**Кобзиста Наталія Олександрівна. Диференційна діагностика та методи лікування лицевого болю при нейростоматологічних захворюваннях: Дис... канд. мед. наук: 14.01.15 / Українська медична стоматологічна академія. - Полтава, 2002. - 150арк. - Бібліогр.: арк. 129-150**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Кобзиста Наталія Олександрівна Диференційна діагностика і методи лікування лицевого болю при нейростоматологічних захворюваннях. - Рукопис.  Дисертація на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.15. – нервові хвороби. - Харківська медична академія післядипломної освіти. - Харків, 2002.  З‘ясована структура нейростоматологічних захворювань в клініці хірургічної стоматології. Розроблені критерії диференційної діагностики нейростоматологічних захворювань із переважним больовим синдромом. Доведена діагностична інформативність та розроблені діагностичні критерії різних причин болю в обличчі за допомогою модифікованої електропунктури за методом Фолля. Запропоновані методи лікування гострого одонтогенного болю в обличчі месулідом та хронічного лицевого болю після нейродеструктивних стоматологічних втручань методом фармакопунктури. Позитивний анальгетичний ефект фармакопунктури був доведений динамікою активності перекісного окислення ліпідів.  Ключеві слова: нейростоматологія, лицевий біль, електропунктура за методом Фолля, перекісне окислення ліпідів, месулід, фармакопунктура. | |
| |  | | --- | | 1. У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової задачі – підвищення ефективності лікування гострого та хронічного лицевого болю на підставі удосконалення диференційної діагностики та обґрунтування доцільності застосування месуліду та фармакопунктури.  2. У структурі нейростоматологічної захворюваності клініки хірургічної стоматології переважає патологія трійчастого та лицевого нервів. В 65,6% випадків діагностованих нейростоматологічних синдромів вони травматичного генезу, в тому числі в 34,3% – ятрогенного характеру (перерізка або травмування нерву під час оперативних утручань на слинних залозах, під час проведення анестезії). В 15,6% причиною розвитку нейростоматологічних захворювань були запальні процеси, в 12, 5% – патологія зубощелепної системи і в 6,26% – судинні захворювання.  3. При встановленні генезу розвитку лицевих больових синдромів виникають труднощі через недостатнє володіння знаннями особливостей диференційної діагностики різних форм прозопалгій, а також через невикористання допоміжних методів обстеження.  4. Розроблені диференційно-діагностичні критерії лицевого болю різного генезу, що полегшує діагностику основних нейростоматологічних захворювань та дає можливість зменшити тривалість курсу лікування.  5. Модифікована електропунктурна діагностика за методом Р.Фолля дозволяє в короткий строк виявити причину виникнення лицевого болю, в тому числі пов’язану з індивідуальним несприйманням стоматологічних матеріалів.  6. При лікуванні хворих із гострим одонтогенним больовим синдромом внаслідок травматичних стоматологічних втручань, а також больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба при застосуванні месуліду знеболюючий ефект досягається в 2-3 рази швидше, ніж при використанні індометацину.  7. За допомогою фармакопунктури можна досягти тривалого (на 8-9 місяців) знеболюючого ефекту при лікуванні хворих із токсичною нейропатією трійчастого нерву після алкоголізацій без проведення хірургічних утручань. | |