

УДК 616.314-089:616-74]-06:616.311.2+616.716.8]-002-084

**В. О. Маланчук, д. мед. н., О. Л. Ціленко,
П. В. Грабовецький, В. Й. Грабовецький**

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

УСТАНОВКА ДЕНТАЛЬНОГО ІМПЛАНТАТА З МОЖЛИВІСТЮ ДРЕНУВАННЯ КІСТКОВОЇ РАНИ

В роботі представлені нові методи установки дентальних імплантів, які дають можливість відтоку ексудату із зони операції, в результаті чого зменшується зона набряку, з'являється можливість контролю загоєння кісткової рани (шляхом забору ексудату з дренажного каналу та його гістологічного аналізу). Способи були застосовані у 23 хворих від 30 до 50 років. В результаті застосування цих методів виявлена тенденція до покращення кровообігу в ділянці установленого імплантату за даними реограм.

Ключеві слова: дентальний імплантат, кісткова рана, остеointegraція, періімплантит, хірургічний етап імплантації.

**В. А. Маланчук, О. Л. Ціленко, П. В. Грабовецький,
В. Й. Грабовецький**

Национальный медицинский университет
им. А. А. Богомольца

УСТАНОВКА ДЕНТАЛЬНОГО ІМПЛАНТАТА С ВОЗМОЖНОСТЮ ДРЕНИРОВАНИЯ КОСТ- НОЙ РАНЫ

В работе представлены новые методы установки дентальных имплантов, которые дают возможность оттока экссудата из зоны операции, в результате чего уменьшается зона отека, появляется возможность контроля заживления костной раны (путем забора экссудата с дренажного канала и его гистологического анализа). Способы были применены у 23 больных от 30 до 50 лет. В результате применения этих методов обнаружена тенденция к улучшению кровообращения в области установленного имплантата по данным реограмм.

Ключевые слова: дентальный имплантат, костная рана, остеointegraция, периимплантит, хирургический этап имплантации.

**V. O. Malanchuk, O. L. Tsilenko, P. V. Grabovetsky,
V. Y. Grabovetsky**

National A.A. Bogomolets Medical University

THE DENTAL IMPLANTATION WITH A POSSIBILITY OF THE BONE WOUND DRAINAGE

The new methods of dental implants installation have been presented in the research. They enable to ensure the exudate outflow from a operation zone. As a result the hypostasis zone decreases. There is also a possibility of control the bone wound healing by the exudate sampling from the drain channel for the further histological analysis. The methods have been applied to 23 patients from 30 to 50 years. The application of these methods revealed a tendency to improve blood circulation in the area of the implant according to the established rheograms.

Key words: dental implant, bone wound, osseointegration, periimplantitis, surgical stage of implantation.

Відомо, що здорові зуби несуть три основні функції в підтриманні високої якості життя кожної люди-

ни: здорові зуби як головний фактор, що обумовлює якість харчування людини; зуби та їх естетична роль; здорові зуби як символ благополуччя людини [10]. Слід зазначити, ще одну важливу роль зубів – зуби це важливий атрибут повноцінної мови, вербального спілкування, комунікабельності в будь-якому віці, а відповідно, повноцінність психіки та поведінкової реакції [11].

На сучасному етапі розвитку суспільства красиві зуби стали одним з символів добробуту та високої якості життя. Таким чином, здорові зуби є одним з важливих ознак якості життя тому, що вони забезпечують повноцінне харчування, естетичний зовнішній вигляд, активний образ життя [9].

В більшості випадків ситуація з втратою зубів може бути виправлена за допомогою якісного протезування. Тому на сучасному етапі розвитку стоматології дентальна імплантація є перспективним та стрімко прогресуючим методом реабілітації пацієнтів з частковою або повною втратою зубів. Такому положенню речей сприяли фундаментальні наукові дослідження групи шведського вченого Бренемарка П.І. та американського професора Л. Линкова [21, 24], а також загально визнані результати клінічного застосування. Дентальна імплантація дозволила розширити можливості та підвищити ефективність ортопедичного лікування пацієнтів з частковою або повною втратою зубів і це, в свою чергу, покращує якість життя цих пацієнтів, що робить імплантацію невід'ємним методом лікування в стоматологічній практиці [2, 13, 19, 23].

Однак, не дивлячись на досягненні успіхи в дентальній імплантації, залишаються актуальними проблеми виникнення післяопераційних ускладнень [1, 3-8, 12, 14]. Особливу увагу приділяють раннім післяопераційним ускладненням хірургічного етапу внутрішньокісткової дентальної імплантації, котрі є однією з найважливіших проблем сучасної стоматології. Одним з таких ускладнень є запальний процес, який розвивається після встановлення дентального імплантату та може призвести до інших різноманітних ускладнень [12, 15, 17].

Одним з супутніх невідворотних процесів після внутрішньокісткової імплантації є післяопераційний набряк в кістковій та в м'яких тканинах, що може бути першим етапом як асептичного, так і інфекційного запального процесу. В середньому стадія асептичного запалення в кістці триває біля 10-ти днів, за негативного перебігу може перейти в септичне запалення, що може спричинити розвиток так званого «періімплантиту» (остеоіміеліту альвеолярного відростку щелепи) та, як наслідок, відторгнення імплантату [16-18, 20, 22, 25].

Профілактика та лікування цих ускладнень є одним із ключових заходів, що спрямовані на більш сприятливий перебіг післяопераційного періоду та збереження імплантату у кістці. Сучасний протокол постановки імплантів (хірургічний етап імплантації) не передбачав необхідних заходів, направлених на профілактику післяопераційних ускладнень. Недоліком відомих методів установки імплантів є: 1) відсутність можливості вільного відтоку ексудату з імплантатного ложа, в результаті чого післяопераційний набряк більш виражений; 2) неможливість відто-

ку крові між дном імплантаційного ложа та торцевою частиною імплантату: зазначене обумовлює велику вірогідність зміни типу загоєння кісткової рани – виникає не первинне кісткове загоєння, а первинне відтерміноване або вторинне, погіршення первинної фіксації та подальшої інтеграції імплантату з кісткою.

Мета. Покращити результати хірургічного етапу внутрішньокісткової дентальної імплантації за рахунок підвищення фізіологічності оперативного втручання та створення кращих умов для загоєння післяопераційної рани.

Матеріали і методи. Нами було запропоновано та застосовано три нових методи установки дентальних імплантатів.

Сутність першого методу (патент № 21637 від 15 березня 2007 р.) полягає в тому, що до відомого методу встановлення зубного імплантату, який складається з етапів від сепарування слизово-окістного клаптя, формування ложа для імплантату, встановлення імплантату та ушивання рани, додають елементи (етапи) операції, які полягають в утворенні каналу в кістці між дном імплантаційного ложа та зовнішньою поверхнею кістки, що забезпечує вихід крові з ділянки дна імплантаційного ложа та торцевої частини імплантату. Після цього встановлюють циліндричний імплантат звичайним способом.

Спосіб здійснювали наступним чином: після відсепарування слизово-окістного клаптя (1) в ділянці гребня альвеолярного відростка (рис. 1) проводили формування кісткового ложа для імплантату звичайним способом. Потім за допомогою тонкого пілотного бора формували дренажний канал (2) в кістці між дном імплантаційного ложа і зовнішньою поверхнею кістки паралельно до вертикальної осі імплантаційного ложа та встановлювали імплантат (3). Рану на гребні альвеолярного відростка ушивали.

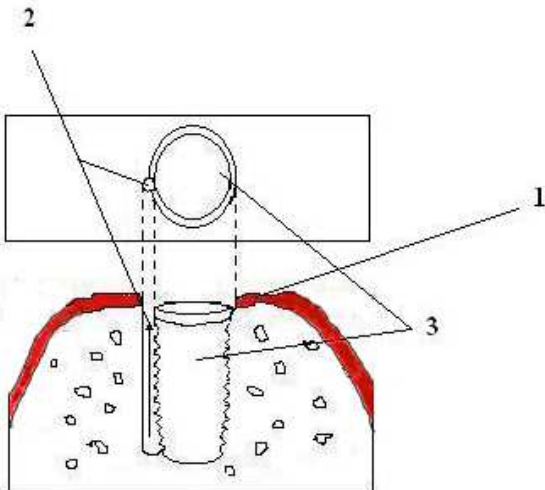


Рис. 1. Перший спосіб встановлення імплантату з можливістю дренажу переімплататної кісткової рани (патент №21637 від 15.03.07): 1 – слизово-окістний клапоть; 2 – дренажний канал в кістці; 3 – імплантат.

Сутність другого способу (патент №21638 від 15 березня 2007 р.) полягає в наступному: після відсепарування слизово-окістного клаптя в ділянці гребня альвеолярного відростка (1) проводили формування кісткового ложа для імплантату звичайним способом.

Потім, проводили рости́н слизової оболонки та окістя в ділянці проекції верхівки імплантаційного ложа довжиною 2-3 мм, оголяли кістку і за допомогою тонкого пілотного бора формували дренажний канал (2) в кістці між дном імплантаційного ложа і зовнішньою поверхнею кістки та встановлювали імплантат (3). Рану ушивали (рис. 2).

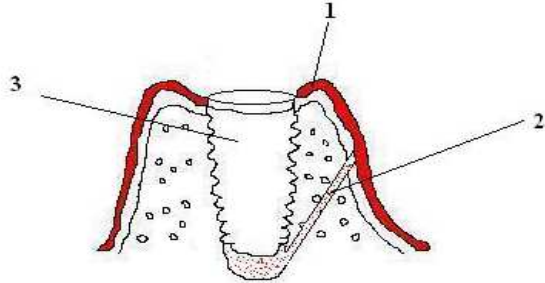


Рис. 2. Другий спосіб встановлення імплантатів з можливістю відтоку ексудату та охолоджуючої рідини з переімплатної кісткової рани (патент №21638 від 15.03.07): 1 – слизово-окістний клапоть; 2 – дренажний канал в кістці; 3 – імплантат.

Сутність третього способу (патент № 21639 від 15 березня 2007 р.) полягає в наступному: після відсепарування слизово-окістного клаптя (1) формували направлення та глибину каналу за допомогою тонкого пілотного бора. Враховуючи направлення та глибину зробленого каналу утворювали два дренажних канали (2) перпендикулярно до кісткового ложа з внутрішньої та зовнішньої сторони альвеолярного відростку. Після цього формували ложе для імплантату звичайним способом. В результаті під час формування ложа для імплантату охолоджуюча рідина мала можливість відтоку через утворені пази та з'являлись умови для відтоку крові та ексудату з кістки після операції (мал. 3).

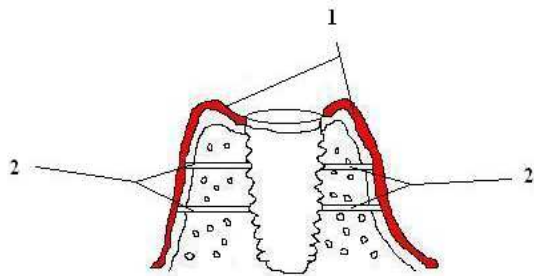


Рис. 3. Третій спосіб встановлення імплантатів з можливістю відтоку ексудату та охолоджуючої рідини з переімплатної кісткової рани (патент №21639 від 15.03.07): 1 – слизово-окістний клапоть; 2 – дренажні канали.

За даними методиками було прооперовано 23 пацієнта з частковою та повною втратою зубів на нижній щелепі. Всі пацієнти були здорові з боку загальносоматичного статусу. Підставою для звернення в клініку були скарги на відсутність зубів, наявність функціонального та естетичного дефекту, а також небажання або неможливість протезування традиційними методиками.

У якості прикладу приведемо клінічний випадок із застосуванням нового методу встановлення імплантатів.

Пацієнт Т., 31 рік., історія хвороби № 4321. Звернувся у клініку зі скаргами на відсутність зубів на нижній щелепі та утруднене пережовування їжі. Вважає себе здоровим, хронічні захворювання та алергічні реакції заперечує. Втрату зубів пов’язує з ускладненими формами карієсу. У зв’язку із соціальним статусом пацієнт відмовився від альтернативного методу протезування. Було прийняте рішення об імплантації двоетапним методом.

Об’єктивно: відкривання рота – вільне, регіонарні лімфовузли не пальпуються. 36, 37, 46, 47 зуби відсу-

тні, слизова оболонка в цих ділянках без наявних патологічних змін. 11, 14, 16, 21, 24, 25, 26, 35, 45 зуби під пломбами. Їх перкусія – безболісна, патологічної рухомості не спостерігається. Слизова оболонка порожнини рота без наявних патологічних змін, добре зволожена.

Було проведено рентгенологічне дослідження (рис. 4)

		C		PI			PI	PI			PI	PI	PI		A
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
A	A	A	PI									PI	A	A	A

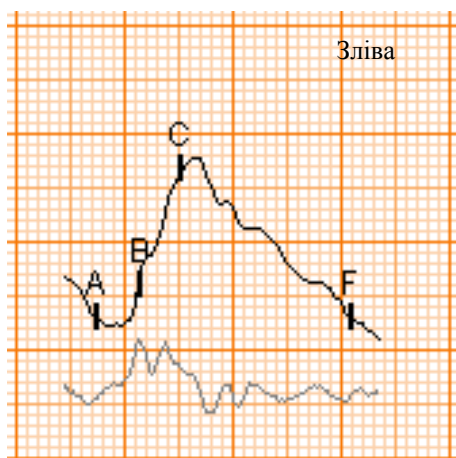


Рис. 4. Ортопантомограма пацієнта Т. до оперативного втручання.

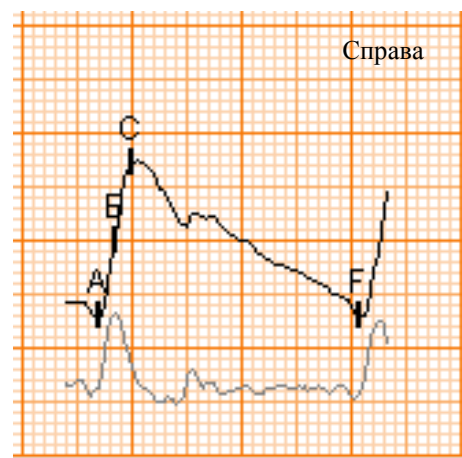
Діагноз: часткова вторинна адентія нижньої щелепи (відсутні 36, 37, 46, 47 зуби).

Після загального та місцевого обстеження пацієнту було рекомендовано наступний план лікування: 1) санація порожнини рота; 2) проведення реографічного дослідження кровообігу на нижній щелепі з обох сторін перед оперативним втручанням, на 3-тю, 7-му та 14-ту добу після оперативного втручання; 3) прове-

дення двоетапної стоматологічної імплантації в ділянці відсутніх 36, 37, 46, 47 зубів (зліва - класична постановка імплантів, а справа – згідно розробленого нами способу (патент № 21638 від 15 березня 2007 р.)); 4) у випадку сприятливого результату імплантації – усунути дефекти зубного ряду нижньої щелепи металокерамічними коронками з опорою на імплантати в ділянці 36, 37, 46, 47 зубів.



	α_1	α_2	PI	α/T
Bs	0,06	0,07	1,71	0,147



	α_1	α_2	PI	α/T
Bs	0,09	0,08	2,0	0,150

Рис. 5. Результати реографічного дослідження на нижній щелепі до операції.

До оперативного втручання проведено реографічне дослідження кровообігу на нижній щелепі з обох сторін (рис. 5). Кровонаповнення у басейні зліва та справа в нормі. Тонус магістральних судин - задовільний в обох басейнах. Периферичний судинний опір у басейні зліва в нормі, справа - знижено. Венозний відтік у басейні зліва та справа в нормі. Еластичність судин знижена в обох басейнах.

Була проведена операція установки 4 двоетапних імплантатів «Anthogug» в ділянці віссутніх 36, 37, 46, 47 зубів (зліва – класичним методом, справа – запропонованим нами методом). Всі імплантати мали добру первинну стабільність (рис. 6). В післяопераційному періоді пацієнту було призначено антибактеріальну, десенсибілізуючу терапію.

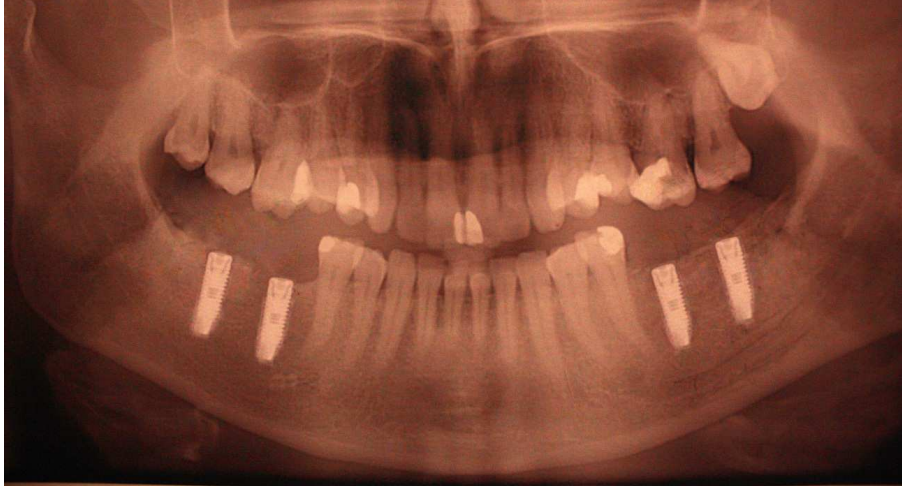


Рис. 6. Ортопантомограма пацієнта Т. після оперативного втручання.

Післяопераційний період проходив без особливостей.

На 3-тю добу після оперативного втручання зроблено реографічне дослідження кровообігу на нижній щелепі з обох сторін (рис. 7). Кровонаповнення у басейні зліва знижено, виражена гіповолемія, справа

– помірно знижено, гіповолемія легкого ступеню вираженості. Тонус магістральних судин – виражений гіпертонус в обох басейнах. Периферичний судинний опір у басейні зліва підвищений, справа знижений. Венозний відтік у басейні зліва утруднений, справа в нормі. Еластичність судин знижена в обох басейнах.

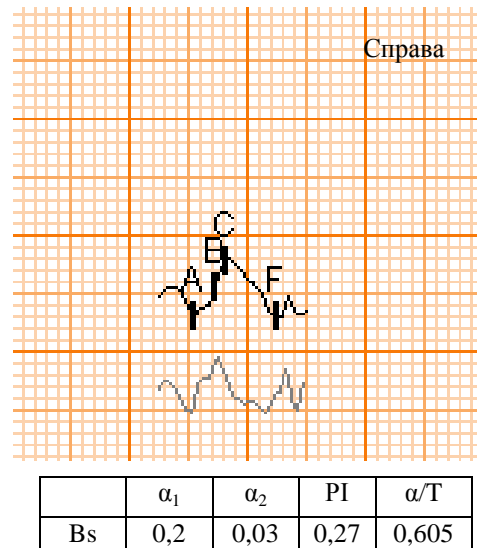
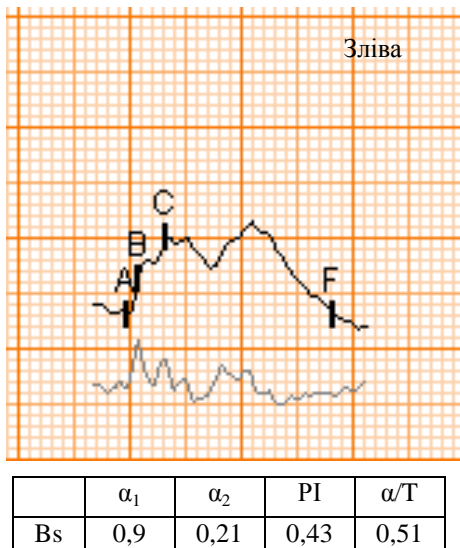
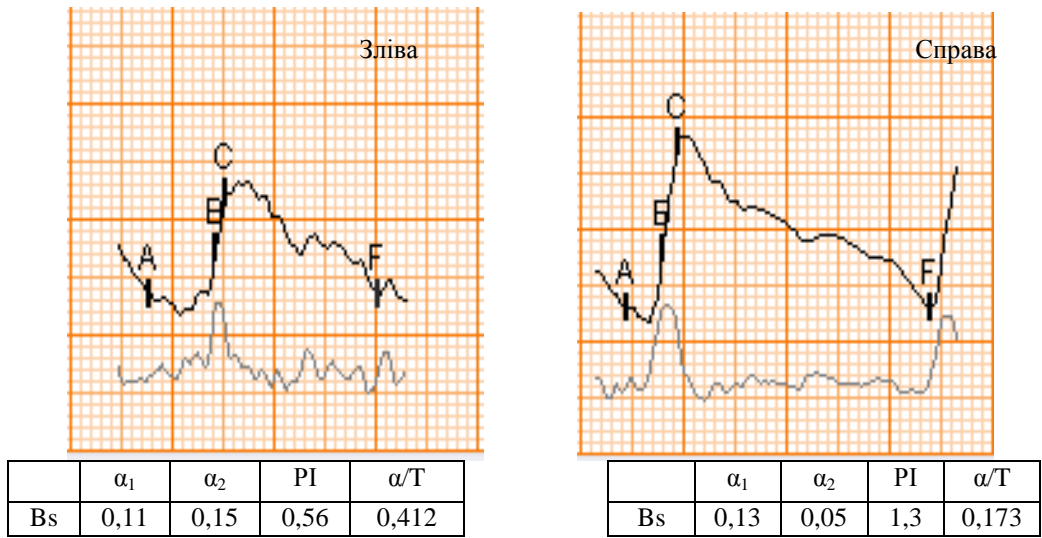


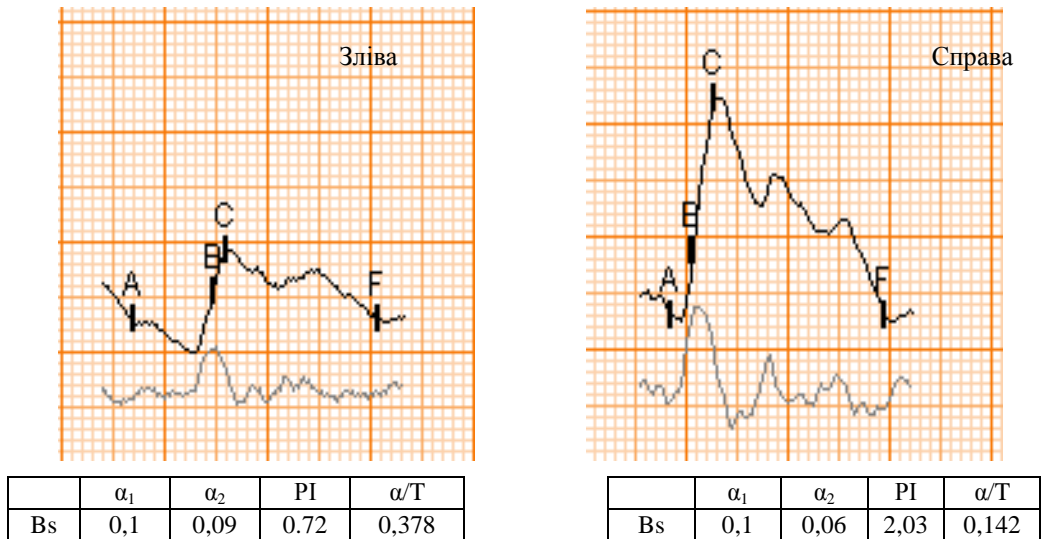
Рис. 7. Результати географічного дослідження нижньої щелепи на 3-й день після оперативного втручання.

На 7-му добу після оперативного втручання проведено реографічне дослідження кровообігу на нижній щелепі (рис. 8): кровонаповнення у басейні зліва значно знижено, виражена гіповолемія, справа в нормі. Тонус магістральних судин: зліва – виражений гіпертонус, справа – тонус судин задовільний. Периферичний судинний опір: зліва – підвищений, справа – знижений. Венозний відтік: зліва – утруднений, справа – в нормі. Еластичність судин у басейні знижена як зліва, так і справа.

На 14-ту добу після оперативного втручання проведено реографічне дослідження кровообігу на нижній щелепі (рис. 9): кровонаповнення у басейні зліва значно знижено, виражена гіповолемія, справа в нормі. Тонус магістральних судин: зліва – помірний гіпертонус, справа – задовільний. Периферичний судинний опір: зліва – підвищений, справа – знижений. Венозний відтік: зліва – утруднений, справа – в нормі. Еластичність судин знижена в обох басейнах.



Мал. 8. Результати реографічного дослідження нижньої щелепи 7-й день після оперативного втручання.



Мал. 9. Результати реографічного дослідження нижньої щелепи 14-й день після оперативного втручання.

На 21-шу добу після оперативного втручання проведено реографічне дослідження кровообігу на нижній щелепі з обох сторін (мал. 10): кровонаповнення у басейні зліва та справа в нормі. Тонус магіст-

ральных судин: зліва та справа задовільний. Периферичний судинний опір: зліва та справа знижений. Венозний відтік в нормі в обох басейнах. Еластичність судин знижена в обох басейнах.

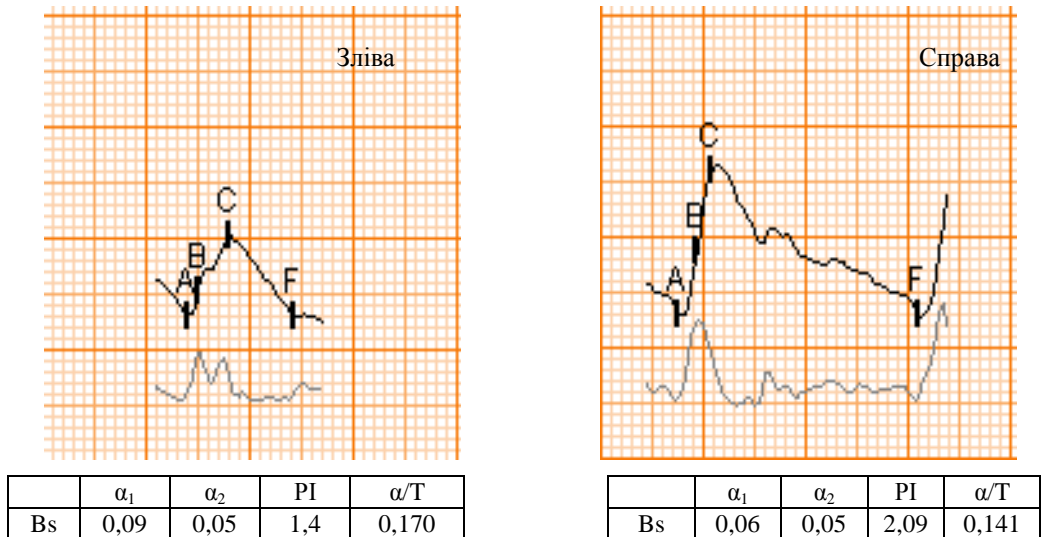


Рис. 10. Результати реографічного дослідження нижньої щелепи 21-й день після оперативного втручання.

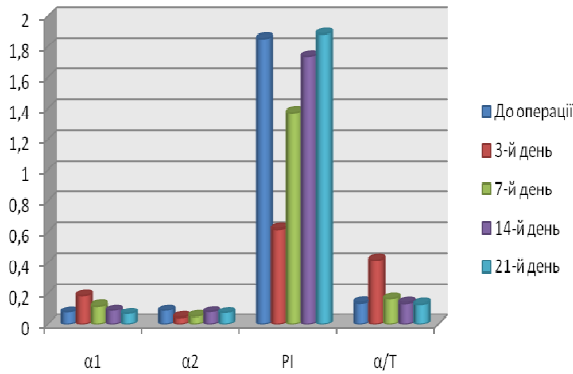


Рис. 11. Результати реографічного дослідження лівої половини нижньої щелепи.

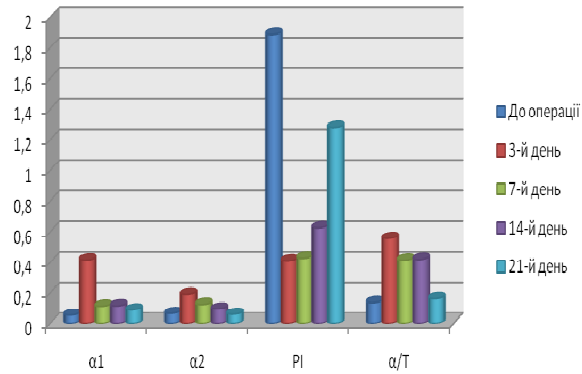


Рис. 12. Результати реографічного дослідження правої половини нижньої щелепи.

Через 3 місяці після встановлення імплантів гвинти-заглушки були замінені на формувачі ясен відповідного розміру. Імпланти уставлені, при їх перкусії відмічається характерний «металевий» звук. Антисептична обробка рани. Пацієнт направлений на подальше лікування до стоматолога-ортопеда.

Висновки. Аналізуючи результати реографічного дослідження кровообігу на нижній щелепі пацієнта Т. (мал. 11, 12) ми можемо зробити наступні висновки:

1. В післяопераційний період значно зменшився об'ємний кровообіг та підвищився тонус магістральних судин нижньої щелепи. При чому практично повне відновлення об'ємного кровообігу справа (зона остеоперфракції) відбулося на 14-ту добу, а тону магістральних судин – на 7-му добу, кровонаповнення судин відбулося також на 7-му добу, а венозний відтік був незмінним. В той час, як зліва (зона класичного встановлення імплантів) відновлення об'ємного кровообігу ми не спостерігали і на 21-шу добу, але на 21-шу добу тонус магістральних судин, кровонаповнення судин і венозний кровообіг відновилися.

2. На 3-тю добу значно підвищився час швидкого кровонаповнення судин нижньої щелепи зліва (в 16 разів у порівнянні з до операційним періодом), тобто значно підвищився тонус самих крупних судин досліджуваної ділянки. Відновлення цього показника зліва відбулося лише на 21-шу добу, в той час як справа – на 14-ту.

3. Відновлення кровообігу на нижній щелепі після оперативного втручання відбулося справа – на 7-му добу, а зліва – на 21-шу добу.

4. Застосування нового способу встановлення імплантату (патент № 21638 від 15 березня 2007 р.) дозволив створити сприятливі умови для покращення стану кісткової тканини та відновлення кровообігу в зоні оперативного втручання в ранні строки (на 7-му добу).

Список літератури

1. **Базикян Э. А.** Принципы прогнозирования и профилактики осложнений при дентальной имплантации (клинико-лабораторные исследования): автореф. дис. на соискание науч. степени докт. мед. наук: спец. 14.01.21 «Хирургическая стоматология» / Э. А. Базикян – Москва, 2001. – 16-25 с.
2. **Безруков В. М.** Результаты и перспективы исследования проблем дентальной имплантологии в России / В. М. Безруков, А. И. Матвеева, А. А. Кулаков // Стоматология. – 2002. – №1. – С. 52 – 55.

3. **Бенишвили Р.** Актуальные тенденции развития оральной имплантологии / Р. Бенишвили, Х. Парсанянд, Г. Невтиг // Ортопедическая стоматология. – 2001. – №3. – С.46 – 49.

4. **Вигдеревич В. А.** Прогнозирование результатов хирургического этапа дентальной имплантации: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.21 «Хирургическая стоматология» / В. А. Вигдеревич – Москва, 1991. – 24 с.

5. **Дробышев А.** Эстетические проблемы при протезировании на имплантатах / А. Дробышев, В. Агапов // Материалы 8 всероссийской научно-практической конф. – Москва, 2002. – С. 81 – 82.

6. **Иванов С. Ю.** Стоматологическая имплантология. Учебное пособие для практических врачей, клинических ординаторов, интернов и студентов стоматологических факультетов медицинских университетов, академий и вузов / С. Ю. Иванов – Москва, 2000. – С. 7 – 11.

7. **Иванов С. Ю.** Стоматологическая имплантология / С. Ю. Иванов – Москва, 2004. – С. 262 – 267.

8. **Кашенко П. В.** Сравнительное морфо-функциональное и клиническое исследование ложа стоматологических имплантатов в норме и при развитии осложнений: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.21 «Хирургическая стоматология» / П. В. Кашенко – Москва, 2000. – С. 9 – 21.

9. **Леонтьев В. К.** Зубы и качество жизни / В. К. Леонтьев // Труды V съезда Стоматологической ассоциации. – М., 1999. – С. 60 – 67.

10. **Леонтьев В. К.** Здоровые зубы и качество жизни / В. К. Леонтьев // Стоматология. – 2000. – № 5. – С. 10 – 13.

11. **Леонтьев В. К.** Сравнительная характеристика оценки качества жизни пациентами стоматологического профиля / В. К. Леонтьев, Р. П. Макарова, Л. И. Кузнецова [и др.] // Стоматология. – 2001. – № 6. – С. 63 – 64.

12. **Маланчук В. О.** Зубні (дентальні) імпланти / В. О. Маланчук // 3 підр.: Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія – Т. 2. – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 443 – 465.

13. **Миргазизов М. З.** Состояние имплантологии в России и пути ее развития / М. З. Миргазизов, Т. Г. Робустова, А. И. Матвеева, В. Н. Олесова // Проблемы стоматологии и нейростоматологии – 1999. – №2. – С. 4 – 6.

14. **Назаров С. Г.** Функциональная эффективность зубных протезов, фиксированных на непосредственные имплантаты: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.21 «Хирургическая стоматология» / С. Г. Назаров – О., 1993. – С. 45.

15. **Никогда Л. Н.** Осложнения дентальной имплантации / Л. Н. Никогда, О. А. Семенович, Т. С. Максимова // Совр. пробл. имплантол. – Саратов, 1998. – С. 32 – 33.

16. **Пауков В. С.** Морфология воспаления. Стадии воспаления / В. С. Пауков, О. Я. Кауфман // Воспаление. под ред. В. В. Серова, В. С. Паукова – М.: Медицина, 1995. – С. 176 – 199.

17. **Робустова Т. Г.** Воспалительные осложнения зубной имплантации / Т. Г. Робустова // Вопр. стоматол. и нейростоматол. – 1999. – №3. – С. 29 – 32.

18. **Серов В. В.** Воспаление / В. В. Серов, В. С. Пауков – М.: Медицина, 1995. – С. 630.

19. **Суров О. Н.** Зубное протезирование на имплантатах / О. Н. Суров – М.: Медицина. 1993. – 205с.

20. **Abrahamsson I.** The periimplant hard and soft tissues at different implant systems / I. Abrahamsson, T. Berglundh, J. Wennstrom, J. Lindhe // Clin. Oral. Impl. Res. – 1996. – Vol. 7. – P. 212 – 217.
21. **Buckwaller J.** Bone Biology. Part II / J. Buckwaller, M. Glimcher, R. Cooper, R. Reckcr // J. Bone Joint Surg. – 1995. – vol.77-A. – P.1276 – 1283.
22. **Buser D.** Influence of surface characteristics on bone integration of titanium implants. A istomorphometric study in miniature pigs / D. Buser, R. Schenk, S. Steinemann [et al.] // J. Biomed. Mater. Res. – 1991. – Vol. 25. – P. 889 – 902.
23. **Hetz G.** Implantologie oder konventionelle Prothetik: (k) eine Alternative? / G. Hetz // Dental: Spiegel. – 2004. – N.2. – S. – P. 32 – 34.
24. **Linkow L.** Levels of osseointegration of blade-plate-form implants / L. Linkow, F. Giauque, M. Ghalili // J. Oral Impl. – 1993. – P. 21 – 31.
25. **Piattelli A.** An histologic and histomorphometric study of bone reactions to unloaded and loaded non- submerged single implants in mounkeys: A pilot study / A. Piattelli, A. Ruggeri, M. Franchi // J. Oral Impl. – 1993. – Vol. 19, N 4. – P. 314 – 320.

Надійшла 25.01.12



УДК: 616.314 - 089.5 : 616 - 089.168.1 – 06

А. О. Малаховська, С. М. Шувалов

Вінницький національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЬОВОГО
СИНДРОМУ ТА ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ
ПРИ ЗАСТОСОВАНІ РІЗНИХ СХЕМ
ЗНЕБОЛЕННЯ**

Робота присвячена порівнянню післяопераційного больового синдрому та побічних ефектів у пацієнтів з гнійно-запальними процесами нижньої третини обличчя та верхньої третини шиї при застосуванні різних схем знеболення. Аналіз результатів клініко-лабораторних методів дослідження показав, що оптимізовані методики знеболення із використанням провідникових блокад не поступаються в ефективності загальному знеболенню. А застосування нестероїдних протизапальних препаратів у схемі премедикації дозволяє збільшити тривалість безболісного періоду після операції. Метод комбінованого знеболення (на фоні премедикації, провідникових блокад і інтраопераційної седації) забезпечує адекватність анестезії на всіх етапах оперативного втручання та достатню анальгезію в післяопераційному періоді, швидке відновлення свідомості та мінімізує розвиток побічних наслідків.

Ключові слова: нестероїдні протизапальні препарати, премедикація, провідникова анестезія, знеболення.

А. А. Малаховская, С. М. Шувалов

Вінницький національний медичний університет
ім. Н. И. Пирогова

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЕВОГО
СИНДРОМА И ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ
ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗНЫХ СХЕМ
ОБЕЗБОЛИВАНИЯ**

Работа посвящена сравнению послеоперационного болевого синдрома и побочных эффектов у пациентов с гнойно-воспалительными процессами нижней трети лица и верхней трети шеи при применены различных схем обезболивания.

Анализ результатов клинико-лабораторных методов исследования показал, что оптимизированные методики обезболивания с использованием проводниковых блокад не уступают в эффективности общему обезболиванию. А применение нестероидных противовоспалительных препаратов в схеме премедикации позволяет увеличить продолжительность безболезненного периода после операции. Метод комбинированного обезболивания (на фоне премедикации, проводниковых блокад и интраоперационной седации) обеспечивает адекватность анестезии на всех этапах оперативного вмешательства и достаточную анальгезию в послеоперационном периоде, быстрое восстановление сознания и минимизирует развитие побочных последствий.

Ключевые слова: нестероидные противовоспалительные препараты, премедикация, проводниковая анестезия, обезбоживание.

А. О. Malakhovska, S. M. Shuvalov

Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University

**COMPARATIVE CHARACTERISTICS
OF POSTOPERATIVE PAIN AND SIDE EFFECTS
WHEN USED VARIOUS SCHEMES ANESTHESIA**

This paper is devoted to comparison of postoperative pain and side effects in patients with purulent-inflammatory processes of the lower third of the face and upper thirds of the neck when used various schemes anesthesia.

Analysis of clinical and laboratory research methods showed that the optimized method of anesthesia using semiconductor blockades are not inferior in the efficiency of general anesthesia. And the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the premedication scheme to increase the duration of painless period after surgery. Method of combined anesthesia (premedication on the background, semiconductor blockade and intraoperative sedation) provides adequate anesthesia at all stages of surgical intervention and adequate analgesia in the postoperative period, the rapid recovery of consciousness and minimizes the development of side effects.

Keywords: non-steroidal anti-inflammatory drugs, premedication, anesthesia, analgesia.

Відомо, що патогенетичною сутністю операційного стресу є сукупність синдромів, що викликаються факторами хірургічного втручання: психоемоційне збудження, біль, патологічні рефлекси невольового характеру, крововтрата, ушкодженням життєво важливих органів. Хірургічні маніпуляції завжди пов'язані з травмуванням рефлексогенних зон та, крім того, несуть в собі значний компонент травматизації