

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 клинко-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 рефлексі 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 психіки пацієнтів під впливом стресової активації. В наслідок якої виникають глибокі негативні емоції, що призводять до появи у ряду пацієнтів психофізіологічних, а в деяких випадках і біохімічних зсувів ще в передопераційному періоді, що безумовно впливає як на перебіг операції та анестезії, так і раннього післяопераційного періоду. З цього походить, що в період очікування оперативного втручання у пацієнтів зростає напруженість стресорних реакцій, насамперед, за рахунок психоемоційного компоненту, яке потребує нейровегетативного захисту.

Загалом, адекватна анестезія, враховуючи сучасну антиноцицептивну концепцію знеболювання, має бути багатокомпонентною [1]. Це завдання вирішується комбінованим знеболенням на основі провідникової анестезії, довенної седації та премедикації, яка включає компоненти так званої попереджувальної анальгезії (pre-emptive analgesia), дія якої обумовлена попередженням або зменшенням формування пам'яті про біль в центральній нервовій системі. Це в подальшому може зменшити потребу в анальгетиках, що використовуються в перед-, інтра- та післяопераційному періодах [2, 3].

Для досягнення цієї мети можливо використовувати нестероїдні протизапальні препарати (паракоксид натрію, дексалгін, кеторолак, лорноксикам та інші) [4, 5]. Група цих препаратів пригнічує продукцію первинних простагландинів (ПГ), за рахунок блокування доступу арахідонової кислоти до активних центрів циклооксигенази. Тому простагландини, що продукуються циклооксигеназою 1 типу (ЦОГ-1), відіграють фізіологічну роль (захист слизової шлунку, агрегація тромбоцитів, судинний гемостаз) [6]. В той же час, інші, що продукуються ЦОГ-2, насамперед, впливають на запальну відповідь і певні процеси, що пов'язані з клітинною проліферацією. Основний механізм дії нестероїдних протизапальних препаратів, пов'язаний з інгібіцією активності циклооксигенази (ЦОГ) - ферменту, що регулює утворення простагландинів [7]. Великий прогрес в цій галузі був досягнутий на початку 90-х років, завдяки відкриттю двох ізоформ ЦОГ: структурного ферменту (ЦОГ-1), який регулює продукцію ПГ, що приймає участь в забезпеченні нормальної (фізіологічної) функціональної активності клітин, та індукованого фермента (ЦОГ-2), що приймає участь в синтезі ПГ в ділянці запалення.

Мета проведеного дослідження. Метою нашого дослідження стало порівняльна характеристика післяопераційного больового синдрому та побічних ефектів при застосуванні різних схем знеболення та премедикації при операціях в нижній третині обличчя та верхній третині шиї.

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставленої мети нами було проведено лікування та подальше післяопераційне знеболення 86 хворих з гнійно-запальними процесами нижньої третини обличчя та верхньої третини шиї за період з травня 2006 по жовтень 2010 року. Роботу виконано у відділенні щелепно-лицевої хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні імені М. І. Пирогова. Клінічний матеріал склали дані 86 пацієнтів (46 чоловіків і 40 жінок), об'єктивний статус та ризик анестезії яких відповідав

I-III класу за ASA. В залежності від методики анестезії всі хворі рандомізовані в 4 групи; які в свою чергу мали одну контрольну (К) та три дослідні (основні - О) групи.

К група - 23 хворих, яким оперативне втручання проводили під внутрішньовенним знеболенням розчином кетаміну на фоні премедикації (діазепам, атропіну сульфат).

I-O1 група – 21 хворий, яким оперативне втручання проведено під провідниковим знеболенням, що включає в себе комбінацію трьох блокад (центральної анестезії біля овального отвору, блокаду чутливих гілок шийного сплетення, ангулярний метод знеболення язикоглоткового нерву) на фоні премедикації діазепамом.

I-O2 групу склали 22 хворих, яким оперативне втручання проводили на фоні премедикації комбінацією атропіну, діазепаму, діфенгідраміну, декскетопроієну трометамолу під провідниковим знеболенням, що також включає комбінацію трьох блокад (центральної анестезії біля овального отвору, блокаду чутливих гілок шийного сплетення, ангулярний метод знеболення язикоглоткового нерву).

II-O група – 20 хворих, яким операцію проводили під комбінованим знеболенням: на фоні премедикації - атропін, діазепам, діфенгідрамін, декскетопрофен трометамол та під провідниковим знеболенням (комбінація попередньо описаних трьох блокад) з подальшою внутрішньовенною седацією розчином кетаміну.

Всі групи були співставні за віком, статтю, тривалістю оперативних втручань та оцінкою об'єктивного статусу, ризику анестезії за ASA та основним діагнозом ($p > 0,05$). Основний діагноз і ступінь запального процесу не впливали на вибір знеболення.

Клінічне обстеження пацієнтів проводили згідно із загальноприйнятою методикою та з урахуванням лабораторних показників (загальний аналіз крові, сечі, цукор крові, рівень кортизолу - показник активності системи нейроендокринної регуляції). Для додаткового обстеження використовували інструментальні методики (ЕКГ, моніторинг АТ, ЧСС, ЧД, SpO₂, рентгендіагностика), суб'єктивне тестування за VAS (VAS) - шкалою (з англ. visual analogue scale – візуально-аналогова шкала), шкала седації Ramsey.

У пацієнтів проводили комплексне лікування: хірургічне втручання в умовах провідникового, комбінованого чи загального знеболення, дренажу патологічного вогнища, видалення «причинного» зуба та медикаментозне лікування, яке включало антибактеріальну, протизапальну та десенсибілізуючу терапію.

В якості попереджувальної анестезії нами запропоновано використання 50 мг декскетопрофену трометамолу в I-O1, I-O2 та II-O досліджуваних групах, в основі механізму дії якого лежить блокада циклооксигенази-1 та 2 (ЦОГ-1; ЦОГ-2), що в свою чергу призводить до пригнічення запальної відповіді за рахунок зниження продукції простагландинів (ПГ-E2) [57]. Використання декскетопрофену трометамолу в схемі комбінованої анестезії та провідникового знеболення на фоні запропонованої премедикації, характеризувалось відчутним анальгетичним ефектом як інтраопераційно, так і в післяопераційному періоді, та

дозволило прискорити післяопераційну реабілітацію пацієнтів, на відміну від контрольних груп. Це підтверджувалось відносно стабільними показниками гемодинаміки, дихання та лабораторними показниками рівня кортизолу та рівню глюкози.

Нами запропонована наступна схема премедикації, що включає НПЗП: 1) декскетопрофену трометамолу 50 мг (за 40 хвилин до операції); 2) атропіну сульфат - 0,5 мг/кг (за 40 хвилин); 3) діазепам 0,3 мг/кг (за 30 хвилин); 4) діфенгідрамін трометамол 0,5 мг/кг (за 30 хвилин). Усі препарати вводяться в окремих шприцах. Різниця у часі введення препаратів пов'язана з особливостями їх фармакодинаміки.

Оцінку анальгезії проводили на основі показників Міжнародної асоціації по вивченню болю в якості критеріїв, що показують її динаміку. Такими критеріями є: час появи перших скарг на наявність болю в післяопераційному періоді, середня інтенсивність болю по 10-бальній ВАШ (візуально-аналогова шкала) протягом перших 2-3 год. після операції, середні витрати декскетопрофену трометамолу протягом 24 год. після операції, процент пацієнтів, що не потребували післяопераційного знеболення.

Результати дослідження та їх обговорення. Отримані нами показники критеріїв адекватності анальгезії післяопераційного періоду приведені в табл.

Таблиця

Порівняльна характеристика критеріїв перебігу післяопераційного періоду у I-O1, I-O2 та II-K, II-O групах (M ± m)

Підгрупи хворих	Критерії перебігу			
	Час появи перших скарг (M ± m), хв	ВАШ (M ± m), бали	Доза деккетопрофену (в перші 24 години), мг	Хворі, які не потребували знеболення (перші 12 годин), %
K n=23	12,65±3,31	5,52 ± 1,31	114,80±2,93	-
I-O1 n=21	207,04±27,72*	2,08±0,72*	58,96±2,25*	-
I-O2 n=22	327,95±20,16*	1,89±0,69*	55,26±1,88*	18,18 % (7) χ ² =7,71
II O n=20	335,0±74,77*	1,68 ± 0,58*	55,07±1,80*	35,0 % (8) χ ² =8,82

Примітка. * - p<0,05 порівняно з груповими значеннями показників; критерій Стьюдента.

Аналізуючи отримані показники стає очевидно, що в К групі перші скарги на біль надійшли протягом 12,65±3,31хвилин, на відміну I-O1 групи, де больові відчуття з'явилися через 207,04±27,72 хвилин (p<0,05). За больовими відчуттями показник ВАШ також відрізнявся: 5,52±1,31 балів проти 2,08±0,72 балів (p<0,05). Доза деккетопрофену трометамолу в контрольній групі була більшою в порівнянні з I-O1 114,80±2,93 мг проти 58,96±2,25 мг відповідно (p<0,05).

При порівнянні даних між К та I-O2 групами видно, що перші скарги на біль у I-O2 підгрупі з'явилися через 327,95±20,16 хвилин в порівнянні з К групою - 12,65±3,31 хвилин (p<0,05). Також статистично достовірно відрізнялися показники ВАШ: К групи 5,52±1,31 балів проти 1,89±0,69 балів I-O2 групи (p<0,05). Відповідно, це потребувало застосування різних доз деккетопрофену трометамолу 114,80±2,93 мг проти 55,26±1,88 мг (p>0,05).

В I-O1 групі хворих перші скарги про біль з'явилися в середньому через 207,04±27,72 хвилин, на відміну від I-O2 групи, коли больові відчуття з'явилися лише через 327,95±20,16 хвилин (p<0,05). За інтенсивністю біль, що виникав у хворих груп I-O1 та I-O2 за ВАШ був майже однаковий, відповідно 2,08±0,72 бали проти 1,89±0,69 балів (p>0,05). Доза деккетопрофену трометамолу складала 58,96±2,25 мг та 55,26±1,88 мг відповідно (p>0,05). Хворих, які не потребували знеболення в I-O1 групі не було. В I-O2 групі таких пацієнтів було 4, які відмовились від знеболення.

Перші скарги на біль в контрольній групі надійшли протягом 12,65±3,31 хвилин післяопераційного періоду. На відміну від II-O досліджуваної групи, коли больові відчуття з'явилися лише через 335,0±74,77 хвилин (p<0,05). За інтенсивністю біль, що виникав у хворих контрольної групи був сильнішим за ВАШ, ніж у хворих II-O групи 5,52±1,3 балів проти 1,68±0,58 балів (p<0,05) і потребував великих доз анальгетику деккетопрофену трометамолу 113,60±3,76 мг проти 55,60±1,98 мг II-K (p<0,05). 7 хворих з досліджуваної групи від післяопераційного знеболення відмовились.

Для реєстрації побічної дії проведеного знеболення використовувались дані карт обстеження хворого.

До побічних ефектів анестезії в післяопераційному періоді ми віднесли наступні параметри: нудота, блювота, нездатність самостійно пересуватись, головний біль, нестабільність гемодинаміки, а саме зниження чи підвищення артеріального тиску, по відношенню до початкових цифр. Усі ці ефекти були присутні лише у контрольних підгрупах, що можливо пов'язано із застосуванням загального знеболення. Так, підйом АТ, тахікардія спостерігалась у 20 хворих (48 %), нудота у 9 хворих (21 %), блювота у 3 хворих (7 %), головний біль у 10 хворих (24 %).

Висновок. Мета нашої попереджувальної анальгезії - створити оперованому хворому умови повного комфорту, усунути всі неприємні больові відчуття ще до основного больового впливу, тобто до проведення провідникових блокад та до початку хірургічного

втручання. В нашому дослідженні у хворих I-O1, I-O2 та II-O груп збалансована попереджувальна (pre-emptive) анестезія та аналгезія запобігала больовій дії операційної травми та надмірному збудженню ЦНС, тим самим знижувала потребу в аналгетиках в післяопераційному періоді на відміну від контрольної групи. В даній групі аналгетичний ефект був недостатнім, а розвиток післяопераційного больового синдрому розвивався швидко та мав високу інтенсивність.

Таким чином, отримані нами результати свідчать, що у групах, де застосовувалось провідникове та комбіноване знеболення на основі провідникових блокад, а також використовувались нестероїдні протизапальні засоби у складі премедикації забезпечувалась достатня аналгезія в післяопераційному періоді до 6 годин ($335,0 \pm 74,77$ хвилин), швидке відновлення свідомості та мінімізація розвитку побічних наслідків порівняно з аналогічними показниками хворих контрольної групи ($p < 0,05$).

Список літератури

1. Столяренко П. Ю. Местная анестезия в стоматологии. Выбор препаратов. Осложнения. Профилактика / П.Ю. Столяренко, И.М. Федяев, В.В. Кравченко. – Самара : ООО «Офорт»; СамГМУ, 2009. – 235 с.
2. Лисункин Ю. И. Фармакологическое воздействие на чувствительные нервные окончания / Ю.И. Лисункин, Н.А. Морхорт. - Киев: Здоровье, 1991. — 200 с.
3. Лихванцев В. В. Анестезия в малоинвазивной хирургии / Лихванцев В. В. – М. : «Миклош», 2006. – 351 с.
4. Ковальов М. В. Місцеве лікування гнійних ран м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки : дис. канд. мед. наук : 14.01.22 / Ковальов Максим Володимирович. – К., 2006. – 182 с.
5. Фесенко В. С. Интоксикация местными анестетиками: старая опасность, современные мифы, новые препараты и "серебряная пуля" / В.С. Фесенко // Біль, знеболювання та інтенсивна терапія. – 2009 - № 3. – с. 2-10.
6. Морган Дж.Э.-мл. Клиническая анестезиология / Дж.Э.-мл. Морган, М.С. Михаил; пер. с англ. — М., СПб.: Изд-во "Бином", "Невский диалект", 1998. — 431 с.

Надійшла 07.11.11



УДК 616.315-007.254:616.211:616-071.3

**В. Г. Крыкляс, к. мед. н., Н. Б. Дмитриева, к. мед. н.,
Е. В. Крыкляс, О. А. Фаренюк, к. мед. н.**

Одесский национальный медицинский университет
ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТАТОЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА У БОЛЬНЫХ С ОДНОСТОРОННИМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Обследовано 52 больных с деформациями носа и верхней губы после хейлопластики по поводу односторонней расщелины верхней губы. Проведены клинические, антропометрические, статистические методы исследования. Остаточные деформации носа выявлены у 39 больных (75 %). Описаны клинические, антропометрические особенности остаточных деформаций носа и верхней губы. Наибольшие

изменения антропометрических показателей выявлено у больных с комбинированными пороками по сравнению с изолированными формами.

Ключевые слова: расщелина верхней губы и неба односторонняя, деформации верхней губы и носа, антропометрия.

**В. Г. Крыкляс, Н. Б. Дмитриева, К. В. Крыкляс,
О. О. Фаренюк**

Одесский национальный медицинский университет
ДУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАЛИШКОВИХ ДЕФОРМАЦІЙ НОСА У ХВОРИХ З ОДНОСТО- РОННИМИ РОЗЦІЛИНАМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ

Обстежено 52 хворих з деформациями носа і верхньої губи після хейлопластики з приводу односторонньої розцілини верхньої губи. Проведені клінічні, антропометричні, статистичні методи дослідження. Залишкові деформації носа виявлені у 39 хворих (75 %). Описані клінічні, антропометричні особливості залишкових деформацій носа і верхньої губи. Найбільші зміни антропометричних показників виявлено у хворих з комбінованими пороками в порівнянні з ізолюваними формами.

Ключові слова: розцілина верхньої губи і піднебіння одностороння, деформації верхньої губи і носа, антропометрія.

**V. G. Kryklias, N. B. Dmitrieva, E. V. Kryklias,
O. A. Farenjuk**

Odessa National Medical University
SE "The Institute of Dentistry of the NAMS of Ukraine"

THE CLINICAL PECULIARITIES OF THE RE- SIDUAL DEFORMATIONS OF NOSE IN PA- TIENTS WITH UNILATERAL CLEFTS OF UPPER LIP AND SOFT PALATE

52 patients with deformations of nose and upper lip after cheiloplasty for the reason of unilateral cleft of upper lip were examined. The clinical, anthropometric, statistical methods of study were held. The residual deformations of nose were observed in 39 patients (75%). The clinical and anthropometric peculiarities of the residual deformations of nose and upper lip were described. The most considerable changes in anthropometric indices were found in patients with combined defects in comparison to the isolated forms.

Key words: unilateral cleft of upper lip and soft palate, deformations of upper lip and nose, anthropometry.

Деформація носа после хейлопластики, по даним різних авторів спостерігається від 70 % до 100 %, випадки незалежно від методики проведення оперативного втручання [1, 2].

Согласно классификации И.В. Бердюка [3] деформации носа после хейлопластики бывают остаточными, вторичными и хирургическими. Остаточные - это те деформации, которые не были устранены во время первой хейлопластики. Вторичными деформациями определены изменения, которые возвращаются после операции по устранению их, которая была проведена ранее. Хирургическими деформациями называют те, которые возникают при нарушении