajilla olisi oltava aikaa antaa »tukiopetusta» hitaammin edistyville. Tämä »tuki» ei saa olla sitä, että hyväksytään hitaammin oppivalta puuttellisia suorituksia ja lopussa todetaan, että hän ei ole oppinut riittävästi. Tukiopetusta on annettava koko töiden ajan ja jo valmistavan phantom-kurssin aikana tuotava esille se, että kaikista ei välttämättä tule syystä tai toisesta hammaslääkäreitä.

Phantom-kurssien henkistä painetta voitaisiin pienentää myös käytännöllä, että viidennen vuosikurssin opiskelijoita otettaisiin kolmoskurssilaisten tutoreiksi. Tässä tehtävässä he jatkaisivat tarvittavan ajan kliinisen työskentelyn alkamisen jälkeenkin. Kukin vapaaehtoinen tutor ottaisi vastattavakseen noin 5 alempi kurssilaista ja toimisi heidän ajatuksellisina ohjaajinaan ja rauhoittajinaan.



Klinikkaan siirtyminen

Kliinisen työskentelyn aloittaminen on ehkä phantom-kurssejakin raskaampaa. Tässä yhteydessä tulee ylempi kurssilaisen tutorin merkitys entistäkin tärkeämmäksi. Ensimmäiset toimenpiteet kultakin osa-alueelta opiskelijan tulisi voida tehdä yhdessä assistentin ja tutorin kanssa. Erityisiä vaikeuksia aloittajalle tuottavat mm. syljenimurin ja vanurullien käyttö, miltä syvä karies näyttää ja pulpaperforaatioon liittyvät asiat.

Klinikkatyöskentely

Kliinisessä työskentelyssä periaatteena oleva kokonaishoito ei täysin vastaa niitä vaatimuksia, joita kokonaisuuden hoidolle voitaisiin asettaa. Potilaat ovat kokonaishoidossa siinä mielessä, että sama opiskelija hoitaa heitä, mutta kokonaisuuden ja suhteellisuuden näkemiseen päästään harvoin. Opiskelijalle ei synny käsitystä potilaasta kokonaisuutena, ihmisenä, jonka suun sairaudet olisi hoidettava ja saatava tulos säilymään edes kohtuullisesti. Potilaan osuutta hoitoryhmän osana tulisi korostaa ja kasvattaa opiskelijan suhteellisuuden tajua selvittelemällä mikä on potilaan sairaus, sairauden aste, sen syyt

ja parannuskeinot. Nykyinen käytäntö, jossa tehdään potilaalle yksityiskohtaiset, kultakin osa-alueelta samaan perustaan pohtautuvat ja usein lähes standardit hoitosuunnitelmat, ei opeteta näkemään metsää puilta. Hoidon yksilölliset tarpeet koko ihmisessä, hoidon prognoosi ja siihen vaikuttavat tekijät, tuloksen pysyvyys jne., jäävät arvioimatta. Vaikka luonnollisestikin on pyrittävä työsuorituksellisesti parhaimpaan mahdolliseen hoitoon, on opiskelijoita alusta alkaen kasvatettava näkemään hoidossa kavitettin pohjan lisäksi myös ympäröivä maailma. (Tässä suhteessa Kuopion koulutusyksikkö kyllä on muita yksikköjä edellä jo nyt, mutta vielä on paikkaamista.)

Eräänä syynä edellä esitettyyn on se, että kliiniset opettajat ovat niin vahvasti lokeroituneet omalle alueelleen. Kokonaisvaltaisen ajattelutavan harjaannuttamiselle on erittäin haitallista, että esimerkiksi suurimman toimenpideryhmän muodostavien »perusalojen», kariologian, parodontologian ja preventiikan, opettajat ovat »erikoistuneet». Tämä jo sinänsä murentaa kokonaishoidon periaatteen. Näiden niin sanottujen yksinkertaisimpien toimenpiteiden piiriin kuuluvaa opetusta tulisi jokaisen assistentin pystyä antamaan ja opettajakunnan tulisi pystyä kalibroimaan tietonsa samalle aaltopituudelle. Tällä hetkellä opiskelijaan suhtaudutaan suorastaan vihamielisesti, jos hän »uskaltaa» kysyä »väärän» alan opettajalta. Tässä suhteessa tarvitaan ajatuksellisen ilmapiirin muuttamista.

Eräänä mahdollisena kokonaishoidollisuutta lisäävänä mallina esitämme seuraavaa: Opiskelija tekee normaaliin tapaan eri osa-alueiden tarkastukset. Kariologian, parodontologian ja ehkäisevän hammaslääketieteen alaan kuuluvat tarkastukset suoritetaan normaalitapauksissa samanaikaisesti ja sama opettaja tarkastaa ne. Myös protetiikan, kirurgian ja ortodontian alustavat tarkastukset tehdään tässä yhteydessä. Tapauksen niin vaatiessa kultakin alalta käytetään niihin erikoistuneita opettajia enemmänkin konsulteina, teknisiä ratkaisuja esittämässä.

Hoidon toteutus sitten vastaavalla tavalla niin, että »yleisopettaja» tarkastaa suoritteet mahdollisuuksiensa mukaan. Alkutarkastukset ja hoidon suunnittelu samoin tarvittavat väliarvioinnit tehdään opiskelijan ja yleis-

opettajan sekä potilaan yhteistyönä huomioiden statukset, konsultoidut tiedot, potilaan ehdot hoidolle, hoidon prioriteetit, syyt ja niiden poistamisen mahdollisuudet, prognoosi jne. Korostettavana ajatuksena kaikille ratkaisuille tulee olla MIKSI jotakin tehdään. Lopputarkastuksessa, jonka yleisopettaja perusosiltaan suorittaa, samat asiat vedetään uudelleen yhteen. Paras opetuksellinen tulos saavutettaisiin, jos hoitosuunnitelman teko voitaisiin järjestää pienryhmäopetuksena, johon osallistuvien noin viiden opiskelijan olisi tutustuttava kuhunkin esille tulevaan hoidon kokonaissuunnitteluun.

Liiallisesta alaspecifisyydestä irti pääsemisen lisäksi vaatisi käytännön klinikkatyöskentelyn sujuminen nykyisestä virkamiesmäisestä opetustavasta siirtymistä enemmän ohjauksellisen opetukseen. Opiskelijoita tulisi kasvattaa enemmän vastuuseen ja oman työnsä arvioimiseen. Työn laadun kontrollia toki tarvitaan paljonkin, mutta se opettaa myös ajatukseen »jokohan-näyttäisin-ja-koettaisin-kelpaako-tämä». Eräs keino tämän ajatuksen vähentämiseen olisi se, että opettajat mieluumminkin kiertelisivät opiskelijoiden joukossa suorastaan tarjoamassa opastustaan kuin istuisivat huoneessaan odottamassa kysyjiä. Olisi pyrittävä mahdollisimman objektiiviseen »hyvän hallitsijan»-periaatteeseen, jonka pohjalta voitaisiin arvioida kunkin opiskelijan taidollista kehittymistä. Ryhmätyöskentelyajatukseen ja nelikätistyöskentelyyn harjaannuttavat oppijaksot on ehdottomasti säilytettävä ja niiden sisältöä pyrittävä kehittämään.

Henkilökunnan niukkuuden vuoksi muodostuu pienemmän tai suuremman opettajajoukon tai ryhmän avustavaa henkilökuntaa poistuminen esimerkiksi kahville työsketelyn sujuvuudelle huomattavia hankaluuksia. Hammashoitajien klinikka-ajan työvelvoitteet tulisi voida supistaa minimiinsä muun kuin opiskelijoiden avustamisen ja heidän oman ohjaustyönsä osalta.

HAMMASLÄÄKÄRIN TYÖSTÄ TERVEYSKESKUKSESSA

Hammaslääkärin työ terveyskeskuksissa ja yksityisvastaanotoilla muotoutuu jo potilasmateriaalinkin vuoksi erilaiseksi. Terveyskeskuksissa muodostavat lapsipotilaat valtaosan, yksityisvastaanotoilla ei alle 17-vuotiaita taas juuri käy. Terveyskeskushammaslääkärin työn sisällön selvittämiseksi laskettiin erään keskisuomalaisen keskikokoisen kansanterveystyönkuntainliiton kahdeksan hammaslääkärin toimenpiteet vuoden ajalta virallisen terveyskeskusten käyttämän potilaskortin toimenpidejaoituksen mukaisesti. Kuntainliittoon kuului sekä kaupunki- että maaseutualueita.

Tutkitulla ajanjaksolla hammaslääkäriä kohti kertyi keskimäärin 3076 hoitokäyntiä. Näistä käynneistä 58,3 % oli alle 17-vuotiaiden käyntejä. Tutkimusaineistoon kuului 10678 aikuisille ja 13717 alle 17-vuotiaille suoritettua toimenpidettä. Toimenpidemääriin ei ole laskettu mukaan alkutarkastuksia. Lisäksi on huomattava, että yksikään hammaslääkäreistä ei suorittanut oikomishoitoa.

Yleisimmäksi toimenpiteeksi niin lapsilla kuin aikuisillakin muodostui paikkaus. Sitä oli keskimäärin 47,5 % hammaslääkäreiden toimenpiteistä (lapsilla 48,9 % ja aikuisilla 45,7 %). Seuraavaksi yleisimpänä toimenpiteinä tulivat esille puudutukset (12,8 %) ja poistot (12,6 %). Eri hammaslääkäreiden puudutus- ja poistolukuja tarkasteltaessa kävi ilmi, että puudutusta ei juurikaan suoriteta muulloin kuin poistojen ja sitä 'vakavampien' toimenpiteiden yhteydessä. Neljänneksi yleisimmäksi toimenpiteeksi (10,4 %) osoittautui röntgenkuvien (hammaskuvat, okklusaalikuvat tai vastaavat) ottaminen. Toimenpiteiden osuudet selviävät seuraavasta taulukosta.

Jos lasketaan yhteen neljä yleisintä toimenpideryhmää, muodostuu niistä 83,5 % kaikista toimenpiteistä. Jos otetaan mukaan viidenneksi yleisin ryhmä, valistustyö, päästään lähes 90 %:iin. Kannattaa kiinnittää huomiota myös ryhmän 15 pienuuteen; tukikudoshoitoja, joita lähes jokainen hampaallinen tarvitsee, tehtiin vain 3 % toimenpiteistä. Jos poimitaan taulukosta ehkäisevän hoidon, paikkaushoidon, puudutusten, tavallisten poistojen, parodontaalihoitojen, röntgenkuvien oton ja pinnoitteiden (arvio) osuudet, jää muiden toimenpiteiden kuten hammasydinhoitojen, kirurgisten toimenpiteiden (paitsi poistot) ja protetiikan osuudeksi noin 4 %.

TOIMENPIDERYHMÄT (selitykset alla)

OSUUDET (%)	1	2	3	4/5	6	7	8	9	10/11	12/14	15	16	17/21
(L)	10,5	1,2	48,9	0,3	0,1	0,2	9,6	0,04	8,8	0,2	1,6	11,0	7,6
(A)	1,0	0,6	45,7	0,3	1,0	0,7	17,0	0,4	17,5	0,4	5,0	9,5	1,0
(ka.)	6,0	0,3	47,5	0,3	0,5	0,4	12,8	0,2	12,6	0,3	3,1	10,3	4,7

1 = **valistustyö**, 2 = **fluorihoito**, 3 = **täyte**, 4/5 = **amputaatio**, 6 = **extirpaatio-juurenhoito**, 7 = **gangreenahoito**, 8 = **puudutus**, 9 = **märkäpesäkkeen avaus, verenvuodon tyrehdyttäminen jne.**, 10/11 = **poisto**, 12/14 = **puhkeamattoman hampaan poisto, huulijänteen leikkaus, hampaan paljastaminen, juurenpääleikkaus**, 15 = **ikenien hoito, hammaskiven poisto**, 16 = **röntgenkuva** (hammaskuva, okklusaalikuva tai vastaava), 17/21 = **osaproteesi, kokoproteesi, kruunut ja sillat hampaalta sekä ortopantomo-röntgenkuvat ja pinnoitteet.**

L = alle 17-vuotiaat, **A** = yli 17-vuotiaat, **ka.** = edellisten keskiarvo.

Jos ryhmitellään hoitotoimenpiteet osa- alueittain, saadaan seuraavanlainen jakauma:

Kariologia (ryhmät 3—7)	n. 49 %
Kirurgia, sis. puudutukset (ryhmät 8—14)	n. 26 %
Ehkäisevä hammaslääketiede (ryhmät 1, 2 ja 21)	n. 10 %
Parodontologia (ryhmä 15)	n. 3 %
Protetiikka (ryhmät 18—20)	alle 1 %

Kari Konki

Lichen planus – ihotauti suussa

Lichen ruber planus eli punajäkälä on ihotauti, joka ilmenee usein myös suuontelon limakalvolla. Sen esiintyminen on suhteellisen yleistä ja sitä tavataan joka puolella maapalloa.

Ihomuotona licheniä esiintyy Euroopassa noin 1%:lla ihotautipoliklinikoiden potilaista. Vertailun vuoksi mainittakoon, että ekseemaa esiintyy noin 35%:lla ja psoriasista noin 5%:lla; nämä kaksi lienevät yleisimmät ihotaudit. Pohjoismaisten tutkimuksien mukaan licheniä esiintyy noin 0.2%:lla väestöstä iholla.

LICHEN PLANUS IHOTAUTINA

Tyypilliset oireet ovat vaaleat, hiukan kohollaan olevat täplät eli papulat, joiden yhteydessä usein esiintyy vaaleita, selvärajaisia nk. Wickhamin juosteita. Taudin edetessä papulat laajenevat ja paraneminen tapahtuu keskustasta päin suomuilemalla. Yleisimmät esiintymispaikat ovat ranteet, sääret, genitaalit, rinta, lantio ja niska, mutta tauti voi esiintyä melkein missä tahansa. Naisilla lichen saattaa esiintyä myös päänahassa, jolloin papuloita ei ole havaittavissa. Iho-oireet ilmestyvät hiljalleen ja kestävät yleensä alle yhdeksän kuukautta, mutta saattavat kestää kaksikin vuotta. Taudin parannuttua iholle saattaa jäädä pieniä vaaleita läiskiä. Uusiutumisprosentti lichenissä on noin 20.

Kliinisesti lichen voi esiintyä iholla papulaarisen muodon lisäksi hypertrofisena, follikulaarisena, lineaarisena, atrofisena tai bulloosina muotona. Nämä ovat samanlaisia kuin suuontelossakin esiintyvät muodot, joskin ne iholla ovat huomattavan harvinaisia.

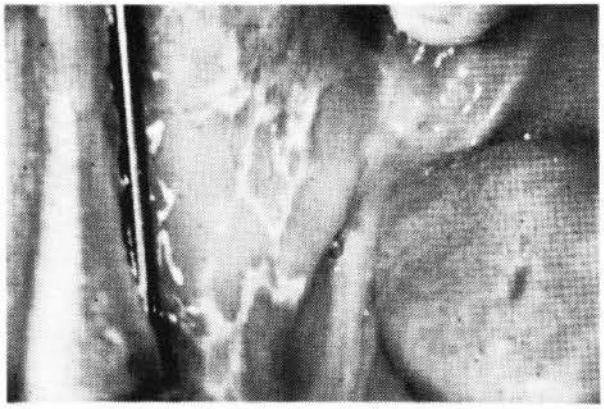
Lichen voi esiintyä iholla myös lääkeaineiden aiheuttamana reaktiona. Tällaisia licheniä aiheuttavia lääkkeitä saattavat olla muun muassa malaria- ja reumalääkkeet, arsenikki, kultaruiskeet ja streptomysiini. Kliinisesti tällainen lichen on täysin normaalin kaltainen ja histologisesti lähes samanlainen kuin normaali lichen, minkä vuoksi tautia pidetään nimenomaan yhtenä lichenin muotona, vaikkakin jotkut tutkijat mielellään luokittelevat sen erilaiseksi taudiksi. Lääkkeiden laukaisema lichen saattaa esiintyä myös suuontelossa. Histologisesti ihon ja suuontelon lichenit ovat samanlaisia. Ainoa ero on sarveistumisessa, mikä iholla on yleensä hyperkeratoosia ja suuontelossa parakeratoosia.

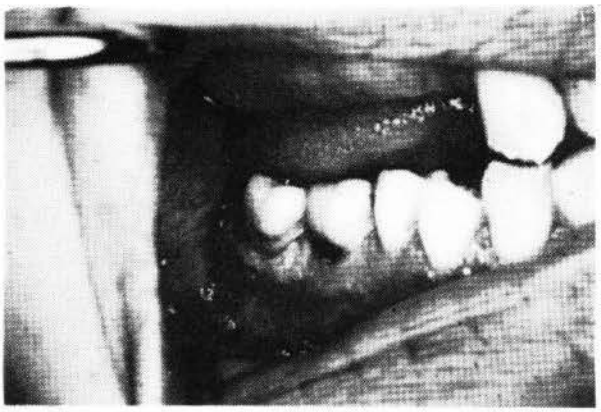
Ihon lichen hoidetaan lähinnä oireiden mukaisesti. Hoidossa käytetään steroidivoiteita ja vaikeissa tapauksissa jopa systeemistä steroidi- ja antihistamiinihoitoa. Yleensä tauti paranee kuitenkin itsestään.

SUUONTELON LICHEN PLANUS

Keski-ikäisillä yleisintä

Suun limakalvolla lichenin esiintyminen on noin kymmenen kertaa yleisempää kuin iholla: pohjoismaisten tutkimuksien mukaan noin 2%:lla väestöstä. Osaksi ero saattaa johtua siitä, että ihon lichen voidaan sairastaa täysin huomaamatta ja oireettomasti. Usein kuitenkin oireet esiintyvät iholla ja suun limakalvolla samanaikaisesti. Suussa oireet ilmenevät myöhemmin kuin iholla, ja ne myös kestävät kauemmin. On väitetty, että suun limakalvon sairastuminen melkein aina viittaa taudin keston pidentymiseen myös iholla. Lichenin kestosta suussa on erilaisia arviointeja. Yleensä katsotaan noin kahden vuoden keston olevan hyvä keskiarvo, mutta on esitetty myös neljän ja viiden vuoden keskiarvoja. On mahdollista, että tauti kestää läpi koko elämän. Potilaiden ikä vaihtelee noin 20 vuodesta 70:een, ja eniten tautia tavataan 20—45-vuotiailla. Aivan nuorilla licheniä ei siis juuri tavata. Licheniä





esiintyy naisilla hiukan enemmän kuin miehillä: eri tutkimuksien mukaan naisilla 50—70%. Noin 70% lichenistä esiintyy posken limakalvolla, 9% suulaessa, 9% kielessä ja loput huulissa, ikenessä, alveolilisäkkeiden limakalvolla ja suun pohjassa. Rodulla on vaikutusta taudin esiintymiseen: neekereillä ja aasialaislla roduilla lichen on harvinainen.

Stressin osuus

Syyt lichenin esiintymiseen ovat vielä epäselviä huolimatta lukuisista tutkimuksista. Aikaisemmin tautia pidettiin joko bakteerien, viruksien tai sienien aiheuttamana infektiona. Huolellisten tutkimuksien jälkeen ei kuitenkaan ole kyetty eristämään mitään mikro-organismia. Erilaisten lääkeaineiden on myös aiemmin katsottu olevan lichenin aiheuttajina. Nykyisin pidetään selvänä, että suussa olevat erilaiset ärsytykset kuten proteesi, infektio, galvaaninen virta tai lääkeaineet voivat laukaista lichenin oireilemaan, mutta primaarisyitä näiden ei katsota olevan.

Nykyisin licheniä pidetään lähinnä psykomaattisena tai immunologisena sairautena. Lichenin on joissakin tutkimuksissa todettu olevan muita yleisempää sellaisilla, joilla on vastuullinen työ. Samoin muut stressitilanteet, kuten sairaudet tai tentit saattavat olla lichenin aiheuttajina. Varsinkin lichenin esiintymistä yhdessä muiden sairauksien, kuten psoriasiksen, sokeritaudin ja muiden sisäerityshäiriöiden kanssa pidetään perustaudin aiheuttaman stressin aikaansaamana. Psykomaattista tekijää puoltavat myös tutkimukset, joissa licheniä on havaittu esiintyvän »normaaleilla» tai neuroottisilla henkilöillä, mutta ei psykoottisilla.

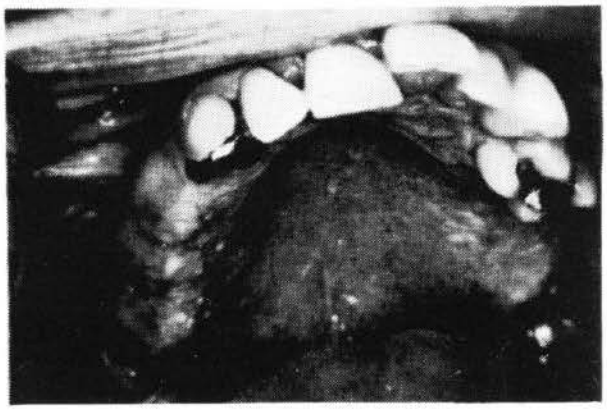
Eniten kannatusta nykyisin on ilmeisesti saanut teoria lichenin immunologisesta alkuperästä. Immunopatologisia tutkimuksia on tehty lukuisia. Kuitenkaan löydökset seerumin tai epiteelin alaisista immunoglobuliineista, komplementista ja fibriinistä eivät täysin selvitä lichenin alkuperää ja taudin kulkua. Epiteelimuutokset lichenissä muistuttavat kroonista yliherkkyysreaktiota: epiteelissä on lymfosyyttikeräymä, josta noin 70—80% on T-lymfosyyttejä. Tämä viittaa soluvälitteiseen autoimmuunireaktioon epiteelin ja sidekudoksen rajalla olevia aineita vastaan. Tämän perusteella on oletettu, että epiteelin muutokset ovat sittenkin toissijaisia ja ilmeisesti perimmäinen syy on muuttuneissa sidekudoksen rakenteissa.

Kuusi muotoa

Kliinisesti lichen planus voidaan jaotella usealla eri tavalla. Suuontelon lichen voidaan jakaa kuuteen eri muotoon: retikulaariseen, populaariseen, atrofiseen, ulseratiiviseen, bulloosiin ja plaguoosiin. Toinen yleisesti käytetty jaottelu on kolmiosainen: non-erosiva, erosiva minor ja erosiva major. Non-erosiva käsittää lähinnä retikulaarisen, papuloosin ja plaguoosin muodon; erosiva minor atrofisen, ulseratiivisen ja bulloosin; erosiva major samoin atrofisen ja ulseratiivisen muodon.

Non-erosiivinen lichen planus esiintyy yleensä retikulaarisena muotona, jolle on tyypillistä vaaleiden Wickhamin juosteiden muodostama hento verkkokuviointi limakalvolla. Joskus lichen ilmenee vaaleina papuloina (papulaarinen muoto), jotka saattavat yhdis-

tyä suuremmaksi valkoiseksi alueeksi. Tämä plaguoosi muoto muistuttaa suuresti leukoplakiaa. Epiteeli on non-erosiivisessa muodossa sarveistunutta, mutta haavautumia tai atrofiaa ei esiinny. Aiemmin suurin osa lichenistä on luokiteltu tähän luokkaan, mutta uusien tutkimusten mukaan tätä muotoa on noin 30% kaikista licheneistä. Yleensä non-erosiivinen muoto on oireeton, vain limakalvo voi tuntua karhealta. Usein potilas ei itse huomaakkaan tautia, vaan se paljastuu hammaslääkärissä. Tavallisimmin non-erosiivinen lichen esiintyy posken limakalvolla purentatason korkeudella ja kielen sivulla.



□ □ □

Useimmiten non-erosiivinen muoto on niin tyypillinen, että diagnoosi voidaan tehdä heti. Kuitenkin plaguoosi lichen saattaa muistuttaa leukoplakiaa niin paljon, että diagnoosi voidaan varmistaa ottamalla koepala limakalvosta. Erotusdiagnostiikassa auttaa huomattavasti, jos lichenissä esiintyy samaan aikaan myös iho-oireita. Non-erosiivisen muodon ainoa hoito onkin yleensä pelkkä diagnoosi, sillä tauti paranee tavallisesti itsestään jälkiä jättämättä. Lichen planus erosiva minorin eri muodot luokitellaan useimmiten yhdeksi samanlaisen histologisen kuvansa ja samanlaisen oireistonsa vuoksi. Tähän luokkaan kuuluu noin 65% kaikista muodoista. Erosiva minorin tyypillisin piirre on epiteelin atrofia. Solunsisäinen tai ihonalainen turvotus heikentää ohutta epiteeliä ja irrottaa sitä alustastaan, jolloin muodostuu matalia haavautumia. Nämä haavaumat liittyvät usein non-erosiivisiin alueisiin.

Varsinaisessa atrofisessa muodossa limakalvon rakenteet surkastuvat epiteelin rappeutumisen ja alla olevan verinahan tiheän tulehdussoluvyön vuoksi. Epiteeli tulee hyvin ohueksi, ja tällaiset alueet erottuvat punaisina läiskinä. Ohut epiteeli on myös hyvin altis traumoille, ja siten saattaa esiintyä ulseratiivisia alueita. Atrofinen muoto on tavallisin kielen selässä ja ikenessä. Ikenessä esiintyvää atrofis-ulseratiivista licheniä kutsutaan usein deskvamatiiviseksi gingiviitiksi.

□ □ □

Bulloosi tai vesikulaarinen muoto joutuu epiteelin basaalisolukerroksen vaikeasta rappeutumisesta ja sen irtoamisesta kokonaan alla olevasta verinahasta. Näin muodostuu bulla tai vesikkeli, kirkkaan nesteen täyttämä rakkula. Rakkulat rikkoutuvat herkästi, koska epiteeli on hyvin ohutta, ja siten ne ovat melko lyhytikäisiä. Tämä muoto on suhteellisen harvinainen ja esiintyy yleensä yhdessä non-erosiivisen muodon kanssa.

Ulseraatioiden syntyminen johtuu myös basaalikerroksen laajasta rappeutumisesta, josta on seurauksena epiteelin tuho. Epiteeli saattaa hävitä koko paksuudeltaan tai trauma voi rikkoa päällimmäiset kerrokset, koska epiteelin joustavuus on hävinnyt stratum germanitivumin muutosten myötä. Ulseraatioita saattaa esiintyä myös silloin, kun bulloosin muodon rakkulat puhkeavat. Haavaumien koko vaihtelee suuresti.

Lichen planus erosiva minor saattaa olla kivulias varsinkin nautittaessa happamia tai kovin maustettuja ruokia. Kivun tunne on yleensä polttelua tai epämääräistä ärsytystä. Proteesien hankaus voi aiheuttaa myös kivun. Proteesin aiheuttama painohaava voidaan joskus diagnosoida licheniksi ja päinvastoin. Erosiva minor muistuttaa taudin kulultaan non-erosivaa: tauti syntyy hiljalleen ja voi parantua hiljalleen itsestään. Erosiva minoria muistuttavia tauteja ovat erythroplakia eli punatäpläisyys, paikallinen erythema multiforme ja pemfigus, jotka on joskus vaikea erottaa lichenistä. Licheniin liittyy usein kuitenkin non-erosiivisia alueita ja myös tyypillisiä iho-oireita erotukseksi muista. Epävarmoissa tapauksissa on syytä ottaa koepala ja varmistaa diagnoosi histologisesti.

□ □ □

Lichen planus erosiva majorin tyypilliset tuntomerkit ovat laajat haavaumat poskien ja huulten limakalvoilla sekä useimmiten kielessä. Tauti kehittyy nopeasti eikä ennen haavaumia välttämättä esiinny iho-oireita tai muita limakalvomuutoksia. Usein kuitenkin samanaikaisesti esiintyy iho-oireita ja non-erosiivisia alueita suussa. Erosiva majorin haavaumat ovat kuitenkin tarkasti rajautuvia ja niiden ulkonäkö on lasimainen. Kipu on melko voimakasta. Diagnoosi on syytä varmistaa ottamalla koepala. Näyte tulee ottaa non-erosiivisesta alueesta eikä haavaumasta itsestään. Erosiva majoria esiintyy alle 10%:-ssa kaikista licheneistä.

Hoitoa ei aina tarvita

Lichen planuksen hoitoon ei ole toistaiseksi kehitetty tehokasta menetelmää tai lääkettä. Toisaalta on todettava, että monissa tapauksissa mitään hoitoa ei tarvitakaan, vaan tauti paranee itsestään. Jos lichen on täysin oireeton, ainoa hoito on selvittää potilaalle taudin hyvänlaatuisuus ja mahdollinen stressin vaikutus.

Lichenin esiintyessä suussa hammaslääkärin on syytä poistaa kaikki mahdolliset traumaa aiheuttavat tekijät. Proteesien on istuttava hyvin limakalvolla ja vanhat paikat on viimeisteltävä hyvään kuntoon. Jos on aihetta epäillä galvaanisen sähkövirran aiheuttavan licheniä, on mahdollista vaihtaa amalgaamitäytteet yhdistelmämuovitäytteiksi. Suuhygienian tulee olla mahdollisimman hyvä.

Jollei trauman aiheuttajia ole tai sen poisto tuota tulosta ja limakalvolla ilmenee atrofiaa ja ulseraatioita sekä kipuja, on yritettävä jatkohoitoa. Steroidivoiteiden käyttö paikallisesti on usein tuottanut hyviä tuloksia. Lääkkeenä käytetään hydrokortisonia tai triamkinolonia, joihin usein lisätään jokin sienilääke estämään lähinnä Candida albicansinfektiota. Voidetta käytetään päivittäin useiden kuukausien ajan. Voimakkaita steroideja pyritään välttämään, koska ne aiheuttavat epiteelin atrofiaa. Kuitenkin vaikeissa tapauksissa käytetään tehokkaampia kortikosteroideja, kuten betametasonia. Myös systeemistä hoitoa on kokeiltu, mutta se ei ole tuottanut parempia tuloksia kuin paikallinenkaan hoito.

A-vitamiinia on käytetty lichenin hoidossa, jollei anti-inflammatorinen steroidihoito ole tuottanut tulosta. Yleensä on syytä käyttää A-vitamiinia paikallisesti voiteena, sillä systeemisessä hoidossa ovat uhkana vaikeat sivuvaikutukset, kuten voimakas verenpaineen nousu. Voidetta käytetään päivittäin noin kahden kuukauden ajan.

Viimeisenä vaihtoehtona on kirurginen hoito, jolleivat muut hoidot tuota tulosta ja kipu on voimakasta. Aikaisemmin käytettiin leikkauksellista poistoa, mutta nykyisin on saatu hyviä tuloksia kryo-kirurgian avulla. Limakalvolle aiheutetaan paikallinen kylmävamma, joka tuhoaa sairastuneet solut. Paraneminen tapahtuu nopeasti laidoilta keskustaan päin. Etuna on tasainen arvettoman limakalvopinnan syntyminen.

Lichenin pahanlaatuiset muutokset

Lichen planuksen on raportoitu muuttuvan pahanlaatuiseksi kasvaimeksi alle sata kertaa. On luultavaa, että suurin osa johtuu väärästä perusdiagnoosista, mutta on olemassa myös täysin selviä tapauksia, joissa lichen on muuttunut leukoplakiaksi ja edelleen epidermoidikarsinoomaksi. Muutos tapahtuu hitaasti useiden vuosien aikana. Tällainen muutos on kuitenkin äärimmäisen harvinainen ja tapahtuu vain lichenin vaikeimmissa atrofis-ulseratiivisista muodoista, jotka jo sinänsä ovat harvinaisia. Tämän takia licheniä ei luokitella syövän esiasteeksi, kuten esimerkiksi leukoplakia. On kuitenkin syytä aina seurata licheniä sairastavaa potilasta sopivin väliajoin kunnes tauti paranee.

Lähdeluettelo

Bhaskar, S.N.,
Synopsis of Oral Pathology, 5th edition, 1977

Dockrell, H.M., Greenspan, J.S.,
Histochemical identifidation of T-cells in oral lichen planus
Oral Surgery, July 1979:42—46

Findlay, G.H.,
Lichen Planus
J.Dent.Ass.S.Afr. Vol 28:510—514, 1973

Klein-Szanto A.P.J.
et al
Epithelial Differentiation Patterns in Buccal Mucosa Affected by Lichen Planus
Virchows Arch. B Cell Path. 22:245—261, 1976

Scholle, R.H., Tiecke, R.W.,
Perspectives in Patient Case, History and Clinical findings

Shklar, G.,
Lichen planus as an oral ulcerative disease
Oral Surgery, Vol 33:377—388, 1972

Cursus Konki 14.5.1980

Järjestyksessään kolmannet hammaslääketieteen lisensiaatit saivat todistuksensa Kuopion korkeakoulusta toukokuussa. 30:stä kurssilaisesta paperinsa sai 26 samalla kertaa, lopuillakin tämä muodollisuus tapahtui hieman myöhemmin.

Todistusten jaon ja kiitospuheiden jälkeen jaettiin taas kurssimatrikkelit klinikan vastaanottotiloihin järjestetyssä tilaisuudessa.

Lähes kaikki terveyskeskukseen

Vastavalmistuneista lähes kaikki sijoittuivat terveyskeskuksiin, lähinnä Keski- ja Pohjois-Suomeen sekä Pohjois-Karjalaan. Kolme aloitti työsarkansa yksityishammaslääkärinä.

Syksyn keltaiset lehdet

Pian syksy saa ja palaaminen on jälleen Kuopion korkeakoululle, postilokero 138. Työtä on tiedossa ja työn tohinaa. Oikea Maximum jee-jee. »Early to bed and early to rise makes man rich and makes man wise», olemme saaneet lukea jo oppikoulun englannin kirjasta ja tämän sananparren me tahdomme nyt näyttää tuhannesti todeksi jokapäiväisessä työssämme. Siten ovat tuskin aamun autereet kerinneet hälvetä Savilahden yltä, kun me hammaslääketieteen kliinikoitsijat ryntäämme paikalle. Täältä tullaan, klinikka! Potilaat siellä odottavat meitä suut ammollaan. Assistentit lymyävät taukohuoneessaan. Kohta alkaa kiivas kopina käydä klinikan metalliportaissa ja kuulutukset kaikua salissa. Röntgenkuvia ripustetaan ahkerasti näytteille. Kädet pestään vielä viimeisen kerran ennen potilaan saapumista. Maskit vedetään kasvoille. Tunnistamattomina. Valmiina. Keskitytään edessä oleviin toimenpiteisiin. Muistakaa sitten, lapset, että keltainen on protetiikan valo. Keltainen. Syksyn keltaiset lehdet.

Kesätöissä puurtaneille

Working all day. I'm digging up the roads, just working all day./ Dig for my pay and spend it where I like. I've nothing to say./ Drown in my sweat but money buys escape, I've got no regrets./ Working all day (repeat)/ When I was young I used to have Illusions — Dreams ain't enough... etc.
(Gentle Giant: »Working all day»)

Aikaisiin kouluunlähtöherätyksiin tottumattomille

Ei voi koskaan herätä niin aikaisin etteivät kiinalaiset olisi olleet jo monta tuntia jalkeilla.
(amerikkalaista Valitut Palat-viisautta)

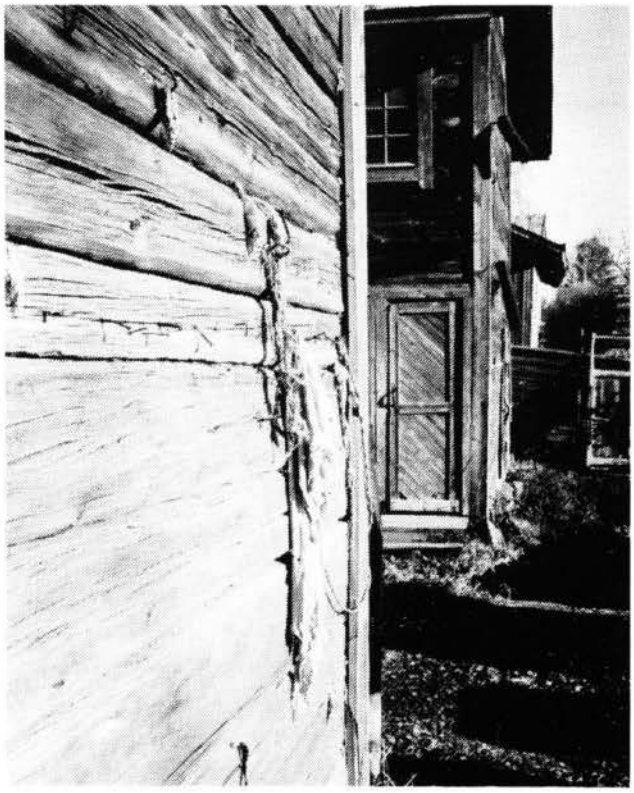
Lomaa viettäneille

Maitohorsmat kukkivat,/kesä on jo pitkällä./ Olen hyvin onnellinen kun saan olla täällä./ Paistoin ulkona perunoita ja sipulia./ Ne mitkä itivät panin maahan kasvamaan./ Minun elämässäni ei ole paljon,/ mutta vähän,/ jotakin, nämä illat kun olen yksin,/ teen ruokaa, lämmitän saunaa/ ja ajattelen häntä joka ajattelee minua./ Onko nyt jo heinäkuu?
(Pentti Saarikoski v. -69)

Lukujärjestyksen tiukkuutta tuskasteleville

»I accept chaos but I'm not sure whether it accepts me.'
accepts me.»
(Bob Dylan v. -65)

Matti



Penimil

VIISI HYVÄÄ SYYTÄ KÄYTTÄÄ PENISILLIINIÄ

PERUSANTIBIOOTTI

Penisilliini on ensimmäisenä käyttöön tullut antibiootti — jolla jatkuvasti on primaari-antibiootin asema.

EDULLINEN

Penisilliinin hinta on edullisempi kuin useiden laajakirjoisten antibiotien. Penisilliini säästää hoitokustannuksia.

LUOTETTAVA

Useimpien tavallisten infektioiden aiheuttajabakteerit ovat herkkiä penisilliinille. Laajakirjoiset antibiootit eivät tehoa niihin penisilliiniä paremmin.

TEHOKAS

Bakterisidinä penisilliini on tehokas ja nopeavaikutteinen.

KOTIMAINEN

Penimil on Medipolarin lääketehtaan valmistama penisilliinitabletti.

Phenoximethylpenicillinkal. 653 mg (1 000 000 ky) c. obd.

Annostus:

Infektion laadun mukaan 1 tabl. 3–4 kertaa päivässä.

Pakkaukset ja hinnat 1. 3. 1980:

Penimil tabl. 15	17:25
20	22:67
30	33:21
100	71:05

Hoitokustannukset:

20 tabl. pakkauksesta 3,36–4,48 / vrk.

MEDIPOLAR

FARMOS-YHTYMÄ OY

Oriola Oy Hammasväline on alan suurin kotimainen yritys. Palvelemme Teitä alan viimeisimpien vaatimusten mukaisesti.

1. Joustava puhelinpalvelu

Sovimme kanssanne tietyn hetken, jolloin soitamme, ja Te voitte suorittaa tarviketäydennyksenne.

2. Nopea toimitus

Toimitamme tarvikkeet lähes kaikkialla maassa autoillamme suoraan vastaanotollenne.

3. Myyntiedustajamme tuovat alan uusimman informaation

Jatkuvan koulutusohjelman ansiosta he ovat perillä aina uusimmista menetelmistä ja välineistä.

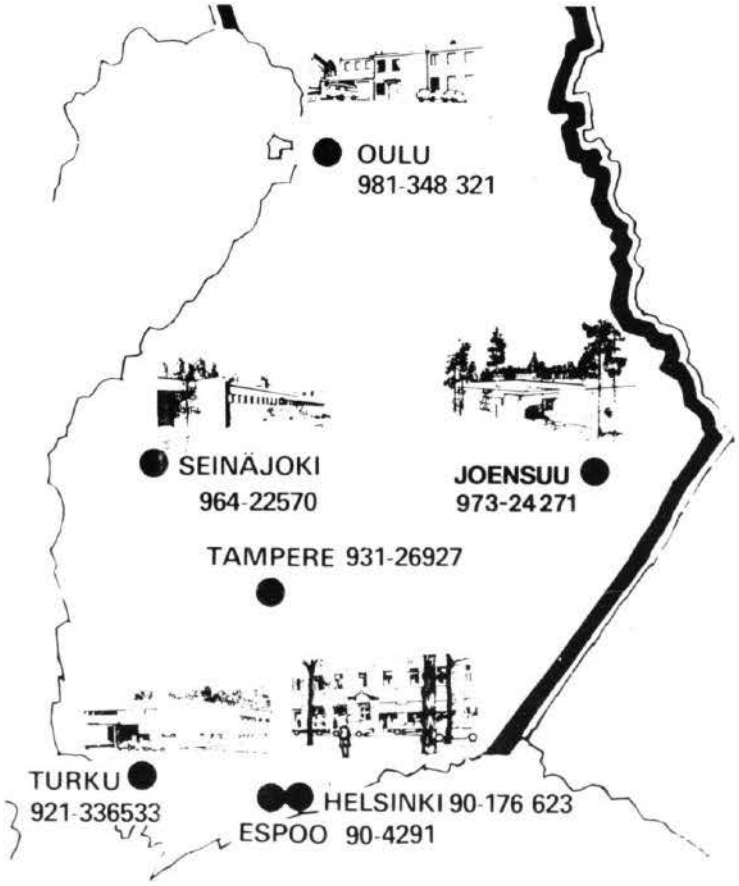
4. Tutkitut luotettavat tuotteet

5. Suunnittelupalvelu

Hammasvälineen kaksi suunnitteluasiantuntijaa ovat käytettävissänne kun haluatte uudistaa vastaanottonne tai perustaa kokonaan uuden. Suunnittelupalvelumme on maksutonta.

Oriola Oy
HAMMASVÄLINE

Palvelemme Teitä:



6. Oma täydellinen huoltopalvelu

Oriola Oy
HAMMASVÄLINE

Luottamuksenne arvoinen asiantuntija