

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕНАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

А.А. Тимофеев; Н.А. Ушко; г. Киев

В статье показаны возможности применения препаратов кеторолак, декскетопрофен и этодолак при заболеваниях челюстно-лицевой области. Показано, что представленные препараты обладают достаточно выраженным и длительным анальгетическим действием. Препарат "Медролгин" обладает наиболее сильным и продолжительным обезболивающим действием, и его рекомендуется использовать при лечении различных заболеваний челюстно-лицевой области.

Боль представляет собой патологический процесс и является наиболее распространенным симптомом, причиняющим страдания миллионам людей. Боль - это своеобразное психофизиологическое состояние человека, возникающее в результате воздействия сверхсильных или разрушительных раздражителей, вызывающих органические или функциональные нарушения в организме; является интегративной функцией организма, мобилизующей разнообразные функциональные системы для защиты организма от воздействия вредящего фактора (Энциклопедический словарь медицинских терминов). Известно, что боль является защитным механизмом и она информирует о болезни или предупреждает о расстройстве деятельности как всего организма, так и отдельных органов. Боль носит защитный характер до тех пор, пока информирует о грозящей опасности. Как только эта информация отмечена сознанием, и опасность устранена, боль становится уже ненужной, но если болевые раздражения продолжают поступать в центральную нервную систему, то боль уже постепенно заглушает сознание и начинает дезорганизовывать многие функции организма.

Патофизиологические механизмы боли можно разделить на две категории: ноцицептивная боль, которая возникает как следствие повреждения тканей (кожа, кости, суставы, мышцы и др.); невропатическая боль, связанная с повреждением нервной ткани на различных уровнях. Ноцицептивные и невропатические боли могут быть острыми и хроническими. Острые боли являются нормальной реакцией на повреждение тканей и обычно проходят по мере их заживления. Хронические боли могут быть обусловлены постоянным раздражением ноцицепторов. Хроническая боль постепенно утрачивает свою защитную функцию, присущую физиологической боли.

Общеизвестна классификация анальгетических лекарственных средств: центрально действующие лекарственные средства (опиаты) - эти средства способны оказывать более сильное действие, чем другие, но и вызывать активную лекарственную зависимость (промедол, морфин, кодеин и др.); периферически действующие лекарственные средства (неопиаты) основным принципом действия является торможение синтеза простагландинов, которое играет важную роль в локальных механизмах боли и воспаления, в процессах передачи боли (ибупрофен; диклофенак; кеторолак, декскетопрофен и др.); вторичные анальгетики (адьюванты) - вещества, влияющие на нервные и/или психические процессы - моторно-мотивационные и когнитивные компоненты боли (финлепсин, диазепам и др.). Особенностью тканей челюстно-лицевой области является их обильная иннервация.

Поэтому многие заболевания данной области сопровождаются выраженной болевой клинической симптоматикой и требуют проведения адекватного обезболивания не только при их лечении, но и в послеоперационном периоде ведения больных. Более 90% пациентов, прооперированных в челюстно-лицевой области, жалуются на среднюю и сильную боль в послеоперационном периоде. Несмотря на большой арсенал анальгетических препаратов различной направленности действия, проблема лечения послеоперационной боли остается весьма актуальной как в нашей стране, так и за рубежом. Наш многолетний опыт работы в челюстно-лицевой хирургии показывает ограниченность использования в клинике наркотических анальгетиков (промедол, омнопон и др.), которые обладают побочными эффектами (угнетают дыхание, вызывают тошноту, рвоту, лекарственную зависимость). Поэтому в течение многих лет врачами ведется поиск анальгетиков, способных оптимально подавлять болевой симптом и не иметь побочных свойств, присущих опиатам.

В последние годы в нашей клинике (клиника челюстно-лицевой хирургии НМАПО им. П.Л.Шупика, г. Киев) используется препарат "Медролгин"). Медролгин (регистрационные номера в России П №12170/01, № 12170/02) - это нестероидный ненаркотический анальгетик, который действует на циклооксигеназный путь обмена арахидоновой кислоты, ингибируя биосинтез простагландинов, являющихся медиаторами болевой чувствительности в месте повреждения тканей. Таким образом, считается, что Медролгин снижает периферическую ноцицептивную чувствительность, т. е. является периферическим анальгетиком. Учитывая то, что данный препарат ингибирует биосинтез простагландинов, которые являются медиаторами также и воспаления, то не следует забывать о противовоспалительном эффекте у Медролгина. Для обезболивания в послеоперационном периоде нами также применяется препарат декскетопрофен - нестероидное противовоспалительное средство, ингибитор системы циклооксигеназы. Оказывает противовоспалительный, обезболивающий и жаропонижающий эффекты. Связывается с глюкуроновой кислотой. Элиминируется почками. Не наблюдается кумулирования в тканях. В течение последних лет мы применяли нестероидный противовоспалительный препарат этодолак в комплексном лечении заболеваний челюстно-лицевой области и в послеоперационном периоде. Этодолак снижает синтез простагландинов из арахидоновой кислоты, ингибируя фермент циклооксигеназу, благодаря чему уменьшается чувствительность рецепторов к медиаторам боли (гистамину, брадикинину), уменьшается экссудация, миграция лейкоцитов, а также чувствительность гипоталамических центров терморегуляции к действию эндогенных пирогенов.

Цель проводимого исследования - дать сравнительную характеристику ненаркотическим анальгетикам (кеторолак, декскетопрофен, этодолак), которые применяются в челюстно-лицевой хирургии для послеоперационного обезболивания больных.

Материал и Методы Исследования

Под нашим наблюдением находилось 232 обследуемых. Мы разделили их на следующие группы: I группа - 109 больных после проведения челюстно-лицевых оперативных вмешательств (удаление остеобластом и кист челюстей); II группа - 59 пострадавших с открытыми переломами тела нижней челюсти; III группа - 64 больных с воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи (абсцессы и флегмоны у

больных, отягощенных наркоманией). Определяли побочные эффекты действия препарата или возможные осложнения, которые были связаны с использованием данного лекарственного средства. В нашей клинической практике для оценки боли мы применили общеизвестную словесную оценку болей - визуальноаналоговую шкалу (ВАШ) - метод, доступный для любого хирургического или реанимационного отделения.

Невыносимая боль - 10 баллов. Оценка болевых ощущений: очень сильные боли (10 и 9 баллов), сильные (8, 7, 6 баллов), средние (5, 4, 3 балла), слабые (2, 1 балла), отсутствие болей (0 баллов). Качество анальгезии оценивалось по пятибалльной шкале: 5 - "очень хорошая", 4 - "хорошая", 3 - "удовлетворительная", 2 - "незначительная", 1 - "отсутствует". В первые сутки после операции кеторолак назначали внутримышечно по 10-20 мг через 8 часов (три раза в сутки), на вторые-третьи сутки - по 10-20 мг через 12 часов (два раза в день), а на 4-5-е сутки по 10 мг в таблетках два раза в день. Только при частичной резекции челюстей в первые два дня после операции кеторолак назначался внутримышечно по 30 мг через 8 часов (суточная доза не превышала 90 мг), на 3-4-й день - по 20 мг в таблетках через 12 часов, а с 5-х суток лечения - по 10 мг (в таблетках) через 12 часов.

Способ применения декскетопрофена был следующим: для в/м введения использовали дозу для взрослых

- 50 мг каждые 8-12 часов. Декскетопрофен можно применять каждые 8 часов, что зависит от интенсивности боли. Внутримышечное введение декскетопрофена проходило в течение первых двух дней после операции. В дальнейшем возможен перевод пациента на декскетопрофен для приема внутрь - по 25 мг однократно. Препарат оказывал обезболивающий эффект при пероральном приеме через 50-60 минут, а при парентеральном введении - через 30 минут. Продолжительность анальгезирующего эффекта продолжалась 3-6 часов, после парентерального введения в дозе 50 мг составила 4-6 часов. Препарат этодолак назначали перорально по 400 мг через 8 часов (три раза в сутки), на 2-5-е сутки - по 400 мг через 12 часов (два раза в день). Все полученные в ходе исследования цифровые данные обработаны математическим методом с вычислением критерия Стьюдента. Показатели считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты Исследования и Их Обсуждение

Среди 109 больных (первая группа наблюдения), у которых кеторолак использовался для устранения послеоперационных болей, распределение обследуемых было следующим: 59 больным проводились операции по поводу удаления остеобластом челюстных костей и 50 - операция удаления одонтогенных кист челюстей. Повреждение тканей в результате оперативного вмешательства (рассечение и смещение тканей, удаление опухоли и т. д.) активизирует поток нервных импульсов, поступающих в центральную нервную систему от кожных и мышечных рецепторов (афферентация). В результате стойкого рефлекторного спазма мышц в области послеоперационной раны они становятся болезненными. Боль в ране практически сохраняется до тех пор, пока не наступит полное заживление раны.

У больных первой группы (47 обследуемых: 27 чел. с остеобластомами и 20 чел. - с одонтогенными кистами челюстей) в первые сутки лечения применили кеторолак. У больных первой группы наблюдения с подобными оперативными вмешательствами послеоперационные боли обычно были средние или сильные (табл. 1), они сопровождались головной болью, слабостью, недомоганием, беспокойством и депрессией. Примерно через 30-40 минут после внутримышечного введения первых (ранее указанных) доз кеторолака происходило ослабление и значительное уменьшение интенсивности этих болей. Увеличение насыщения крови кислородом (сатурация) при использовании кеторолака указывало на положительное его действие на дыхание и гемодинамику. Результаты обследования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) больных данной группы при использовании кеторолака в послеоперационном периоде представлены в таблице 1. В первый день после проведенной операции у больных первой группы наблюдения при лечении кеторолаком сильные боли (7 и 6 баллов) были обнаружены у 46,8%, средней (5 и 4 балла) тяжести боли - у 53,2% обследуемых. На 2-й день после операции сильные боли выявлены у 21,3% обследуемых, а средней (5, 4 и 3 балла) степени тяжести - у 78,7%. На 3-й день послеоперационные боли у данной группы больных были следующие: средние - у 74,5%, слабые (2 и 1 балла) - у 25,5%. На 4-й день послеоперационные боли были следующими: средние - у 4,3%, слабые - у 83,0% и отсутствовали боли (0 баллов) - у 12,7% обследуемых. На 5-й день послеоперационные боли у данной группы больных были следующими: слабые - у 42,6%, отсутствовали боли у 57,4%. Побочные эффекты, такие как сонливость, усиление потоотделения и тошнота, нами наблюдались у трех обследуемых (7,0%).

Таблица 1. Характеристика болевого синдрома при использовании кеторолака в первой группе наблюдения (количество больных/ процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)							
	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	3/6,4%	19/40,4%	18/38,3%	7/14,9%				
2-й день		10/21,3%	12/25,5%	11/23,4%	14/29,8%			
3-й день			8/17,0%	12/25,5%	15/32,0%	12/25,5%		
4-й день					2/4,3%	29/61,7%	10/21,3%	6/12,7%
5-й день							20/42,6%	27/57,4%

Декскетопрофен был нами применен у 25-ти обследуемых первой группы наблюдения (13 чел. - больные после проведения операции удаления остеобластом, 12 чел. - после удаления одонтогенных кист челюстей). Результаты обследования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) больных данной группы при использовании декскетопрофена в

послеоперационном периоде представлены в таблице 2. В первый день после проведённой операции у больных первой группы наблюдения при лечении декскетопрофеном сильные боли (7 и 6 баллов) были обнаружены у 48,0%, средней (5, 4 и 3 балла) тяжести боли - у 52,0% обследуемых. На 2-й день после операции сильные боли выявлены у 40,0% обследуемых, а средней (5, 4 и 3 балла) степени тяжести - у 60,0%. На 3-й день послеоперационные боли у данной группы больных были следующие: средние - у 100%. На 4-й день послеоперационные боли были следующими: средние - у 88,0%, слабые - у 12,0%. На 5-й день послеоперационные боли у данной группы больных были следующими: сильные - у 8,0%, слабые - у 92,0% обследуемых. Побочные эффекты, такие, как тошнота, боли в эпигастрии, отмечены у 3-х больных (12,0%), сонливость, усиление потоотделения и тошнота нами наблюдались у 4-х обследуемых (16,0%), сердцебиение и повышение артериального давления или гипотензия и тахикардия у 2-х больных (8,0%). Побочные эффекты самостоятельно исчезали при снижении дозы вводимого препарата.

Таблица 2. Характеристика болевого синдрома при использовании декскетопрофена в первой группе наблюдения (количество больных/ процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)								
	7	6	5	4	3	2	1	0	
1-й день	2/8,0%	10/40,0%	8/32,0%	5/20,0%					
2-й день		10/40,0%	10/40,0%	2/8,0%	3/12,0%				
3-й день			10/40,0%	10/40,0%	5/20,0%				
4-й день				12/48,0%	10/40,0%	3/12,0%			
5-й день					2/8,0%	12/48,0%	11/44,0%		

Среди 37-и больных (первая группа наблюдения), у которых препарат этодолак применялся для уменьшения послеоперационных болей, распределение обследуемых было следующим: 19-ти больным проводились операции по поводу удаления остеобластом и 18-ти - одонтогенных кист челюстей. Наблюдаемое увеличение насыщения крови кислородом (сатурация) в динамике использования препарата этодолак указывало на его положительное действие на внешнее дыхание и гемодинамику. Результаты обследования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) больных данной группы при использовании этодолака в послеоперационном периоде представлены в таблице 3. В первый день после проведённой операции у больных первой группы наблюдения при лечении препаратом этодолак сильные боли (7 и 6 баллов) были обнаружены у 40,5%, средней (5,4 и 3 балла) тяжести боли - у 59,5% обследуемых. На 2-й день после операции сильные боли выявлены у 27,0% обследуемых, а средней (5, 4 и 3 балла) степени тяжести - у 73,0%. На 3-й день послеоперационные боли у данных больных были следующими:

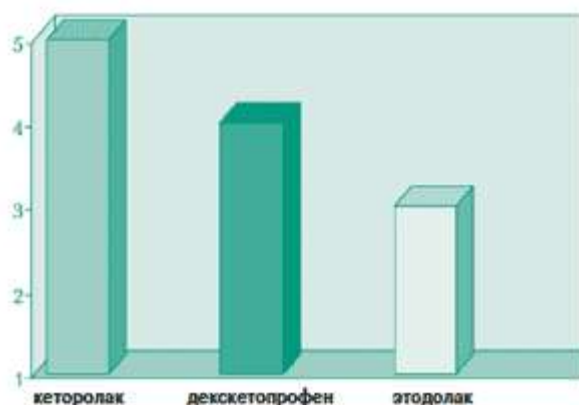
средние - у 100%. На 4-й день послеоперационные боли были следующими: средние - у 89,2%, слабые - у 10,8%. На 5-й день послеоперационные боли были следующими: средние - у 54,1%, слабые боли - у 45,9% обследуемых. Побочные эффекты, такие как эпигастральные боли, аллергические проявления (сыпь, зуд), наблюдались у двух обследуемых (7,4%). У этих больных данные симптомы появились на 2-е или 3-и сутки после перорального применения препарата этодолак. Побочные эффекты самостоятельно исчезали после прекращения приёма данного лекарственного средства.

Таблица 3. Характеристика болевого синдрома при использовании препарата этодолак в первой группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)							
	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	3/8,1%	12/32,4%	18/48,7%	4/10,8%				
2-й день		10/27,0%	16/43,3%	10/27,0%	1/2,7%			
3-й день			16/43,3%	10/27,0%	11/29,7%			
4-й день				18/48,7%	15/40,5%	4/10,8%		
5-й день					20/54,1%	17/45,9%		

Качество послеоперационной анальгезии у больных первой группы наблюдения оценивали по пятибалльной шкале (рис. 1): 5 ("очень хорошая") - для кеторолака, 4 ("хорошая") - для декскетопрофена, 3 ("удовлетворительная") - для препарата этодолак.

Рис. 1. Оценка качества послеоперационной анальгезии у обследуемых первой группы наблюдения (больные с остеобластомами и одонтогенными кистами челюстей).



Во вторую группу нами были включены больные (59 чел.) с переломами нижней челюсти. У всех этих больных щель перелома проходила в пределах зубного ряда, и всегда имелось повреждение нижнечелюстного нерва (ушиб, растяжение, неполный разрыв). После проведения репозиции и фиксации отломков челюстей зубными металлическими шинами, удаления зуба из щели перелома (у всех обследуемых были показания для удаления зуба) и наложения межчелюстной резиновой тяги одним из основных клинических симптомов сохранялась боль в области травмированной челюсти и окружающих мягких тканей (у всех обследуемых имелось кровоизлияние в мягкие ткани вокруг места перелома). Среди 59-ти больных второй группы наблюдения (с открытыми переломами нижней челюсти) распределение обследуемых было следующим: 20 человек лечились с применением кеторолака, 20 - с применением декскетопрофена и 19 - с использованием препарата этодолак.

Обследованным второй группы (20 чел.) в комплекс лечебных мероприятий в качестве обезболивающего средства был включен кеторолак по следующей схеме: в первые двое суток - по 10-20 мг перорально или внутримышечно через 8 часов (три раза в сутки), 3-5-е сутки - перорально по 10 мг через 12 часов (два раза в день). Уже через 30-45 минут после первого приёма данного препарата наблюдалось значительное уменьшение болевой реакции. У больных нормализовался сон, приём жидкой пищи не вызывал болевых ощущений. Для оценки интенсивности болевых реакций обследуемым проводили тензоалгометрию и были изучены электрофизиологические показатели нижнечелюстной ветви тройничного нерва в ментальной точке в динамике лечения. Все показатели указывали на снижение болевой реакции у больных в период применения препарата кеторолак. В динамике лечения отмечалось увеличение насыщения крови кислородом и улучшение гемодинамики, а также нормализация других клинико-лабораторных показателей. Результаты обследования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) больных данной группы при использовании кеторолака в послеоперационном периоде представлены в таблице 4. В первый день после проведенной репозиции и фиксации отломков челюстей у больных второй группы наблюдения при лечении кеторолаком сильные боли (8, 7 и 6 баллов) были обнаружены у 80,0%, средней (5 баллов) степени - у 20,0% обследуемых. На 2-й день после операции сильные боли выявлены у 30,0% обследуемых, а средней (5, 4 балла) степени - у 70,0%. На 3-й день послеоперационные боли у этой группы больных были средними у 100%. На 4-й день послеоперационные боли были следующими: средние - у 20,0%, слабые - у 80,0%. На 5-й день послеоперационные боли у данной группы больных были следующими: слабые - у 25,0%, отсутствовали боли у 75, 0%.

Таблица 4. Характеристика болевого синдрома при использовании препарата кеторолак во второй группе наблюдения (количество больных/ процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)								
	8	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	2/10,0	6/30,0	8/40,0	4/20,0%					

	%	%	%						
2-й день			6/30,0 %	10/50,0 %	4/20,0%				
3-й день				2/10,0%	12/60,0 %	6/30,0 %			
4-й день						4/20,0 %	14/ 70,0%	2/10,0 %	
5-й день							1/5,0 %	4/20,0 %	15/75,0 %

Побочные эффекты, такие как сонливость, усиление потоотделения и тошнота нами наблюдались у 2-х обследуемых (10,0%). У этих больных данные симптомы появились на 2-е сутки внутримышечного применения больших доз (30 мг) кеторолака. Побочные эффекты самостоятельно исчезали при снижении дозы вводимого препарата.

Декскетопрофен был нами применен у 20-и обследуемых. Результаты обследования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) больных данной группы при использовании декскетопрофена в послеоперационном периоде представлены в таблице 5. В первый день после проведенной репозиции и фиксации отломков челюстей у больных второй группы наблюдения при лечении декскетопрофеном сильные боли (8, 7 и 6 баллов) были обнаружены у 80,0%, средней (5 балла) степени боли - у 20,0% обследуемых. На 2-й день после операции сильные боли выявлены у 40,0% обследуемых, а средней (5, 4 балла) степени тяжести - у 60,0%. На 3-й день послеоперационные боли у данной группы обследуемых были следующими: средние - у 100%. На 4-й день послеоперационные боли были такими: средние - у 50,0%, слабые - у 50,0%. На 5-й день послеоперационные боли у данной группы больных были следующие: слабые - у 75,0%, отсутствовали боли у 25,0% обследуемых. Побочные эффекты, такие как тошнота, боли в эпигастральной области отмечены у 2-х больных (10,0%), сонливость, усиление потоотделения и тошнота наблюдались у 2-х обследуемых (10,0%), сердцебиение, повышение артериального давления, гипотензия, тахикардия - у одного больного (5,0%), повышенная потливость, головная боль, страх, тревожность, парестезия, шум в ушах, головокружение наблюдались у 2-х больных (10,0%). Побочные эффекты самостоятельно исчезали при снижении дозы вводимого препарата. У 19-ти больных (вторая группа наблюдения) с открытыми переломами нижней челюсти применялся препарат этодолак для уменьшения послеоперационных болей, которые возникали после удаления зуба из щели перелома и репозиции, и фиксации отломков челюстей. В первый приём препарат необходимо принимать не позже, чем через 1 час после проведенной операции. Согласно нашим наблюдениям, при такой схеме назначения препарата этодолак у этих пострадавших проходило наиболее стабильное обезболивание. Наблюдаемое увеличение насыщения крови кислородом (сатурация) в динамике использования препарата этодолак указывало на его положительное действие на внешнее дыхание и гемодинамику. Результаты

обследования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) больных данной группы при использовании этодолака в послеоперационном периоде представлены в таблице 6. В первый день после проведенной операции у больных второй группы наблюдения при лечении препаратом этодолак сильные боли (8, 7 и 6 баллов) были обнаружены у 63,2%, средней (5 баллов) степени тяжести боли - у 36,8% обследуемых. На 2-й день после репозиции отломков нижней челюсти сильные боли выявлены у 52,6% обследуемых, а средней (5, 4 балла) степени тяжести - у 47,4%. На 3-й день послеоперационные боли у данных больных были следующие: средние - у 100%. На 4-й день послеоперационные боли были следующими: средние - у 78,9%, слабые - у 21,1% обследуемых. На 5-й день послеоперационные боли были слабыми у 100% обследуемых.

Таблица 5. Характеристика болевого синдрома при использовании декскетопрофена во второй группе наблюдения (количество больных/ процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)								
	8	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	3/15,0 %	6/30,0 %	7/35,0 %	4/20,0 %					
2-й день			8/40,0 %	8/40,0 %	4/20,0 %				
3-й день				4/20,0 %	14/70,0 %	2/10,0 %			
4-й день					2/10,0 %	8/40,0 %	10/50,0 %		
5-й день							8/40,0 %	7/35,0 %	5/25,0 %

Таблица 6. Характеристика болевого синдрома при использовании препарата этодолак во второй группе наблюдения (количество больных/ процент обследованных в группе)

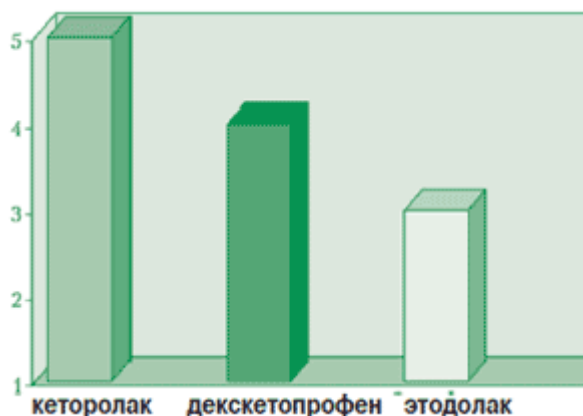
День после операции	Баллы (ВАШ)								
	8	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	1/5,3%	5/26,3%	6/31,6%	7/36,8%					
2-й день			10/52,6%	8/42,1%	1/5,3%				
3-й день				8/42,1%	10/52,6%	1/5,3%			

4-й день					7/36,8%	8/42,1%	4/ 21,1%		
5-й день							12/63,2%	7/36,8%	

Побочные эффекты, такие как эпигастральные боли, аллергические проявления (сыпь, зуд), наблюдались у одного обследуемого (5,3%). Побочный эффект самостоятельно исчезал после прекращения приёма данного лекарственного средства.

Качество послеоперационной анальгезии у больных второй группы наблюдения оценивали по пятибалльной шкале (рис. 2): 5 ("очень хорошая") - для кеторолака, 4 ("хорошая") - для декскетопрофена, 3 ("удовлетворительная") - для препарата этодолака.

Рис. 2. Оценка качества послеоперационной анальгезии у обследуемых второй группы наблюдения (больные с открытыми переломами челюстей).



У 64-х больных с абсцессами и флегмонами мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи, отягощённых наркоманией (третья группа наблюдения) в комплексное лечение в качестве обезболивающего были включены следующие лекарственные средства: кеторолак - у 22 больных, декскетопрофен - у 21 обследуемого и препарат этодолак - у 21 больного.

Кеторолак у 22-х больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи, отягощённых наркоманией, в первые 2-3 дня лечения назначали внутримышечно, а с 3-4-го дня - перорально. Все клиничко-лабораторные показатели в динамике лечения больных указывали на уменьшение болей в области послеоперационной раны. На 4-й день после операции вскрытия гнойно-воспалительного процесса в мягких тканях применение механотерапии у этих больных уже не вызывало болевых ощущений. В динамике лечения отмечалось увеличение насыщения крови кислородом и улучшение гемодинамики, а также улучшение других клиничко-лабораторных показателей. Результаты обследования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) больных данной группы при использовании кеторолака в послеоперационном периоде представлены в таблице 7.

Таблица 7. Характеристика болевого синдрома при использовании препарата кеторолак в третьей группе наблюдения (количество больных/ процент обследованных в группе)

День	Баллы (ВАШ)
------	-------------

после операции	8	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	3/13,6 %	7/31,8 %	7/31,8 %	5/22,7 %					
2-й день			5/22,7 %	8/36,4 %	9/40,9 %				
3-й день				4/18,2 %	8/36,4 %	10/45,4 %			
4-й день						5/22,7%	17/ 77,3%		
5-й день							4/18,2 %	14/63,6 %	4/18,2 %

В первый день после операции вскрытия гнойника у больных третьей группы наблюдения при лечении кеторолаком сильные боли (8, 7 и 6 баллов) были выявлены у 77,3%, средней (5 балла) степени - у 22,7% обследуемых. На 2-й день после операции сильные боли выявлены у 22,7% обследуемых, а средней (5, 4 балла) степени - у 77,3%. На 3-й день послеоперационные боли у этой группы больных были средними у 100%. На 4-й день послеоперационные боли были следующими: средние - у 22,7%, слабые - у 77,3%. На 5-й день послеоперационные боли у данной группы больных были следующими: слабые - у 81,8%, отсутствовали боли у 18,2%. Побочные эффекты (сонливость, усиление потоотделения и тошнота) наблюдались у одного обследуемого (4,6%). У этого больного данные симптомы появились после внутримышечного применения больших доз (30 мг) кеторолака. Побочные эффекты самостоятельно исчезали при снижении дозы вводимого препарата.

Декскетопрофен был применен у 21-го обследуемого. Результаты обследования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) больных данной группы при использовании декскетопрофена в послеоперационном периоде представлены в таблице 8.

Таблица 8. Характеристика болевого синдрома при использовании декскетопрофена в третьей группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)								
	8	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	3/14,3%	8/38,1%	7/33,3%	3/14,3%					
2-й день			7/33,3%	10/47,6%	4/19,1%				

3-й день				7/33,3%	12/57,2%	2/9,5%			
4-й день						12/57,2%	9/ 42,8%		
5-й день							17/80,9%	4/19,1%	

В первый день после операции вскрытия гнойника у больных третьей группы наблюдения при лечении декскетопрофеном сильные боли (8, 7 и 6 баллов) были обнаружены у 85,7%, средней (5 балла) степени боли - у 14,3% обследуемых. На 2-й день после операции сильные боли выявлены у 33,3% обследуемых, а средней (5, 4 балла) степени тяжести - у 66,7%. На 3-й день послеоперационные боли у данной группы обследуемых были средними у 100%. На 4-й день послеоперационные боли были такими: средние - у 57,2%, слабые - у 42,8%.

На 5-й день послеоперационные боли в данной группе больных были слабыми у 100% обследуемых. Побочные эффекты, такие как тошнота, боли в эпигастральной области, отмечены у одного больного (4,8%), сердцебиение, повышение артериального давления, гипотензия, тахикардия - у одного больного (4,8%). Повышенная потливость, головная боль, страх, тревожность, парестезия, шум в ушах, головокружение наблюдались у 2-х больных (9,5%). Побочные эффекты самостоятельно исчезали при снижении дозы вводимого препарата.

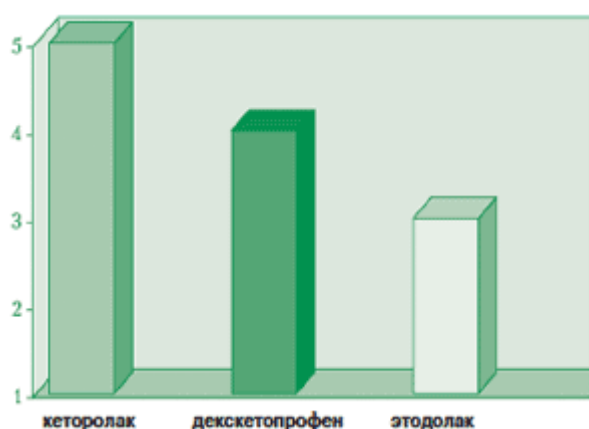
У 21-го больного (третья группа наблюдения) с абсцессами и флегмонами мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи (отягощенных наркоманией) применялся препарат этодолак для уменьшения послеоперационных болей, которые возникали после вскрытия гнойника. В первый приём препарат необходимо принимать не позже, чем через 1 час после проведённой операции. Согласно нашим наблюдениям, при такой схеме назначения препарата этодолак у этих пострадавших проходило наиболее стабильное обезболивание. Наблюдаемое увеличение насыщения крови кислородом (сатурация) в динамике использования препарата этодолак указывало на его положительное действие на внешнее дыхание и гемодинамику. Результаты обследования по визуальноаналоговой шкале (ВАШ) больных данной группы при использовании этодолака в послеоперационном периоде представлены в таблице 9. В первый день после операции вскрытия гнойника у больных третьей группы наблюдения при лечении препаратом этодолак сильные боли (8, 7 и 6 баллов) были обнаружены у 85,7%, средней (5 баллов) степени боли - у 14,3% обследуемых. На 2-й день после операции сильные боли выявлены у 42,8% обследуемых, а средней (5, 4 балла) степени тяжести - у 57,2%. На 3-й день послеоперационные боли в данной группе обследуемых были средними у 100%. На 4-й день послеоперационные боли были средними у 100% обследуемых. На 5-й день после операционные боли в данной группе больных были слабыми у 100% обследуемых. Побочные эффекты, такие как эпигастральные боли, аллергические проявления (сыпь, зуд), наблюдались у 3-х обследуемых (14,3%). Побочные эффекты самостоятельно исчезали после прекращения приема данного лекарственного средства.

Таблица 9. Характеристика болевого синдрома при использовании препарата этодолак в третьей группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)								
	8	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	7/33,3%	8/38,1%	3/14,3%	3/14,3%					
2-й день			9/42,8%	8/38,1%	4/19,1%				
3-й день				12/57,2%	7/33,3%	2/9,5%			
4-й день						21/100%			
5-й день							21/100%		

Качество послеоперационной анальгезии у больных третьей группы наблюдения оценивали по пятибалльной шкале (рис. 3): 5 ("очень хорошая") - для кеторолака, 4 ("хорошая") - для декскетопрофена, 3 ("удовлетворительная") - для препарата этодолака.

Рис. 3. Оценка качества послеоперационной анальгезии у обследуемых третьей группы наблюдения (больные с одонтогенными абсцессами и флегмонами, отягощенные наркоманией).



Выводы

Результаты проведённого обследования по поводу применения анальгетических медикаментозных средств в клинике челюстно-лицевой хирургии свидетельствуют о том, что кеторолак, декскетопрофен и этодолак являются эффективными и безопасными препаратами для лечения болевого синдрома у больных с соответствующей патологией. Препарат "Медролгин" (кеторолака трометамин), нестероидный ненаркотический анальгетик, среди изученных препаратов обладал наиболее выраженным и продолжительным анальгетическим действием, а также имел наименьшее количество побочных эффектов. Таким образом, препарат "Медролгин" является высокоэффективным обезболивающим средством и рекомендуется нами для использования в послеоперационном периоде после удаления опухолеподобных и

опухолевых образований челюстей, при переломах нижней челюсти, после вскрытия абсцессов и флегмон у больных, отягощённых наркоманией.

Литература

1. Тимофеев А.А. и др. Опыт использования препарата медролгин в челюстно-лицевой хирургии // Современная стоматология. - 2003. - № 2. - С. 73-75.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Киев. - 2004. - 1062 с.
3. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. - М.: "Медицинское информационное агентство", 2007. - 696 с.
4. Тимофеев А.А. Челюстно_лице-вая хирургия. - Киев.: "Медицина". - 2010. - 576 с.