

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Тимофеев, С.В. Максимча, Н. Васадзе, А.И. Кривошеева
Институт стоматологии Национальной медицинской академии последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель: оценить противовоспалительную и жаропонижающую эффективность нестероидного противовоспалительного препарата «Диклоберл» для профилактики развития воспалительных осложнений у больных с челюстно-лицевой патологией.

Пациенты и методы. Проведено комплексное клиническое обследование 135 больных с заболеваниями челюстно-лицевой области (после удаления опухолей челюстей, паротидэктомий и экстирпаций поднижнечелюстных желез; с открытыми переломами нижней челюсти, а также с одонтогенными воспалительными инфильтратами околочелюстных мягких тканей и острыми посттравматическими артритами височно-нижнечелюстных суставов, осложненными воспалительными инфильтратами), которым для лечения применяли препарат «Диклоберл». Контролем служили 126 больных с такой же патологией без использования этого препарата.

Результаты. Установлена высокая противовоспалительная и жаропонижающая эффективность нестероидного противовоспалительного препарата «Диклоберл», который можно использовать у больных с этой патологией для профилактики развития воспалительных осложнений.

Выводы. Нестероидный противовоспалительный препарат «Диклоберл» можно рекомендовать для челюстно-лицевых больных (при отсутствии у них сопутствующих заболеваний) без применения антибиотиков.

Ключевые слова: «Диклоберл», нестероидные препараты, опухоли челюстей, паротидэктомии, удаление поднижнечелюстных желез, переломы нижней челюсти, воспалительный инфильтрат, посттравматический артрит, послеоперационный период.

ВВЕДЕНИЕ

Противовоспалительные лекарственные средства (антибиотики, сульфаниламиды, нестероидные противовоспалительные препараты – НПВП, др.), используются в челюстно-лицевой области как с профилактической, так и с лечебной целью. Профилактическая цель предусматривает предупреждение гнойно-воспалительных процессов в тканях челюстно-лицевой области и шеи после оперативных вмешательств, при травматических повреждениях и др. Лечебная же цель предусматривает устранение уже имеющегося гнойно-воспалительного процесса и направлена не только на ликвидацию этого гнойного процесса, но и на профилактику развития воспалительных осложнений, связанных с наличием основного заболевания.

Следует вспомнить определение, которое применяется к слову «осложнение» – это общее название патологических процессов, присоединившихся к основному заболеванию.

В данной статье нами оценено противовоспалительное действие некоторых НПВП, которые используются в челюстно-лицевой хирургии, в основном, с лечебно-профилактической целью при наличии серозного воспалительного процесса в костях и околочелюстных мягких тканях. Нами изучена эффективность использования НПВП в послеоперационном и посттравматическом периоде у больных с челюстно-лицевой патологией, а также эффективность применения данных лекарственных средств при одонтогенных и неодонтогенных серозных воспалительных процессах околочелюстных мягких тканей для профилактики развития воспалительных осложнений.

Известно, что механизм действия НПВП связан с подавлением активности (ингибированием) фермента циклооксигеназы, которая снижает синтез простагландинов, играющих главную роль в патогенезе воспалительного процесса. Простагландины являются наиболее массовым медиатором воспаления и отвечают за появление боли и отека в воспалительном очаге.

В последнее десятилетие появилось много других, новых, более современных НПВП, эффективность которых недостаточно изучена у больных с челюстно-лицевой патологией.

В данной статье представлена оценка эффективности современного НПВП «Диклоберл» (*BERLIN-CHEMIE (MENARINI GROUP)*), являющегося производным фенилуксусной кислоты. Международное название – диклофенак. Препарат оказывает выраженное противовоспалительное, анальгезирующее и умеренное жаропонижающее действие. Механизм действия связан с угнетением синтеза простагландинов, которые играют главную роль в патогенезе воспаления, боли и лихорадки. Диклофенак уменьшает обусловленные воспалительными процессами боль, отек и лихорадку; подавляет агрегацию тромбоцитов, индуцированную АДФ и коллагеном. Препарат имеет пролонгированное действие, поэтому применяется 1 раз в сутки. Для внутримышечного введения мы использовали препарат «Диклоберл № 75» (утвержден приказом Министерства здравоохранения Украины от 02.06.2009 г. № 380, регистрационное свидетельство № UA/9701/01/01) – 1 мл раствора для инъекций содержит 25 мг диклофенака натрия (1 ампула содержит 3 мл раствора, т.е. 75 мг диклофенака натрия). Для

перорального использования применяли «Диклоберл ретард» (утвержден Приказом Министерства здравоохранения Украины от 05.03.2010 г. № 195, регистрационное свидетельство № УА/9701/04/01) – 1 капсула содержит 100 мг диклофенака натрия. В связи с замедленным высвобождением действующего вещества из капсул «Диклоберл ретард» не показан для начальной терапии заболеваний, при которых требуется быстрое действие препарата.

После внутримышечного введения препарата максимальные значения в плазме достигаются через 10–20 минут. Приблизительно 30% действующего вещества выводится с калом. Приблизительно 70% действующего вещества после метаболизма в печени (гидроксилирования и конъюгации) выводится с мочой в виде фармакологически неактивных метаболитов. Период полувыведения составляет приблизительно 2 часа и почти полностью не зависит от состояния функции печени и почек. Связывание с белками плазмы составляет около 99%.

После приема внутрь полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта. В зависимости от продолжительности прохождения через желудок, его максимальные концентрации в плазме крови достигаются через 1–16 ч, в среднем – спустя 2–3 ч после приема. При первом пероральном применении диклофенак претерпевает заметные изменения в результате эффекта “первого прохождения” через печень; всего лишь 35–70% от резорбированного действующего вещества поступает в постпеченочную циркуляцию в неизменном виде. Приблизительно 30% действующего вещества выводится с калом в виде метаболитов. Около 70% действующего вещества после биотрансформации в печени (гидроксилирования и конъюгации) выводится с мочой в виде фармакологически неактивных метаболитов. Связывание с белками плазмы составляет около 99%.

Используя один и тот же препарат в двух лекарственных формах (для внутримышечного и перорального введения), для лечения больных мы применили так называемую “ступенчатую терапию”. Известно, что ступенчатая противовоспалительная терапия предполагает двухэтапное применение НПВП: переход с парентерального на непарентеральный (как правило, пероральный) путь введения с учетом клинического состояния пациента. Основная цель ступенчатой терапии заключается в уменьшении длительности парентерального введения медикаментозного препарата, что обеспечивает снижение стоимости проводимого лечения и сокращение срока пребывания больного в стационаре при сохранении высокой клинической эффективности проводимой терапии. Оптимальным вариантом ступенчатой терапии является последовательное использование двух лекарственных форм (для парентерального введения и приема внутрь) одного и того же НПВП, что обеспечивает преемственность лечения.

Цель работы – оценить противовоспалительную и жаропонижающую эффективность НПВП «Диклоберл» для профилактики противовоспалительных осложнений у больных с челюстно-лицевой патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 135 больных (основная группа наблюдения) с различными заболеваниями челюстно-лицевой области. Всех обследуемых мы разделили на следующие пять групп: I группа – 30 больных после проведения челюстно-лицевых оперативных вмешательств по поводу удаления опухолей челюстей (остеобластом, амелобластом, обширных опухолеподобных образований); II группа – 27 больных, которым проводили оперативные вмешательства – паротидэктомии (при доброкачественных опухолях) и

эктирпации поднижнечелюстных желез (при доброкачественных опухолях и /или калькулезных субмаксилитах); III группа – 27 больных с переломами нижней челюсти (щель перелома проходила в пределах зубной ряда, т.е. переломы челюсти были открытыми); IV группа – 26 больных с одонтогенными воспалительными инфильтратами околочелюстных мягких тканей; V группа – 25 больных с острыми посттравматическими артритами височно-нижнечелюстных суставов, осложненными воспалительными инфильтратами перифокальной области.

В I и II группах мы использовали метод ступенчатой терапии, т.е. в течение 3 дней применили «Диклоберл № 75» (внутримышечно), а в последующие 4–6 дней – «Диклоберл ретард» (перорально). В III группе мы применяли «Диклоберл № 75» (внутримышечно) на протяжении 9–10 дней. Курс проводимого медикаментозного лечения в IV и V группах препаратом «Диклоберл ретард» (перорально) составил 5–6 дней.

Для определения эффективности противовоспалительного лечения препарата «Диклоберл» мы сравнили его противовоспалительное действие с одним из наиболее известных и ранее наиболее часто применяемых в челюстно-лицевой хирургии НПВП – препаратом «Индометацин», который является производным индолуксусной кислоты. Препарат «Индометацин» назначали по 0,025 г 3 раза в сутки в течение 4–6 дней для I, II, IV и V контрольных групп, а для III контрольной группы – препарат «Индометацин ретард» (метиндол ретард) – по 0,075 г (в таблетках) 2 раза в день в течение 10 дней. Данное лекарственное средство используется в клинической медицине уже несколько десятилетий. Всех 126 обследуемых контрольных групп мы также разделили на пять групп: I группа – 26 больных после проведения челюстно-лицевых оперативных вмешательств по поводу удаления опухолей челюстей; II группа – 24 больных, которым провели оперативные вмешательства – паротидэктомии и эктирпации поднижнечелюстных желез; III группа – 25 больных с переломами нижней челюсти (переломы челюсти были открытыми); IV группа – 27 больных с одонтогенными воспалительными инфильтратами околочелюстных мягких тканей; V группа – 24 больных с острыми посттравматическими артритами височно-нижнечелюстных суставов, осложненными воспалительными инфильтратами.

У всех обследуемых основных и контрольных групп отсутствовали сопутствующие заболевания, которые бы утяжеляли течение основной патологии, по поводу которой проводили лечение.

Всем больным мы проводили клинические методы обследования, которые включали: выяснение жалоб, осмотр (определялась степень выраженности асимметрии лица, выраженность отека, гиперемии и инфильтрации слизистой оболочки и/или кожных покровов в области патологического очага), проводили пальпацию. Кроме ранее указанных методов обследования, также проводили контактную термометрию и общую термометрию (измеряли температуру тела), а также определяли пробу Шиллера–Писарева (для выявления воспалительного процесса слизистой оболочки альвеолярного отростка) с вычислением йодного числа Свракова. Обязательно делали общий анализ крови (определяли число эритроцитов, лейкоцитарную формулу, гемоглобин, СОЭ); биохимические показатели крови (общий белок, глюкоза, билирубин, мочевины, электролитный состав), общий анализ мочи.

Эффективность противовоспалительного лечения оценили по пятибалльной шкале: 5 – “очень хорошая”, 4 – “хорошая”, 3 – “удовлетворительная”, 2 – “незначительная”, 1 – “отсутствует”.

Все полученные в ходе исследования цифровые данные мы обработали математическим методом с вычислением критерия Стьюдента. Показатели считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди 30 больных с опухолями челюстей (I группа) у 19 обследуемых были проведены операции по поводу удаления остеобластом и у 11 – по поводу удаления амелобластом челюстей. В I основной группе мы использовали метод ступенчатой терапии, т.е. в течение 3 дней применяли «Диклоберл № 75» (внутримышечно), а в последующие 4–6 дней – «Диклоберл ретард» (перорально).

Околочелюстные мягкие ткани в области послеоперационной раны на следующий день после удаления опухоли челюсти были отечными (рис. 1) в I основной группе наблюдения у всех (100 %) обследуемых: выраженный отек был у 20 (66,7 %) чел.; умеренный – у 10 (33,3 %). В I контрольной группе наблюдался послеоперационный отек мягких тканей у всех больных: выраженный – у 16 (61,5 %) чел., умеренный – у 10 (38,5 %). Через 5 дней после лечения околочелюстной отек мягких тканей в I основной группе встречался крайне редко: умеренный – у 1 (3,3 %) чел., отсутствовал у 26 (96,7 %). В I контрольной группе: умеренный отек – у 7 (26,9 %) чел., отсутствовал у 19 (73,1 %).

Слизистая оболочка в области послеоперационной раны на следующий день после удаления опухоли инфильтрировалась (рис. 2) в I основной группе наблюдения у всех (100%) обследуемых: выраженная – у 19 (63,3%) чел.; умеренная – у 10 (36,7%). В I контрольной группе также отмечалась послеоперационная инфильтрация слизистой оболочки в области послеоперационной раны у всех больных: выраженная – у 15 (57,7%) чел., умеренная – у 11 (42,3%). Через 5 дней после лечения слизистая оболочка в области послеоперационной раны инфильтрировалась в I основной группе наблюдения значительно реже: умеренная – у 3 (10,0%) чел., отсутствовала у 24 (90,0%). В I контрольной группе: умеренная инфильтрация у 9 (34,6%) чел., отсутствовала у 17 (65,4%).

Проба Шиллера–Писарева (йодное число Свракова) у больных I основной группы на следующий день после операции составила $3,9 \pm 0,8$ балла, что указывало

на умеренно выраженный воспалительный процесс, а в I контрольной группе – $3,6 \pm 0,7$ балла (рис. 3). На 2-й день у больных I основной группы йодное число Свракова составило $3,0 \pm 0,6$ балла, что указывало на умеренно выраженный воспалительный процесс, а в I контрольной группе – $3,2 \pm 0,7$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс). На 3-й день у больных I основной группы йодное число Свракова составило $2,2 \pm 0,5$ балла (слабо выраженный воспалительный процесс), а в I контрольной группе – $3,0 \pm 0,5$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс). На 5-й день у больных I основной группы йодное число Свракова составило $1,4 \pm 0,5$ балла (слабо выраженный воспалительный процесс), а в I контрольной группе – $2,8 \pm 0,5$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс). Проба Шиллера–Писарева у больных I основной группы была достоверно ниже (в два раза) по сравнению с I контрольной группой ($p < 0,001$).

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка челюсти на стороне проведенной операции и противоположной стороне в I основной и контрольной группах представлены в таблице 1. На следующий день после операции термоасимметрия в I основной и контрольной группах составила соответственно $2,0 \pm 0,4^\circ\text{C}$ и $1,9 \pm 0,4^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$, т.е. достоверно выше нормы). На 2-й день после операции в I основной группе термоасимметрия недостоверно снизилась в сравнении с предыдущим периодом в данной группе и составила $1,5 \pm 0,2^\circ\text{C}$, а в I контрольной группе достоверно не изменилась и равнялась $1,9 \pm 0,3^\circ\text{C}$. На 3-й день после операции в I основной группе термоасимметрия достоверно снизилась в сравнении с предыдущим периодом в данной группе и составила $0,9 \pm 0,2^\circ\text{C}$, в I контрольной группе она недостоверно снизилась и равнялась $1,6 \pm 0,3^\circ\text{C}$. На 5-й день после начала лечения в I основной группе термоасимметрия нормализовалась и составила $0,5 \pm 0,1^\circ\text{C}$, а в I контрольной группе она снизилась, но все еще достоверно отличалась от нормы и равнялась $1,2 \pm 0,2^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$).

Общая температурная реакция у пациентов I основной группы на следующий день после начала лечения препаратом «Диклоберл» была: от $37,6$ до $37,8^\circ\text{C}$ – у 5 (16,7 %) чел., от $37,0$ до $37,5^\circ\text{C}$ – у 23 (76,7 %) чел., от $36,6$ до $36,9^\circ\text{C}$ – у 2 (6,6 %) чел. На 3-й день общая температурная реакция была: от $37,0$ до $37,5^\circ\text{C}$ – у 24 (80,0 %) чел., от $36,6$ до $36,9^\circ\text{C}$ – у 6 (20,0 %) чел. На 5-й день

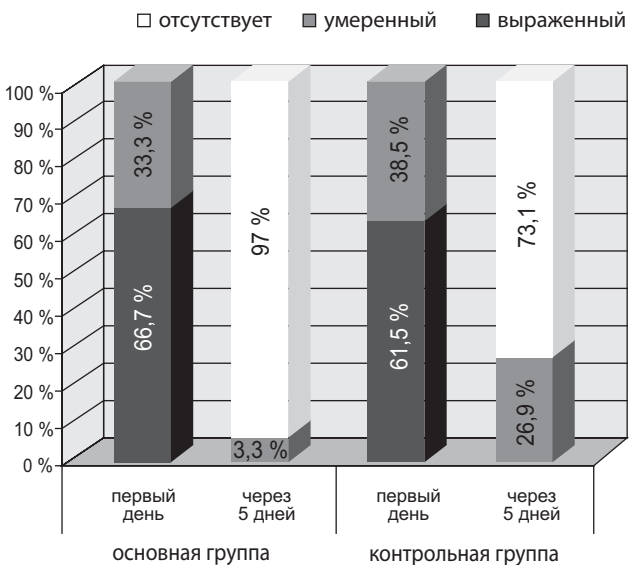


Рис. 1. Изменение выраженности послеоперационного отека околочелюстных мягких тканей в области патологического очага у больных первых групп наблюдения.

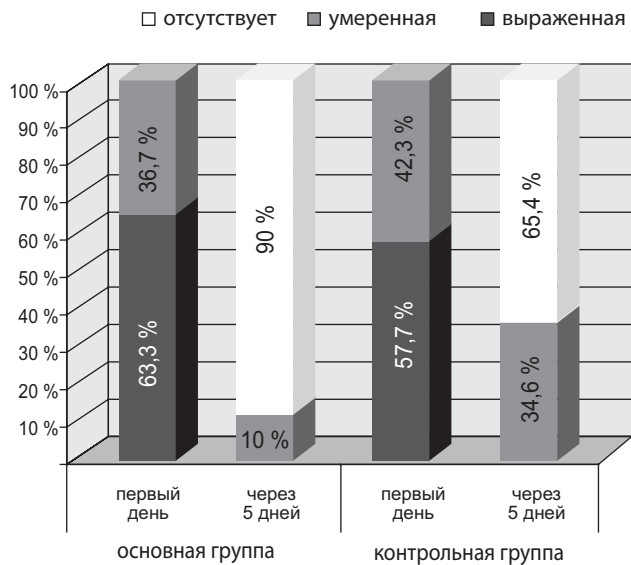


Рис. 2. Изменение выраженности послеоперационной инфильтрации слизистой оболочки в области патологического очага у больных первых групп наблюдения.

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка у больных первых групп наблюдения

Группа наблюдения	Число лиц	День обследования	ΔТ – термоасимметрия (в °С)	
			М±m	р
Основная	30	1-й	2,0±0,4	< 0,001
		2-й	1,5±0,2	< 0,001
		3-й	0,9±0,2	< 0,05
		5-й	0,5±0,1	> 0,05
Контрольная	26	1-й	1,9±0,4	< 0,001
		2-й	1,9±0,3	< 0,001
		3-й	1,6±0,3	< 0,001
		5-й	1,2±0,2	< 0,001
Норма (у здоровых людей)	25		0,4±0,1	

Примечание: р – достоверность различий по сравнению с нормой.

общая температурная реакция была: от 37,0 до 37,5°С – у 2 (6,6 %) чел., от 36,6 до 36,9°С – у 28 (93,4 %) чел. На 6-й день общая температурная реакция нормализовалась у всех обследуемых больных.

Общая температурная реакция у пациентов I контрольной группы на следующий день при лечении препаратом «Индометацин» была: от 37,6 до 37,7°С – у 7 (26,9 %) чел., от 37,0 до 37,5°С – у 19 (73,1 %) чел. На 3-й день общая температурная реакция была: от 37,0 до 37,5°С – у 26 (100 %) чел. На 5-й день общая температурная реакция была: от 37,0 до 37,5°С – у 14 (53,9 %) чел., от 36,6 до 36,9°С – у 12 (46,1 %) чел. На 6-й день общая температурная реакция была: от 37,0 до 37,5°С – у 10 (38,5 %) чел., от 36,6 до 36,9°С – у 16 (61,5 %) чел.

В I основной группе больных гнойно-воспалительные осложнения не наблюдались, а в контрольной группе они отмечались у 4 (15,4 %) чел.

На основании опроса больных и с учетом результатов обследования противовоспалительная эффективность изученных препаратов в I группах наблюдения (обследуемых после удаления опухолей челюстей) оценена следующим образом: 5 («очень хорошая») – для препарата «Диклоберл», 3 («удовлетворительная») – для препарата «Индометацин».

Во II основной группе (27 больных, которым проводили оперативные вмешательства – паротидэктомии (при доброкачественных опухолях) и экстирпации поднижнечелюстных желез (при доброкачественных опухолях и/или калькулезных субмаксиллитах)) также использовали метод ступенчатой терапии, т.е. в течение 3 дней применяли «Диклоберл № 75» (внутримышечно), а в последующие 4–6 дней – «Диклоберл ретард» (перорально).

Мягкие ткани в области послеоперационной раны на следующий день после проведенной операции были отечными (рис. 4) во II основной группе у всех (100 %) обследуемых: умеренный отек – у 22 (81,5 %) чел.; выраженный – у 5 (18,5 %). Во II контрольной группе отмечался послеоперационный отек мягких тканей у всех больных, умеренный – у 20 (83,3 %) чел., выраженный – у 4 (16,7 %) чел. Через 3 дня после операции во II основной группе умеренный послеоперационный отек мягких тканей сохранился у всех (100 %) больных, а во II контрольной группе умеренный отек был у 15 (62,5 %) больных, выраженный – у 9 (37,5 %). Через 5 дней после операции и начала лечения умеренный отек мягких тканей во II основной группе встречался крайне редко – у 4 (14,8 %) больных, отсутствовал у 23 (85,2 %). Во II контрольной группе умеренный отек выявлялся у 15 (62,5 %) больных и отсутствовал только у 9 (37,5 %).

Кожно-жировой лоскут в области послеоперационной раны на следующий день после удаления опухоли инфильтрировался (рис. 5) во II основной группе у всех (100 %) обследуемых: умеренная инфильтрация – у 21 (77,8 %) чел.; выраженная – у 6 (22,2 %). Во II контрольной группе также отмечалась инфильтрация кожных покровов у всех больных: умеренная – у 20 (83,3 %) чел., выраженная – у 4 (16,7 %). Через 3 дня после оперативного вмешательства во II основной группе умеренная инфильтрация кожно-жирового лоскута наблюдалась у 25 (92,6 %) больных, а выраженная – у 2 (7,4 %). В контрольной группе



Рис. 3. Изменение пробы Шиллера–Писарева (йодного числа Сваркова) у больных в первых группах наблюдения.

умеренная инфильтрация встречалась у 14 (58,3 %) больных, а выраженная – у 10 (41,7 %). Через 5 дней после операции и начала лечения умеренная инфильтрация кожных покровов в области послеоперационной раны во II основной группе была у 2 (7,4 %) больных, отсутствовала у 23 (92,6 %) чел. Во II контрольной группе умеренная инфильтрация выявлялась у 11 (45,8 %) больных, отсутствовала у 13 (54,2 %).

Показатели термоасимметрии кожно-жирового лоскута в области проведенной операции и на противоположной стороне (симметричном участке здоровой стороны) во II (основной и контрольной) группах представлены в таблице 2. На следующий день после операции термоасим-

метрия в II основной и контрольной группах составила соответственно $2,1 \pm 0,5^\circ\text{C}$ и $2,0 \pm 0,4^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$, т.е. достоверно выше нормы). На 2-й день после операции во II основной группе термоасимметрия достоверно снизилась в сравнении с предыдущим периодом в данной группе и составила $1,7 \pm 0,3^\circ\text{C}$, а во II контрольной группе – $1,8 \pm 0,3^\circ\text{C}$. На 3-й день после операции во II основной группе термоасимметрия достоверно снизилась в сравнении с предыдущим периодом в данной группе и составила $1,0 \pm 0,3^\circ\text{C}$, во II контрольной группе – $1,7 \pm 0,4^\circ\text{C}$. На 5-й день после проведенной операции во II основной группе термоасимметрия нормализовалась и составила $0,6 \pm 0,2^\circ\text{C}$, а во II контрольной группе – $1,3 \pm 0,3^\circ\text{C}$ ($< 0,001$).

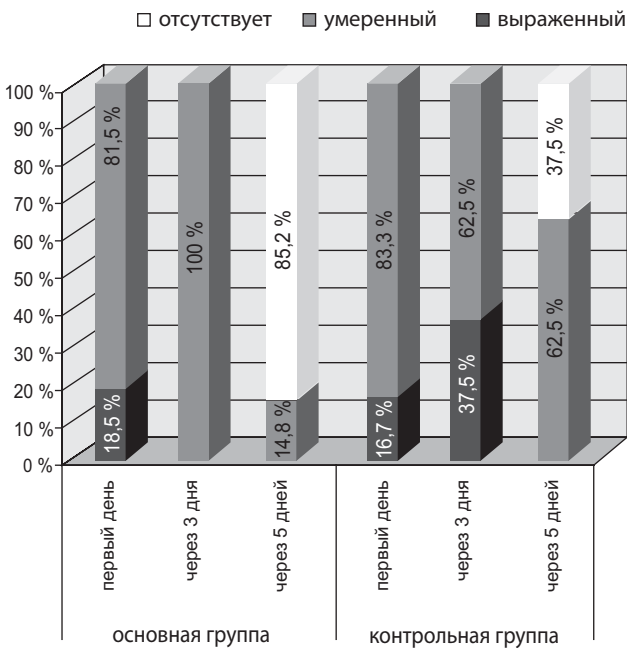


Рис. 4. Изменение выраженности послеоперационного отека мягких тканей в области послеоперационной раны у больных вторых групп наблюдения.

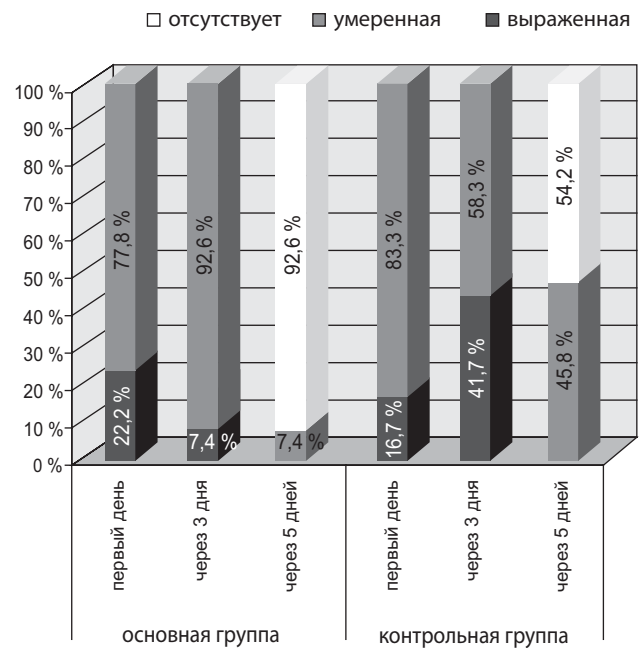


Рис. 5. Изменение выраженности инфильтрации послеоперационного кожно-жирового лоскута у больных вторых групп наблюдения.

Таблица 2

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка у больных вторых групп наблюдения

Группа наблюдения	Число лиц	День обследования	ΔТ – термоасимметрия (в °С)	
			M±m	p
Основная	27	1-й	$2,1 \pm 0,5$	$< 0,001$
		2-й	$1,7 \pm 0,3$	$< 0,001$
		3-й	$1,0 \pm 0,3$	$< 0,05$
		5-й	$0,6 \pm 0,2$	$> 0,05$
Контрольная	24	1-й	$2,0 \pm 0,4$	$< 0,001$
		2-й	$1,8 \pm 0,3$	$< 0,001$
		3-й	$1,7 \pm 0,4$	$< 0,001$
		5-й	$1,3 \pm 0,3$	$< 0,001$
Норма (у здоровых людей)	25		$0,4 \pm 0,1$	

Примечание: p – достоверность различий по сравнению с нормой.

Общая температурная реакция у пациентов во II основной группе на следующий день после начала лечения препаратом «Диклоберл» была: от 37,6 до 37,8°C – у 3 (11,1%) чел., от 37,0 до 37,5°C – у 20 (74,1%) чел., от 36,6 до 36,9°C – у 4 (14,8%) чел. На 3-й день общая температурная реакция была: от 37,0 до 37,5°C – у 22 (81,5%) чел., от 36,6 до 36,9°C – у 5 (18,5%) чел. На 5-й день общая температурная реакция была: от 37,0 до 37,5°C – у 1 (3,7%) чел., от 36,6 до 36,9°C – у 28 (96,3%) чел. На 6-й день общая температурная реакция нормализовалась у всех обследуемых больных.

Общая температурная реакция у пациентов во II контрольной группе на следующий день при лечении препаратом «Индометацин» была: от 37,6 до 37,7°C – у 4 (16,7%) чел., от 37,0 до 37,5°C – у 19 (83,3%). На 3-й день общая температурная реакция была: от 37,0 до 37,5°C – у 24 (100%) чел. На 5-й день общая температурная реакция была: от 37,0 до 37,5°C – у 16 (66,7%) чел., от 36,6 до 36,9°C – у 8 (33,3%) чел. На 6-й день общая температурная реакция была: от 37,0 до 37,5°C – у 6 (25,0%) чел., от 36,6 до 36,9°C – у 18 (75,0%) чел.

В II основной группе больных гнойно-воспалительные осложнения не выявлялись, а во II контрольной группе они наблюдались у 3 (12,5%) больных.

На основании опроса больных и с учетом результатов обследования противовоспалительная эффективность изученных препаратов во II группах (обследуемых, которым проведены оперативные вмешательства – паротидэктомии и экстирпации поднижнечелюстных желез) оценена следующим образом: 5 («очень хорошая») – для препарата «Диклоберл», 3 («удовлетворительная») – для препарата «Индометацин».

Обследовано 27 больных (III, основная, группа наблюдения) с переломами нижней челюсти, локализующимися в пределах зубного ряда. Все обследуемые больные госпитализированы в стационар в течение первых трех дней после полученной травмы. В III основной группе мы применяли препарат «Диклоберл № 75» (внутримышечно) в течение 9–10 дней, а в III контрольной – «Индометацин ретард» (метиндол ретард) – по 0,075 г

(в таблетках) 2 раза в день в течение 10 дней. Другие антибактериальные препараты обследуемым III (основной и контрольной) групп мы не назначали.

Околочелюстные мягкие ткани в области перелома нижнечелюстной кости на следующий день после травмы были отечными (рис. 6) в III основной группе у всех (100%) обследуемых: умеренный отек был у 13 (48,2%) чел.; выраженный – у 14 (51,8%). В III контрольной группе отек околочелюстных мягких тканей в области щели перелома отмечался у всех больных: умеренный – у 12 (48,0%) чел., выраженный – у 3 (52,0%). Через 3 дня после госпитализации больных с переломами нижней челюсти в III основной группе умеренный отек околочелюстных мягких тканей сохранился у 25 (92,6%) больных, а выраженный – у 2 (7,4%). В III контрольной группе умеренный отек был у 15 (60,0%) больных, а выраженный – у 10 (40,0%). Через 7–8 дней после госпитализации, а также после начала лечения умеренный отек мягких тканей в III основной группе наблюдения выявлялся у 2 (7,4%) больных, отсутствовал у 25 (92,6%) чел. В III контрольной группе умеренный отек наблюдался у 17 (68,0%) больных, отсутствовал только у 8 (32,0%).

Инфильтрация слизистой оболочки альвеолярного отростка в области щели перелома на следующий день после госпитализации имела (рис. 7) в III основной группе у всех (100%) обследуемых: умеренная инфильтрация выявлялась у 22 (81,5%) чел.; выраженная – у 5 (18,5%). В III контрольной группе также наблюдалась инфильтрация слизистой оболочки у всех больных: умеренная – у 21 (84,0%) чел., выраженная – у 4 (16,0%). Через 3 дня после травмы в III основной группе умеренная инфильтрация слизистой оболочки альвеолярного отростка в месте щели перелома выявлялась у 24 (88,9%) больных, а выраженная – у 3 (11,1%). В III контрольной группе умеренная инфильтрация слизистой оболочки встречалась у 22 (88,0%) больных, а выраженная – у 3 (12,0%). Через 7–8 дней после госпитализации, а также после начала лечения умеренная инфильтрация слизистой оболочки в области щели перелома в III основной группе отмечалась у 3 (11,1%) больных и отсутствовала

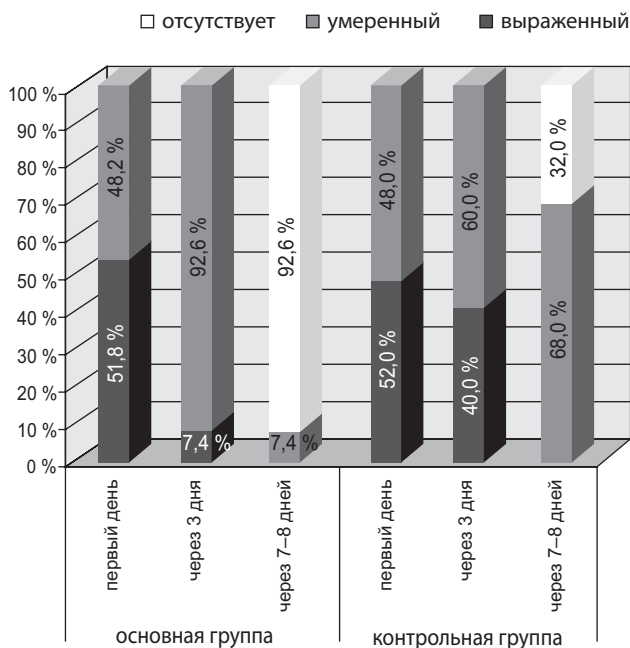


Рис. 6. Изменение выраженности околочелюстного отека мягких тканей в области щели перелома у больных третьих групп наблюдения.

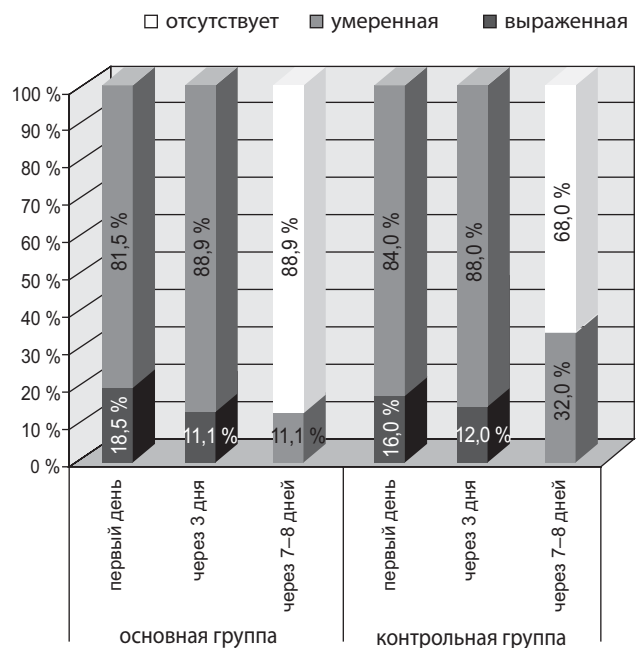


Рис. 7. Изменение выраженности инфильтрации слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти в области щели перелома у больных третьих групп наблюдения.

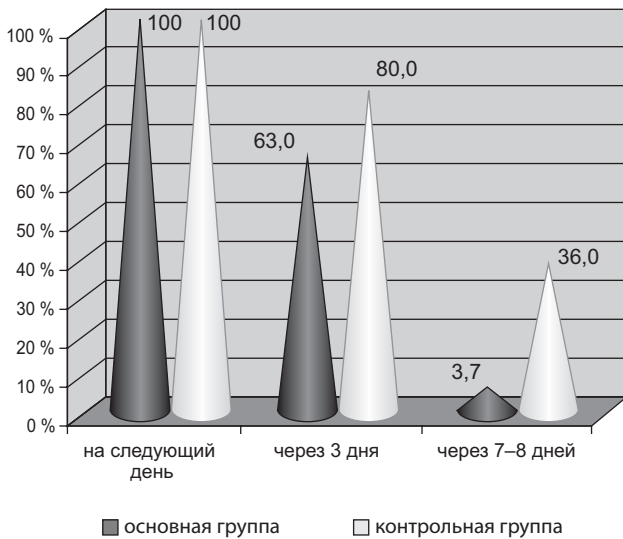


Рис. 8. Гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка в области щели перелома у больных третьих групп наблюдения.

у 24 (88,9%). В III контрольной группе умеренная инфильтрация выявлялась у 8 (32,0%) больных и отсутствовала у 17 (68,0%).

Гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка в области щели перелома на следующий день после госпитализации в III (основной и контрольной) группах была (рис. 8) у всех (100%) обследуемых. Через 3 дня после травмы в III основной группе гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка в области щели перелома наблюдалась у 17 (63,0%) больных и отсутствовала у 10 (37,0%). В III контрольной группе гиперемия слизистой оболочки встречалась у 20 (80,0%) больных и отсутствовала у 5 (20,0%). Через 7–8 дней после госпитализации, а также после начала лечения гиперемия слизистой оболочки в области щели перелома в III основной группе наблюдалась у 1 (3,7%) больного и отсутствовала у 26 (96,3%), а в III контрольной группе гиперемия слизистой оболочки встречалась у 9 (36,0%) больных и отсутствовала у 16 (64,0%).

Проба Шиллера–Писарева (йодное число Свракова) у больных III основной группы на следующий день после госпитализации составила $2,8 \pm 0,7$ балла (гигиена полости рта в плохом состоянии), что указывало на умеренно выраженный воспалительный процесс, а в III контрольной группе – $2,7 \pm 0,8$ балла (рис. 9). На 3-й день у больных III основной группы йодное число Свракова составило $2,3 \pm 0,5$ балла (гигиена полости рта в неудовлетворительном состоянии), что указывало на слабо выраженный воспалительный процесс, а в III контрольной группе – $2,5 \pm 0,8$ балла (гигиена полости рта в неудовлетворительном состоянии, умеренно выраженный воспалительный процесс). На 5-й день у больных III основной группы йодное число Свракова составило $1,9 \pm 0,6$ балла (гигиена полости рта в неудовлетворительном состоянии; слабо выраженный воспалительный процесс), а в III контрольной группе – $2,3 \pm 0,7$ балла (гигиена полости рта в неудовлетворительном состоянии; умеренно выраженный воспалительный процесс). На 8–9-й день у больных III основной группы йодное число Свракова составило $1,6 \pm 0,6$ балла (гигиена полости рта в удовлетворительном состоянии; слабо выраженный воспалительный процесс), а в III контрольной группе – $2,2 \pm 0,7$ балла (гигиена полости рта находится в неудовлетворительном

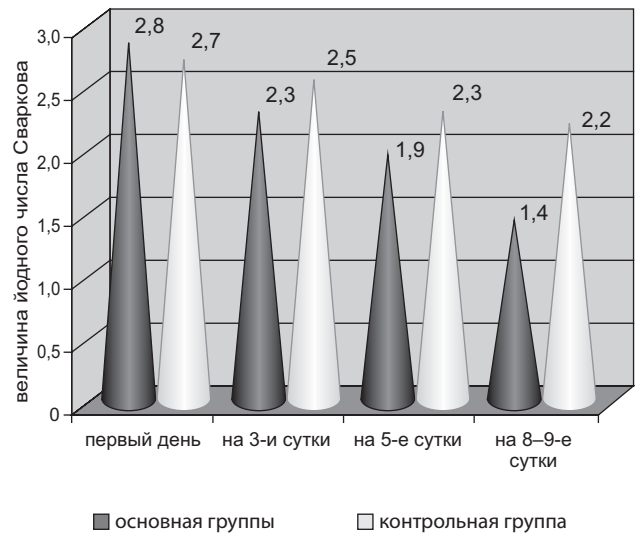


Рис. 9. Изменение пробы Шиллера–Писарева (йодного числа Свракова) у больных третьих групп наблюдения в динамике проводимого лечения.

состоянии и имеется умеренно выраженный воспалительный процесс). Проба Шиллера–Писарева у больных III основной группы была достоверно ниже (в 1,5 раза) по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$).

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка в области щели перелома и на противоположной стороне (симметричном участке здоровой стороны) в III основной и контрольной группах представлены в таблице 3. На следующий день после госпитализации термоасимметрия в III основной и контрольной группах наблюдения составила соответственно $2,4 \pm 0,7^\circ\text{C}$ и $2,5 \pm 0,6^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$, т.е. достоверно выше нормы). На 3-й день после операции в III основной группе термоасимметрия недостоверно снизилась по сравнению с предыдущим периодом обследования в данной группе и составила $1,9 \pm 0,6^\circ\text{C}$, что также выявлялось и в III контрольной группе – $2,3 \pm 0,7^\circ\text{C}$. На 5-й день после госпитализации в III основной группе термоасимметрия уже достоверно снизилась по сравнению с предыдущим периодом в данной группе и составила $1,2 \pm 0,4^\circ\text{C}$, а в III контрольной группе термоасимметрия недостоверно снизилась и равнялась $2,0 \pm 0,5^\circ\text{C}$. На 8–9-е сутки после госпитализации в III основной группе термоасимметрия нормализовалась и составила $0,7 \pm 0,3^\circ\text{C}$, а в III контрольной группе она достоверно повысилась и составила $1,4 \pm 0,4^\circ\text{C}$ ($< 0,02$).

Общая температурная реакция у больных III основной группы (с переломами нижней челюсти) на следующий день после начала лечения препаратом «Диклоберл» была: от $37,6$ до $38,0^\circ\text{C}$ – у 8 (29,7%) чел., от $37,0$ до $37,5^\circ\text{C}$ – у 16 (59,2%) чел., от $36,6$ до $36,9^\circ\text{C}$ – у 3 (11,1%) чел. На 3-й день лечения общая температурная реакция была: от $37,0$ до $37,5^\circ\text{C}$ – у 23 (85,2%) чел., от $36,6$ до $36,9^\circ\text{C}$ – у 4 (14,8%). На 5-й день общая температурная реакция в данной группе была: от $37,0$ до $37,5^\circ\text{C}$ – у 5 (18,5%) чел., от $36,6$ до $36,9^\circ\text{C}$ – у 22 (81,5%). На 8–9-й день общая температурная реакция нормализовалась у всех обследуемых больных этой группы.

Общая температурная реакция у пациентов III контрольной группы (с переломами нижней челюсти) на следующий день при лечении препаратом «Индометацин ретард» была: от $37,6$ до $38,0^\circ\text{C}$ – у 6 чел. (24,0%), от $37,0$ до $37,5^\circ\text{C}$ – у 19 (76,0%). На 3-й день общая температурная

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка у больных третьих групп наблюдения

Группа наблюдения	Число лиц	День обследования	Δ T – термоасимметрия (в °C)	
			M±m	p
Основная	27	1-й	2,4±0,7	< 0,001
		2-й	1,9±0,6	< 0,001
		3-й	1,2±0,4	< 0,05
		5-й	0,7±0,3	> 0,05
Контрольная	25	1-й	2,5±0,6	< 0,001
		2-й	2,3±0,7	< 0,001
		3-й	2,0±0,5	< 0,001
		5-й	1,4±0,4	< 0,02
Норма (у здоровых людей)	25		0,4±0,1	

Примечание: p – достоверность различий по сравнению с нормой.

реакция в III контрольной группе была: от 37,0 до 37,5°C – у 25 чел. (100%). На 5-й день общая температурная реакция была: от 37,0 до 37,5°C – у 15 (60,0%) чел., от 36,6 до 36,9°C – у 10 (40,0%) чел. На 8–9-й день проводимого лечения в III контрольной группе общая температурная реакция была: от 37,0 до 37,5°C – у 9 (36,0%) чел., от 36,6 до 36,9°C – у 16 (64,0%) чел.

В III основной группе больных гнойно-воспалительные осложнения не наблюдались, а в III контрольной группе они выявлялись у 4 (16,0%) больных.

На основании опроса больных и с учетом результатов обследования пациентов с переломами нижней челюсти противовоспалительная эффективность изученных препаратов в третьих группах наблюдения оценена следующим образом: 5 (“очень хорошая”) – для препарата «Диклоберл», 3 (“удовлетворительная”) – для препарата «Индометацин ретард».

Обследовано 26 больных с одонтогенными воспалительными инфильтратами окологлазничных мягких тканей (IV, основная, группа наблюдения). “Причинные” зубы у всех больных были удалены при госпитализации в стационар. Курс проводимого медикаментозного лечения в IV основной группе препаратом «Диклоберл ретард» (пероральное применение) составил 5–6 дней. В IV контрольной группе назначали препарат «Индометацин» по 0,025 г 3 раза в сутки в течение 5–6 дней.

На следующий день после госпитализации у всех 26 обследуемых IV группы (рис. 10) был воспалительный инфильтрат мягких тканей: выраженный – у 24 (92,3%) чел.; умеренный – у 2 (7,7%). В IV контрольной группе выраженный инфильтрат был у 22 (81,5%) чел., умеренный – у 5 (18,5%). Через 3 дня после госпитализации выраженный воспалительный инфильтрат мягких тканей в IV (основной) группе наблюдения встречался реже – у 10 (38,5%) чел., а умеренный – у 16 (61,5%). В IV контрольной группе выраженный инфильтрат был у 17 (63,0%) чел. и отсутствовал у 10 (37,0%). Через 6 дней после госпитализации воспалительный инфильтрат мягких тканей в IV основной группе встречался редко: умеренный – у 7 (26,9%) чел., отсутствовал у 19 (73,1%). В IV контрольной группе умеренный инфильтрат выявлялся у 14 (51,9%) чел. и отсутствовал у 13 (48,1%).

Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области удаленного зуба на следующий день после госпитализации была инфильтрирована (рис. 11) в IV основной группе у всех обследуемых: выраженная инфильтрация была у 11 (42,3%) чел.; умеренная – 15 (57,7%). В IV контрольной группе наблюдения отмечалась воспалительная инфильтрация слизистой оболочки в области удаленного зуба у всех больных: выраженная – у 10 (37,0%) чел., умеренная – у 17 (63,0%). Через 3 дня после госпитализации инфильтрация слизистой оболочки альвеолярного отростка в области удаленного зуба в IV основной группе была менее выражена: умеренная – у 21 (80,8%) чел., отсутствовала у 5 (19,2%). В IV контрольной группе умеренная инфильтрация встречалась у 27 (100%) чел. Через 6 дней после госпитализации слизистая оболочка альвеолярного отростка в области удаленного зуба в IV основной группе не была инфильтрированной у 26 (100%) больных, а в IV контрольной группе умеренная инфильтрация встречалась у 7 (25,9%) чел. и отсутствовала у 20 (74,1%).

Гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка в области удаленного зуба на следующий день после госпитализации наблюдалась у всех обследуемых (рис. 12) как в основной группе, так и в контрольной группах. Через 3 дня после госпитализации гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка в области удаленного зуба в IV основной группе была у 11 (42,3%) чел. и отсутствовала у 15 (57,7%), а в IV контрольной группе гиперемия наблюдалась у всех 27 (100%) чел. Через 6 дней после госпитализации гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка в области удаленного зуба в IV основной группе была у 1 (3,9%) больного и отсутствовала у 25 (96,1%), а в IV контрольной группе встречалась у 7 (25,9%) чел. и отсутствовала у 20 (74,1%).

Проба Шиллера–Писарева (йодное число Свракова) у больных IV основной группы на следующий день после госпитализации составила 3,2±0,7 балла (индекс очень высокий, гигиена полости рта находится в плохом состоянии), что указывало на умеренно выраженный воспалительный процесс, а в IV контрольной группе – 3,3±0,6 балла (рис. 13).

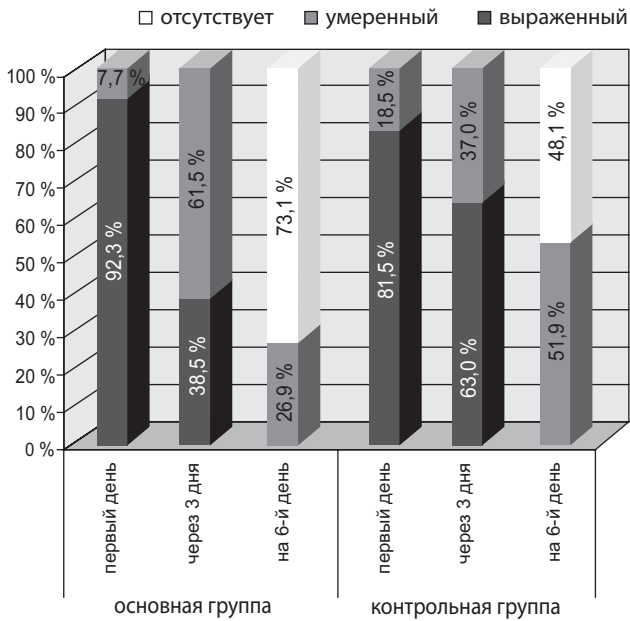


Рис. 10. Изменение выраженности воспалительного инфильтрата околожелудных мягких тканей у больных четвертых групп наблюдения

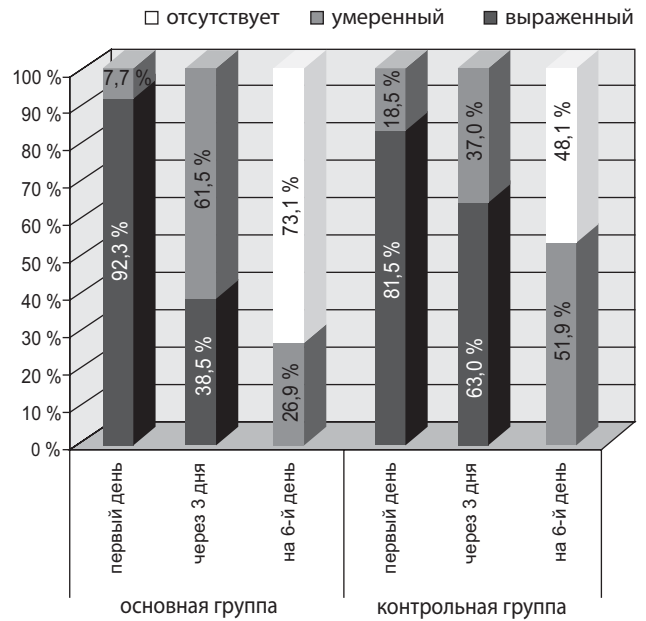


Рис. 11. Изменение выраженности инфильтрации слизистой оболочки альвеолярного отростка в области удаленного зуба у больных четвертых групп наблюдения

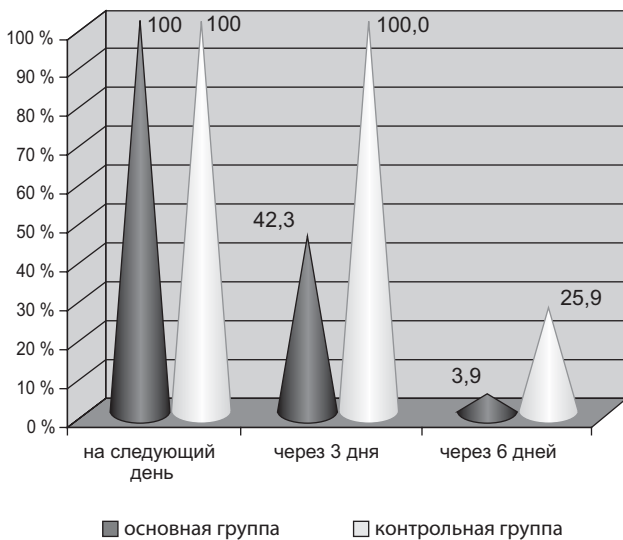


Рис. 12. Гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка в области удаленного зуба у больных четвертых групп наблюдения

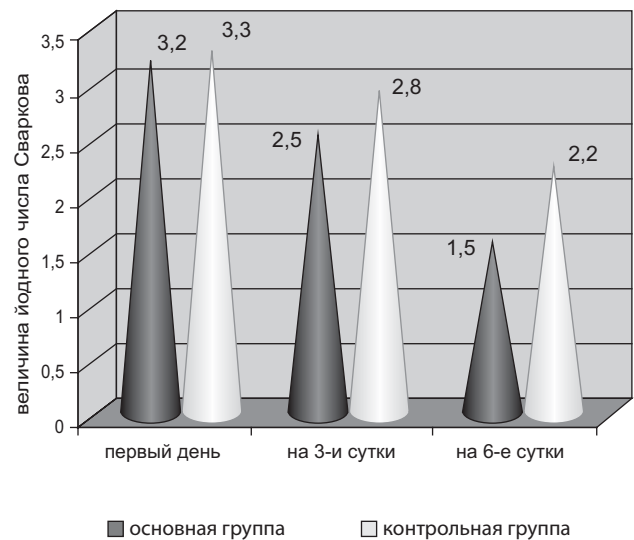


Рис. 13. Изменение пробы Шиллера–Писарева (йодного числа Свракова) у больных четвертых групп наблюдения

На 3-й день у больных IV основной группы йодное число Свракова составило $2,5 \pm 0,6$ балла (индекс высокий, гигиена полости рта находится в неудовлетворительном состоянии), что указывало на умеренно выраженный воспалительный процесс, а в IV контрольной группе – $2,8 \pm 0,7$ балла (индекс очень высокий, гигиена полости рта в плохом состоянии; умеренно выраженный воспалительный процесс). На 6-й день у больных IV основной группы йодное число Свракова составило $1,5 \pm 0,7$ балла (индекс средний, гигиена полости рта в удовлетворительном состоянии; слабо выраженный воспалительный процесс), а в IV контрольной группе – $2,2 \pm 0,7$ балла (индекс высокий; гигиена полости рта в

неудовлетворительном состоянии; слабо выраженный воспалительный процесс). Проба Шиллера–Писарева у больных IV основной группы была достоверно ниже (примерно в 1,5 раза) по сравнению с IV контрольной группой ($p < 0,01$).

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка челюсти в области удаленного зуба и на противоположной стороне в IV основной и контрольной группах представлены в таблице 4. На следующий день после госпитализации термоасимметрия в IV основной и контрольной группах составила соответственно $2,1 \pm 0,5^\circ\text{C}$ и $2,0 \pm 0,4^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$, т.е. достоверно выше нормы). На 3-й день после госпитализации

в IV основной группе термоасимметрия достоверно снизилась в сравнении с предыдущим периодом в данной группе и составила $0,8 \pm 0,2^\circ\text{C}$, в контрольной группе – недостоверно снизилась и равнялась $1,7 \pm 0,3^\circ\text{C}$. На 6-й день после начала лечения в IV основной группе термоасимметрия нормализовалась и составила $0,6 \pm 0,1^\circ\text{C}$, а в контрольной группе она снизилась, но все еще достоверно отличалась от нормы и равнялась $1,1 \pm 0,1^\circ\text{C}$ ($< 0,001$).

Общая температурная реакция у пациентов IV основной группы на следующий день после начала лечения препаратом «Диклоберл» была: от $37,6$ до $38,0^\circ\text{C}$ – у 23 (88,5 %) чел., от $37,0$ до $37,5^\circ\text{C}$ – у 3 (11,5 %). На 3-й день общая температурная реакция была: от $37,0$ до $37,5^\circ\text{C}$ – у 24 (92,3 %) чел., от $36,6$ до $36,9^\circ\text{C}$ – у 2 (7,7 %). На 6-й день общая температурная реакция была: от $36,6$ до $36,9^\circ\text{C}$ – у 26 (100 %) чел., т.е. нормализовалась.

Общая температурная реакция у больных IV контрольной группы на следующий день при лечении препаратом «Индометацин» была: от $37,6$ до $38,0^\circ\text{C}$ – у 23 (85,2 %) чел., от $37,0$ до $37,5^\circ\text{C}$ – у 4 (14,8 %) чел. На 3-й день общая температурная реакция была: от $37,6$ до $38,0^\circ\text{C}$ – у 5 (18,5 %) чел., от $37,0$ до $37,5^\circ\text{C}$ – у 22 (81,5 %) чел. На 6-й день общая температурная реакция была: от $37,0$ до $37,5^\circ\text{C}$ – у 14 (51,9 %) чел., от $36,6$ до $36,9^\circ\text{C}$ – у 13 (48,1 %).

В IV основной группе больных гнойно-воспалительные осложнения не наблюдались, а в IV контрольной группе они были у 3 (11,1%) больных.

На основании опроса больных и с учетом результатов обследования противовоспалительная эффективность изученных препаратов в четвертых группах наблюдения (обследуемых с одонтогенными воспалительными инфильтратами) оценена следующим образом: 5 (“очень хорошая”) – для препарата «Диклоберл», 3 (“удовлетворительная”) – для препарата «Индометацин».

Обследовано 25 больных с острыми посттравматическими артритами височно-нижнечелюстных суставов, осложненными воспалительными инфильтратами (V, основная, группа). Курс проводимого медикаментозного лечения в V основной группе препаратом «Диклоберл ретард» (пероральное применение) составил 5–6 дней. В V контрольной группе назначали препарат «Индометацин» по $0,025$ г 3 раза в сутки в течение 5–6 дней.

На следующий день после госпитализации у 25 обследуемых V основной группы (рис. 14) был воспалительный инфильтрат мягких тканей во впередишной области: умеренный – 25 чел. (100 %). В V контрольной группе наблюдался умеренный инфильтрат у всех 24 (100 %) обследуемых.

Через 3 дня в V основной группе умеренный воспалительный инфильтрат встречался у 12 (48,0 %) чел., в V контрольной группе умеренный инфильтрат выявлялся у 17 (70,8 %), а у остальных обследуемых из пятых групп воспалительный инфильтрат отсутствовал. Через 6 дней после начала лечения воспалительный инфильтрат в V основной группе отсутствовал у всех 25 (100 %) обследуемых, а в V контрольной группе умеренный инфильтрат был у 5 (20,8 %) чел. и отсутствовал у 19 (79,2 %).

На следующий день после проведения лечения у обследуемых V основной группы (рис. 15) выявлялась гиперемия кожи над воспалительным инфильтратом у 16 (64,0 %) чел. В V контрольной группе гиперемия кожи была у 17 (70,8 %) обследуемых. Через 3 дня в V основной группе гиперемия кожи встречалась у 7 (28,0 %) чел., а в V контрольной группе – у 14 (58,3 %) чел. Через 6 дней

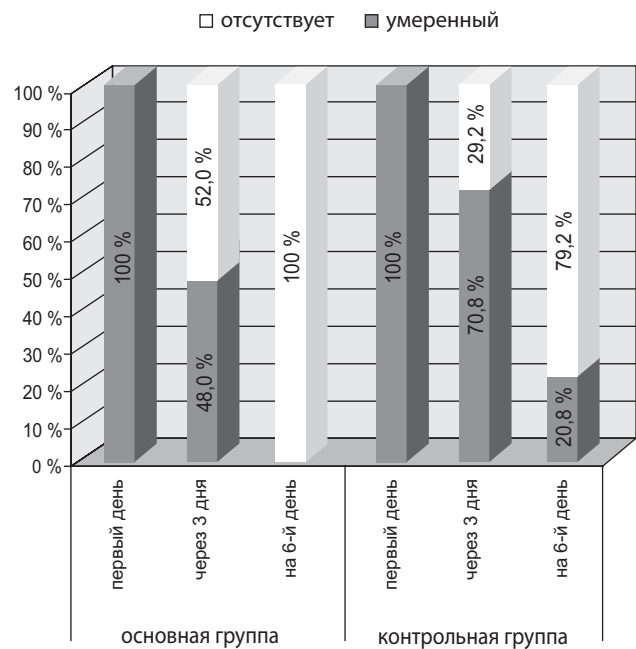


Рис. 14. Изменение выраженности воспалительного инфильтрата у больных пятых групп наблюдения.

Таблица 4

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка у больных четвертых групп наблюдения

Группа наблюдения	Число лиц	День обследования	ΔT – термоасимметрия (в $^\circ\text{C}$)	
			$M \pm m$	p
Основная	26	1-й	$2,1 \pm 0,5$	$< 0,001$
		3-й	$0,8 \pm 0,2$	$< 0,05$
		5-й	$0,6 \pm 0,1$	$> 0,05$
Контрольная	27	1-й	$2,0 \pm 0,4$	$< 0,001$
		3-й	$1,7 \pm 0,3$	$< 0,001$
		5-й	$1,1 \pm 0,1$	$< 0,001$
Норма (у здоровых людей)	25		$0,4 \pm 0,1$	

Примечание: p – достоверность различий по сравнению с нормой.

после начала лечения гиперемия кожи в V основной группе отсутствовала у всех 25 (100 %) обследуемых, а в V контрольной группе она была у 4 (16,7 %) чел.

Показатели термоасимметрии кожи над воспалительным инфильтратом и на противоположной стороне в V основной и контрольной группах представлены в таблице 5. На следующий день после госпитализации асимметрия местной температуры в основной и контрольной группах составила соответственно: $1,9 \pm 0,4^\circ\text{C}$ и $2,0 \pm 0,5^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$, т.е. достоверно выше нормы). На 3-й день после госпитализации в V основной группе термоасимметрия достоверно снизилась по сравнению с предыдущим периодом в данной группе и составила $0,9 \pm 0,4^\circ\text{C}$, а в контрольной – недостоверно снизилась и равнялась $1,6 \pm 0,2^\circ\text{C}$. На 6-й день после начала лечения в V основной группе асимметрия местной температуры нормализовалась и составила $0,5 \pm 0,2^\circ\text{C}$, а в V контрольной группе снизилась, но достоверно отличалась от нормы и равнялась $1,0 \pm 0,2^\circ\text{C}$ ($< 0,01$).

Общая температурная реакция у пациентов V основной группы на следующий день после начала лечения препаратом «Диклоберл» была: от $37,6$ до $38,0^\circ\text{C}$ – у 3 (12,0 %) чел., от $37,0$ до $37,5^\circ\text{C}$ – у 22 (88,0 %). На 3-й день общая температурная реакция была: от $37,0$ до $37,5^\circ\text{C}$ – у 14 (56,0 %) чел., от $36,6$ до $36,9^\circ\text{C}$ – у 11 (44,0 %). На 6-й день общая температурная реакция нормализовалась у всех 25 (100 %) чел.

Общая температурная реакция у больных V контрольной группы на следующий день при лечении препаратом «Индометацин» была: от $37,6$ до $38,0^\circ\text{C}$ – у 4 (16,7 %) чел., от $37,0$ до $37,5^\circ\text{C}$ – у 20 (83,3 %) чел. На 3-й день общая температурная реакция была: от $37,0$ до $37,5^\circ\text{C}$ – у 24 (100 %) чел. На 6-й день общая температурная реакция была: от $37,0$ до $37,5^\circ\text{C}$ – у 6 (25,0 %) чел., от $36,6$ до $36,9^\circ\text{C}$ – у 18 (75,0 %).

В V основной группе больных гнойно-воспалительные осложнения не выявлялись, а в V контрольной группе они были у 2 (8,3%) больных.

На основании опроса больных и с учетом результатов обследования противовоспалительная эффективность изученных препаратов в пятих группах наблюдения (обследуемые с острыми посттравматическими артритами височно-нижнечелюстных суставов, осложненными воспалительными инфильтратами перифокальной области) оценена следующим образом: 5 (“очень хорошая”) – для препарата «Диклоберл», 3 (“удовлетворительная”) – для препарата «Индометацин».

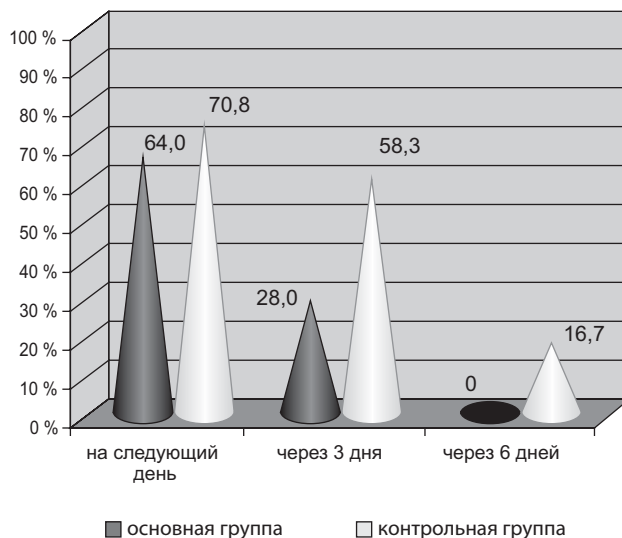


Рис. 15. Гиперемия кожи в области воспалительного инфильтрата у больных пятых групп наблюдения.

ВЫВОДЫ

В исследовании, в котором принимали участие больные с челюстно-лицевой патологией (после удаления опухолей челюстей, паротидэктомий и экстирпаций поднижнечелюстных желез; с открытыми переломами нижней челюсти, а также с одонтогенными воспалительными инфильтратами околочелюстных мягких тканей и острыми посттравматическими артритами височно-нижнечелюстных суставов, осложненными воспалительными инфильтратами), нами установлена высокая противовоспалительная и жаропонижающая эффективность нестероидного противовоспалительного препарата «Диклоберл». Данный препарат можно рекомендовать для этой категории больных с целью профилактики воспалительных осложнений (при отсутствии сопутствующих заболеваний), без применения антибиотиков.

По результатам анализов крови и мочи, проводимых в динамике лечения препаратом «Диклоберл», не выявлено его негативного влияния на организм пациентов.

Таблица 5

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка у больных пятых групп наблюдения

Группа наблюдения	Число лиц	День обследования	ΔT – термоасимметрия (в °C)	
			M±m	p
Основная	25	1-й	$1,9 \pm 0,4$	$< 0,001$
		3-й	$0,9 \pm 0,4$	$< 0,05$
		5-й	$0,5 \pm 0,2$	$> 0,05$
Контрольная	24	1-й	$2,0 \pm 0,5$	$< 0,001$
		3-й	$1,6 \pm 0,2$	$< 0,001$
		5-й	$1,0 \pm 0,2$	$< 0,01$
Норма (у здоровых людей)	25		$0,4 \pm 0,1$	

Примечание: p – достоверность различий по сравнению с нормой.

Проведенными исследованиями доказано, что препарат «Диклоберл» является высокоэффективным противовоспалительным и жаропонижающим средством и

рекомендуется для использования у больных с челюстно-лицевой патологией для профилактики развития гнойно-воспалительных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К.: Червона Рута – Турс, 2012. – 1048 с.
2. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии / А.А. Тимофеев. – М.: Мед. информ. агентство, 2007. – 696 с.
3. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия / А.А. Тимофеев. – К.: Медицина, 2010. – 576 с.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ОБЛАСТІ

О.О. Тимофеев, Н.О. Ушко, О.О. Тимофеев, С.В. Максимча, Н.К. Васадзе, Г.І. Кривошеева

Мета: оцінити протизапальну і жарознижувальну ефективність нестероїдного протизапального препарату «Диклоберл» для профілактики розвитку протизапальних ускладнень у хворих із щелепно-лицьовою патологією.

Методи. Проведено комплексні клінічні обстеження 135 хворих із захворюваннями щелепно-лицьової області (після видалення пухлин щелеп, паротидектомії і екстирпації нижньощелепних залоз; із відкритими переломами нижньої щелепи, а також з одонтогенними запальними інфільтратами навколощелепних м'яких тканин і гострими посттравматичними артритами скронево-нижньощелепних суглобів, ускладненими запальними інфільтратами), яким для лікування використовували препарат «Диклоберл». Контролем слугували 126 хворих із такою ж патологією без використання цього препарату.

Результати. Встановлено високу протизапальну і жарознижувальну ефективність нестероїдного протизапального препарату «Диклоберл», який можна застосовувати у хворих з цією патологією з метою профілактики розвитку запальних ускладнень.

Висновки. Нестероїдний протизапальний препарат «Диклоберл» можна рекомендувати для лікування щелепно-лицьових хворих (за відсутності у них супутніх захворювань) без застосування антибіотиків.

Ключові слова: «Диклоберл», нестероїдні препарати, пухлини щелеп, паротидектомії, видалення піднижньощелепних залоз, переломи нижньої щелепи, запальний інфільтрат, посттравматичний артрит, післяопераційний період.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF EFFECTIVENESS OF NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUG USED IN THE TREATMENT OF MAXILLOFACIAL AREA DISEASES

A. Timofeev, N. Ushko, A. Timofeev, S. Maksimcha, N. Vasadze, A. Krivosheeva

Purpose: to estimate antiinflammatory and febrifuge efficiency of antiinflammatory preparation of «Dikloberl» for the prophylaxis of development of antiinflammatory complications for patients with maxillofacial pathology.

Patients and Methods. A comprehensive clinical and immunological study of 135 patients with the diseases of maxillofacial area (tumors of jaws, parotidectomy, removing submandibular glands, mandibular fractures, inflammatory infiltrate, post-traumatic arthritis), which for treatment to used preparation of «Dikloberl». Control 126 served as patients with the same pathology without the use of this preparation.

Results. Under our supervision there was 135 patients with the diseases of maxillofacial area. Clinical methods were conducted all patients inspections which included: complaints, examination (the degree of expressed of asymmetry of person, expressed of edema, was determined, to hyperemia and infiltration of mucous membrane and/or cutaneous covering in area of pathological hearth), conducted palpation, a pin thermometry and general thermometry of and other was Done global analysis of blood (determined the number of red corpuscles, haemoglobin); biochemical indexes of blood (general albumen, glucose, bilirubin, urea, electrolyte composition), global analysis of urine. It is proved that the drug «Dikloberl» is a highly effective anti-inflammatory agent and is recommended for use in patients after the removal of tumors of the jaws, parotidectomies and extirpations of submandibular glands, in patients with open fractures of the lower jaw, as well as patients with odontogenic inflammatory infiltrates admaxillary soft tissue and acute post-traumatic arthritis of the temporomandibular joints, complicated inflammatory infiltrates for the prevention of their pyo-inflammatory complications.

Conclusions. Preparation of «Dikloberl» can be recommended for maxillofacial patients, in default of for them concomitant diseases, without application of antibiotics. It is well-proven that preparation of «Dikloberl» is high-efficiency antiinflammatory and febrifuge means and recommended for the use for patients with maxillofacial pathology for the prophylaxis of development of festering-inflammatory complications.

Key words: «Dikloberl» non-steroidal drugs, tumors of jaws, parotidectomy, removing submandibular glands, mandibular fractures, inflammatory infiltrate, post-traumatic arthritis, post-operative period.

Тимофеев Алексей Александрович – д.мед.н., проф.; заведуючий кафедрой челюстно-лицевой хирургии

Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шутика.

Ушко Наталия Алексеевна – к.м.н., доц.; кафедра челюстно-лицевой хирургии

Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шутика.

Тимофеев Александр Алексеевич – к.м.н., доц.; кафедра стоматологии

Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шутика.

Максимча Сергей Васильевич – к.м.н., доц.; кафедра челюстно-лицевой хирургии

Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шутика.

Васадзе Натия Карловна – аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии

Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шутика.

Кривошеева Анна Игоревна – ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Киевского медицинского университета УАНМ.

Адрес: г. Киев, ул. Подвысоцкого, 4а, клиническая больница № 12, кафедра челюстно-лицевой хирургии.

Тел.: 528-35-17.

ЗАПОБИГАЄ ПОЯВІ І ЗМЕНШУЄ ВИРАЖЕНІ ПРОБЛЕМИ З ЯСНАМИ ЧЕРЕЗ 4 ТИЖНІ



ЛИПЕНЬ 2010



СІЧЕНЬ 2011



ЛИПЕНЬ 2011



СІЧЕНЬ 2012



ЛИПЕНЬ 2012



СІЧЕНЬ 2013



blend-a-med

Oral-B



CLINIC LINE
СИСТЕМА ЗАХИСТУ ЯСЕН

Рекомендуйте використання системи захисту ясен Blend-a-med Oral-B Clinic Line

Клінічно доведено, що система ефективна у запобіганні появі і зменшенні виражених проблем з яснами вже через 4 тижні. Система захисту ясен Blend-a-med Oral-B Clinic Line поєднує в собі потужний вплив стабілізованого олова і фториду, ефективну дію ополіскувача, чудове механічне очищення зубною щіткою Pro-Flex, доповнене використанням зубної нитки.

Все це прекрасно підтримує ефективність стоматологічного лікування.

Справжня турбота про пацієнта не закінчується в кабінеті стоматолога

