

Скрипников П.М., Приходченко С.В.

ФЕНОМЕНОЛОГІЯ БОЛЬОВОГО СИМПТОМУ В СУЧАСНІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Актуальність. Больовий симптом у практиці лікаря-стоматолога - це перша ланка на шляху до встановлення діагнозу, вибору методу знеболювання й тактики лікування, невід'ємна частина щодо даних об'єктивного обстеження пацієнта й проведення диференціувальної діагностики захворювань. Феноменологія больових симптомів лицевої ділянки й порожнини рота зумовлена патологією не тільки зубощелепної системи, а й очей, приносних пазух, вух, ділянки шиї. До вищевказаних передумов різноманітності больових феноменів у сучасному житті додається вплив науково-технічного прогресу. Масове захоплення електронними пристроями почалося порівняно недавно - в останні 10 - 15 років. Активно використовуючи гаджет, людина звалює на шию важку ношу - постійну підтримку голови під сильним кутом, у цей час тиск на міжхребцеві диски у два рази вищий, ніж у звичайному положенні. Через це в більшості сучасних людей розвивається так званий «синдром комп'ютерної шиї» (англ. «text-neck»). Клінічно доведено, що внаслідок нього погіршується кровообіг у зоні шиї, виникає дегенерація міжхребцевих дисків і розвивається гіпермобільність у середньошийному відділі хребта, частіше бувають мігрені й головний біль, біль у ділянці спини й шиї. Таким чином, сукупність змін у шийному відділі хребта й клінічних проявів болю призводить до складності диференціації болю, а саме - ноцицептивного й нейропатичного генезу.

Мета дослідження – підвищити рівень первинної діагностики стоматологічного хворого, розуміння поширеності «синдрому комп'ютерної шиї» та його впливу на прояви ноцицептивного болю від дентоальвеолярних причин, виявлення причин орофасціального болю на первинному прийомі.

Методи дослідження. Діагностуючи первинний симптомокомплекс болю й виявивши «синдром комп'ютерної шиї», ми поглиблено працювали з низкою питань: сприйняття болю, типи болю, джерела болю, гострий і хронічний больовий синдром, ноцицептивний і нейропатичний біль, змішаний біль, біль як біосоціопсихологічна модель. Використовували загальноприйняті методи дослідження: загальне обстеження стоматологічного пацієнта, візуально-аналогова шкала болю (ВАШ) і шкала осіб Вонга-Бекера, додадково - опитувальник DN4 для діагностики нейропатичного болю й анкетування з метою вивчення способу життя пацієнта й виявлення симптомів «синдрому комп'ютерної шиї». Анкета складалася з таких запитань: який проміжок часу використовуються гаджети протягом доби, чи наявний біль різного генезу в спині, як часто пацієнт приймає знеболювальні засоби, яка добова фізична активність, наявність надмірної стомлюваності й «безпричинного» головного болю. У дослідженні взяли участь 20 хворих віком 17 - 19 років із різною стоматологічною патологією. Шкалу болю ВАШ і шкалу осіб Вонга - Бекера використовували як у первинній діагностиці, так і в оцінці якості анестезії й проведених маніпуляцій.

Результати дослідження. Серед респондентів усі 20 використовують гаджети понад 6 годин за добу, тримаючи голову під сильним кутом; у 80% респондентів наявний нейропатичний компонент болю й клінічні прояви «синдрому комп'ютерної шиї». З 20 осіб 15 постійно приймають знеболювальні засоби - кетанов і німесил, щоб купірувати зубний біль, та інші нестероїдні протизапальні препарати для припинення болю в шиї й спині. Важливо те, що 50 % респондентів уживали знеболювальні засоби перед прийомом у лікаря, що безумовно впливало на диференціацію больових феноменів лікарем. Сприйняття, характеристики болю й ефективність проведених маніпуляцій пацієнтів у зворотному зв'язку відрізнялися від даних, які вони надавали письмово, заповнюючи шкалу болю ВАШ і шкалу осіб Вонга – Бекера. Пацієнти з нейропатичним компонентом болю чутливіші до проявів болю від дентоальвеолярних причин і під час стоматологічних маніпуляцій. 15 із 20 пацієнтів страждають на дентофобію різної сили.

Висновки. Отже, стоматологу в сучасному житті необхідно розширювати свої погляди щодо первинної диференціації больових феноменів, ураховуючи біосоціопсихологічну модель болю, розуміти різноманітність проявів ноцицептивного й нейропатичного болю та вміти застосовувати їх у своїй клінічній практиці.

Скрипников П.М., Марченко А.В.

30-РІЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ КАФЕДРИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів ПДМУ виповнюється 30 років. Її діяльність почалася 21 серпня 1991 року спочатку як кафедри інтернатури з терапевтичної стоматології. У зв'язку з розширенням обсягу й видів роботи має назву: кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів. Розташована на базі КП «Полтавський обласний центр стоматології – стоматологічна клінічна поліклініка», приватних стоматологічних клінік і кабінетів м. Полтави, має клінічні бази в м. Чернігові та м. Кременчуці.