

пече підвищення ефекту профілактики вторинного карієсу за рахунок продовження строку служби реставрацій.

Матеріали й методи дослідження. У дослідження були включені діти з декомпенсованою формою карієсу за наявності гострого глибокого карієсу постійних зубів. Ефективність розробленого профілактичного комплексу досліджували за показниками гігієнічного стану порожнини рота, динаміки інтенсивності карієсу.

Результати. Поставлене завдання вирішували шляхом використання лікувально-профілактичного комплексу під час терапевтичного лікування гострого глибокого карієсу постійних зубів. Запропонований спосіб профілактики карієсу постійних зубів у дітей упроваджували таким чином: проводили професійну гігієну ротової порожнини й навчання дітей правил індивідуальної гігієни порожнини рота. Після препарування глибокої каріозної порожнини й медичної обробки проводили глибоке фторування емалі з дентином фторовмісним засобом «Глуфторед» («ВладМиВа»), який наносили одноразово в такій послідовності: на висушену каріозну порожнину наносили суспензію гідрооксиду кальцію (для захисту пульпи), потім через 1 хвилину висушували й обробляли рідиною, через 1 хвилину просушували й знову обробляли суспензією. Потім накладали ізолюючу прокладку й пломбували каріозну порожнину фотополімерним матеріалом. Для підвищення функціональної резистентності емалі застосовували апікації стоматологічного крему «Tooth Mousse» (GC): увечері, після чищення зубів, горошину препарату ватною паличкою або сухим чистим пальцем наносили на зубний ряд верхньої й нижньої щелеп і розподіляли по всіх зубах. Крем утримували в порожнині рота 2-3 хвилини, потім спльовували. Порожнину рота не ополіскували, рекомендували 2 години утриматися від уживання їжі й напоїв. Для індивідуальної гігієни ротової порожнини рекомендовано використання зубної пасти «Активний кальцій» (R.O.C.S.) 2 рази за день, уранці й увечері.

Курс лікувально-профілактичних заходів складає 1 місяць, який повторюють 2 рази за рік. Метод, що пропонується, має перевагу у використанні для дітей, його профілактичній направленості, клінічній ефективності після використання, відсутності побічних ефектів, забезпечує тривалу клінічну ремісію. Через один рік, після 2-х курсів застосування профілактичного комплексу в пацієнтів, інтенсивність каріозного процесу не підвищилася за індексом КТВп, пломби відповідали всім вимогам, індекс Green-Vermillion знизився з 2,4 до 0,6, що свідчить про добрий гігієнічний стан порожнини рота. ТЕР склав 3 бали, що вказує на високу стійкість зубів до карієсу.

Усе вищезазначене дозволяє зробити **висновок** про ефективність запропонованого способу й рекомендувати його для впровадження в клінічну медицину.

Приходченко С.В.

МЕНЕДЖМЕНТ БОЛЮ НА ПЕРВИННОМУ ПРИЙОМІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Актуальність. Сучасний менеджмент болю потребує диференціовальної діагностики видів больових синдромів відповідно до рекомендацій Міжнародної асоціації з вивчення болю (International Association for the Study of Pain — IASP). У стоматологічній практиці ще зовсім недавно діагностиці нейропатичного болю не приділяли достатньо уваги, але час змінився. Нейропатичний біль може або домінувати в структурі больового синдрому, або поєднуватися з ноцицептивним болем.

Мета дослідження – оптимізувати діагностику ноцицептивного й нейропатичного болю на первинному прийомі стоматологічного хворого.

Методи дослідження. У діагностиці первинного симптомокомплексу болю, крім загальноприйнятих методів, використовували опитувальники DN4, шкали загального враження щодо змін стану пацієнта (для пацієнта й лікаря) і анкетування задля виявлення жовтих прапорців нейропатичного болю: генетичні фактори, захворювання, які спричиняють ці симптоми, вік (<35 і >50 років), куріння, ожиріння, низька фізична активність, незадоволеність роботою, психосоціальний стрес, неправильне уявлення пацієнта про біль, повторні й часті епізоди болю, емоційний стан пацієнта.

Результати дослідження. Серед 20 респондентів жовті прапорці були виявлені в 10 пацієнтів, за опитувальником DN4 – у 60 % респондентів наявний нейропатичний компонент болю. Результати аналізу шкали загального враження щодо змін стану пацієнта для пацієнта й лікаря відрізнялись між собою на понад 15%.

Висновки. Отже, сучасному стоматологу необхідно розширити свої погляди щодо диференціації больових феноменів уже на первинному прийомі стоматологічного хворого.