

ФЕНОМЕНИ БОЛЮ В СУЧАСНІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Мисік Я.

Наукові керівники: проф. Скрипников П., доц. Приходченко С.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Больовий симптом це найважливіша додаткова інформація що до даних об'єктивного обстеження пацієнта та диференціальної діагностики захворювань. Больові феномени лицевої ділянки та порожнини рота зумовлені низкою причин: патологією зубо-щелепного апарату, захворюваннями нервової системи, різноманітним анатомічною будови. Але крім вищевказаних передумов до різноманітності больових феноменів в сучасному житті додається вплив науково-технічного прогресу. Сидячи перед монітором або гортаючи стрічку Інстаграма, людина звалиює на шийку важку ношу - постійну підтримку голови під сильним кутом. Через це у більшості сучасних людей розвивається так званий «синдром комп'ютерної шийи» (англ. «text-neck»). Клінічно доведено, що внаслідок такого довготривалого положення голови розвивається гіпермобільність у середньопшийному відділі хребта, частіше спостерігаються мігрені і головні болі, болі в області спини та шийи. Таким чином, сумація змін в шийному відділі хребта і клінічних проявів болі призводить як до складності диференціації ноцицептивного та нейропатичного болі, так і статистичного поширення міофасціального больового синдрому (МФБС) серед населення.

Мета дослідження. Підвищення рівня первинної діагностики стоматологічного хворого, розуміння розповсюдженості міофасціального больового синдрому та його впливу на прояви ноцицептивного болі від дентоальвеолярних причин, виявлення причин орофасціального болі на первинному прийомі.

Методи дослідження. При діагностиці первинного симптомокомплексу болі та виявленню МФБС ми поглиблено працювали з низкою питань, а саме: визначення болі (ВООЗ), сприйняття болі, типи болі, джерела болі, гострий та хронічний больовий синдром, ноцицептивний, нейропатичний та змішаний біль, діагностичний алгоритм визначення болі, біль – як біосоціопсихологічна модель. Використовувались загальноприйняті вимірювання – загальне обстеження стоматологічного пацієнта, візуально-аналогова шкала болі (ВАШ) і шкала осіб Вонга-Бекера та

додатково – опитувальник DN4 для діагностики нейропатичного болу і анкетування з метою вивчення способу життя пацієнта (скільки часу використовуються гаджети на добу, чи є болі різного генезу в спині, як часто пацієнт приймає знеболюючі засоби, яка добова фізична активність). У дослідженні приймало участь 15 хворих у віці 17-19 років з різною стоматологічною патологією та контрольна група – 15 пацієнтів різного віку з відсутністю МФБС. Шкалу болу ВАШ і шкалу осіб Вонга-Бекера використовували як при первинній діагностиці, так і при оцінці якості анестезії та проведених маніпуляцій.

Основні результати. Серед респондентів першої групи всі хворі використовували гаджети більше, ніж 6 годин на добу, тримаючи голову під сильним кутом. Результати дослідження показали, що у 80% респондентів присутній нейропатичний компонент болу та клінічні прояви МФБС. Сприйняття болу та ефективність проведених маніпуляцій пацієнтів у зворотному зв'язку відрізнялися від тих, що давали респонденти контрольної групи.

Висновки. Таким чином, сучасному стоматологу необхідно розширити свої погляди щодо диференціації больових феноменів та вміння застосовувати їх у своїй практиці.

ЦЕФАЛОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СКЕЛЕТНИХ ФОРМ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСУ

Пазинич О.

Науковий керівник: ас. Мосієнко А.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів

Полтавський державний медичний університет

Скелетна форма дистального прикусу може формуватися внаслідок порушення розвитку нижньої щелепи (мікрогнатія) або верхньої щелепи (макрогнатія), ретропозиції (ретрогнатія) нижньої щелепи по відношенню до площини передньої черепної ямки або антепозиції (прогнатії) верхньої щелепи, так і при поєднанні цих форм.

Метою дослідження стало визначення і систематизація скелетних форм дистального прикусу.

Матеріали та методи дослідження. Були обстежені 59 телерентгенограм пацієнтів із різними видами дистального прикусу. Визначали цефалометричні показники за Steiner, Wits, Roth Jarabak в програмі «AudaxCeph». З них були обрані ті параметри, які ми вважаємо значи-