

А.А. Тимофеев<sup>1</sup>, Н.А. Ушко<sup>1</sup>, А.А. Тимофеев<sup>1</sup>, Н. Васадзе<sup>1</sup>, С.В. Максимча<sup>1</sup>, А.И. Кривошеева<sup>2</sup>

## Одновременное использование медикаментозных препаратов для повышения эффективности лечения челюстно-лицевых больных

<sup>1</sup>Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>Киевский медицинский университет УАНМ, г. Киев, Украина

**Цель:** оценить противовоспалительную, жаропонижающую и анальгетическую эффективность одновременного использования НПВП «Диклоберл» и ненаркотического анальгетика «Акупан» у больных с челюстно-лицевой патологией.

**Методы.** Обследованы 103 больных с различными заболеваниями челюстно-лицевой области: 24 больных после челюстно-лицевых оперативных вмешательств по поводу удаления опухолей челюстей; 25 больных, у которых проведены паротидэктомия и экстирпация поднижнечелюстных желез; 28 больных с переломами нижней челюсти; 26 больных с одонтогенными воспалительными инфильтратами окологлазничных мягких тканей.

**Результаты.** На основании обследования больных после удаления опухолей челюстей, паротидэктомии и экстирпации поднижнечелюстных желез, больных с открытыми переломами нижней челюсти, а также больных с одонтогенными воспалительными инфильтратами окологлазничных мягких тканей были установлены высокая противовоспалительная и жаропонижающая эффективность НПВП «Диклоберл» и высокая анальгетическая активность ненаркотического препарата «Акупан».

**Выводы.** Комплексное применение по предложенным схемам препаратов «Диклоберл» и «Акупан» можно использовать у больных после удаления опухолей челюстей, паротидэктомии и экстирпации поднижнечелюстных желез, у больных с открытыми переломами нижней челюсти, а также у больных с одонтогенными воспалительными инфильтратами окологлазничных мягких тканей (при отсутствии у них сопутствующих заболеваний) без применения антибиотиков. Полученные положительные результаты позволяют рекомендовать нестероидный противовоспалительный препарат «Диклоберл» и ненаркотический препарат «Акупан» для широкого использования в отделениях челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.

**Ключевые слова:** Диклоберл, Акупан, опухоли челюстей, заболевания слюнных желез, переломы челюстей, воспалительный инфильтрат, послеоперационный период.

### Введение

В настоящее время медикаментозная терапия, которая проводится только одним лекарственным препаратом, т. е. монотерапия, встречается достаточно редко. В инструкциях по медицинскому применению лекарств нередко указывают не одну, а несколько сторон лечебного эффекта предлагаемого препарата (противовоспалительное, жаропонижающее, анальгетическое действие и др.). Но клинические наблюдения показывают, что не все стороны указываемого лечебного эффекта проявляются в одинаковой степени. Заболевания челюстно-лицевой области чаще всего характеризуются разноплановой клинической симптоматикой (наличием воспалительного или аллергического компонента, болевым синдромом и т. д.). Поэтому челюстно-лицевому больному наиболее часто одновременно назначают не менее двух, а нередко три и большее количество лекарственных препаратов.

С чем это связано? С одной стороны, это можно объяснить тем, что врач хочет повысить лечебный эффект одного лекарственного препарата при помощи другого, а также тем, что одни лекарственные вещества имеют в большей степени только один лечебный эффект (например, противовоспалительный или жаропонижающий), а другие препараты – совсем другой терапевтический эффект, который необходим данному больному (анальгезирующий, гипосенсибилизирующий и т. п.).

При одновременном использовании лекарственных препаратов возможны различные варианты взаимодействия лекарств. Если два лекарственных препарата дей-

ствуют в одном направлении, такое явление называют синергизмом (греч. *Synergos* – действующий вместе). *Синергизм* – однонаправленность действий, т. е. при одновременном применении лекарств лечебный эффект их действия повышается. Синергизм может проявляться в двух формах: суммировании и потенцировании эффектов. *Суммирование эффектов* – это когда конечный эффект одновременного применения препаратов равен сумме эффектов каждого из них в отдельности (используется для того, чтобы уменьшить дозу каждого из применяемых препаратов). *Потенцированное действие* – это когда эффект одновременного применения препаратов значительно больше, чем простая сумма эффектов каждого из них в отдельности (это происходит тогда, когда один лечебный эффект достигается разными патогенетическими механизмами).

*Антагонизм* – это когда снижается лечебный эффект одного из применяемых препаратов. Антагонизм используют при лечении лекарственных осложнений и отравлений. Под *синерго-антагонизмом* подразумевают ситуацию, когда одни эффекты комбинируемых лекарственных средств усиливаются, а другие ослабляются.

В последнее десятилетие появилось много новых, современных НПВП, одновременная эффективность которых с другими лекарственными средствами у челюстно-лицевых больных изучена недостаточно.

Нами доказана высокая противовоспалительная и жаропонижающая эффективность НПВП «Диклоберл»

(диклофенак натрия) при заболеваниях, которые локализируются в челюстно-лицевой области. В 2012 г. опубликована статья, где исследования Тимофеева А.А., Ушко Н.А., Максимчи С.В. доказывают низкую анальгетическую эффективность этого препарата. Однако известно, что большинство заболеваний, которые локализируются в челюстно-лицевой области, сопровождаются выраженной болевой симптоматикой. Поэтому для одновременного использования с НПВП «Диклоберл» у челюстно-лицевых больных применили анальгетический препарат «Акупан». Эффективность последнего в виде монотерапии ранее уже была доказана (Тимофеев А.А. и соавт., 2012).

Нестероидный противовоспалительный препарат «Диклоберл» (Berlin-Chemie (Menarini Group) является производным фенилуксусной кислоты. Международное название – диклофенак. Препарат оказывает выраженное противовоспалительное 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 один раз в сутки. Для внутримышечного введения использовали препарат «Диклоберл № 75» (утверждено приказом Министерства здравоохранения Украины 2.06.09 № 380, регистрационное свидетельство № UA/9701/01/01) – 1 мл раствора для инъекций содержит 25 мг диклофенака натрия (одна ампула содержит 3 мл раствора, т. е. 75 мг диклофенака натрия). Для перорального использования применяли Диклоберл ретард (утверждено приказом Министерства здравоохранения Украины 5.03.10 № 195, регистрационное свидетельство № UA/9701/04/01) – одна капсула содержит 100 мг диклофенака натрия. 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 два часа и почти полностью не зависит от состояния функции печени и почек. Связывание с белками плазмы составляет около 99 %.

Ненаркотический анальгетик «Акупан» (международное название нефопам или 3,4,5,6-тетрагидро-5-метил-1-фенил-1Н-2,5-бензоксазона гидрохлорид) – ненаркотический анальгетик, структурно отличающийся от других анальгетиков. Механизм действия заключается в ингибировании обратного захвата дофамина, норадреналина и серотонина на уровне синапсов. Нефопам не угнетает дыхание и не влияет на перистальтику кишечника. Обладает незначительным антихолинергическим эффектом. Одна ампула препарата «Акупан» содержит 20 мг гидрохлорида нефопама. Препарат можно вводить как внутримышечно, так и внутривенно. При внутримышечном введении препарата «Акупан» его следует вводить глубоко. Рекомендуемая доза на одно введение – 20 мг. При необходимости введение повторяют каждые шесть часов. Максимальная суточная доза – 120 мг. Противопоказания: гиперчувствительность к нефопаму, возраст до 12-ти лет, судороги или эпилепсия (в анамнезе), глаукома, беременность, кормление грудью.

**Цель** исследования – оценить противовоспалительную, жаропонижающую и анальгетическую эффективность одновременного использования НПВП «Диклоберл» и ненаркотического анальгетика «Акупан» у больных с челюстно-лицевой патологией.

### Материал и методы обследования

Под наблюдением находились 103 обследуемых (**основная группа наблюдения**) с различными заболеваниями челюстно-лицевой области. Всех обследуемых разделили на следующие четыре группы: I группа – 24 больных после челюстно-лицевых оперативных вмешательств по поводу удаления опухолей челюстей (остеобластом, амелобластом, обширных опухолеподобных образований); II группа – 25 больных, у которых проведено оперативное вмешательство – паротидэктомия (при доброкачественных опухолях) и экстирпация поднижнечелюстных желез (при доброкачественных опухолях и/или калькулезных субмаксиллитах); III группа – 28 больных с переломами нижней челюсти (щель перелома проходила в пределах зубного ряда, т. е. переломы челюсти были открытыми); IV группа – 26 больных с одонтогенными воспалительными инфильтратами окологлазничных мягких тканей.

Во всех четырех группах наблюдения при использовании препарата «Диклоберл» применили метод ступенчатой терапии, т. е. в течение 3-х дней применяли Диклоберл № 75 (внутримышечно), а в последующие 4–6 дней – Диклоберл ретард (пероральное применение). Препарат «Акупан» вводили внутримышечно по 20 мг. Длительность лечения препаратами «Диклоберл» и «Акупан» в каждой обследуемой группе несколько отличалась между собой. Описание будет проведено в дальнейшем.

В качестве контрольных групп были выбраны больные, которые лечились данными препаратами в виде монотерапии, описанными в ранее опубликованных статьях (Тимофеев А.А. и соавт., 2013). В контрольных группах находились 110 обследуемых (**контрольные группы наблюдения**) с различными заболеваниями челюстно-лицевой области: I группа – 30 больных после челюстно-лицевых оперативных вмешательств по поводу удаления опухолей челюстей; II группа – 27 больных, у которых проведено оперативное вмешательство – паротидэктомия и экстирпация поднижнечелюстных желез; III группа – 27 больных с открытыми переломами нижней челюсти; IV – 26 больных с одонтогенными воспалительными инфильтратами окологлазничных мягких тканей.

У всех обследуемых в основных и контрольных группах наблюдения отсутствовали сопутствующие заболевания, которые утяжеляют тяжесть течения основного, по поводу которого проводили лечение.

Проводилось клиническое обследование всех больных, которое включало: выяснение жалоб, осмотр (определялись степень выраженности асимметрии лица, выраженность отека, гиперемии и инфильтрации слизистой оболочки и/или кожных покровов в области патологического очага), пальпацию. Кроме ранее указанных методов обследования также проводили контактную и общую термометрию (измеряли температуру тела). Обязательно делали общий анализ крови (определяли количество эритроцитов, лейкоцитарную формулу, уровень гемоглобина, СОЭ), определяли биохимические показатели крови (общий белок, глюкоза, билирубин, мочевины, электролитный состав), общий анализ мочи.

Для объективной оценки анальгетического эффекта проводилась тензоалгометрия и показатели реакции нервных окончаний в зоне патологического очага регистрировались на аппаратно-программном комплексе для электропунктурной диагностики «ДИН-1». Для оценки интенсивности боли также применили общеизвестную словесную оценку болей – визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) – метод, доступный для любого врача. Визуально-аналоговая шкала представляет собой линейку длиной 10 см, при помощи которой пациенту

предлагается оценить свои болевые ощущения от 0 до 10-ти баллов. Отсутствие боли соответствует 0 баллов. Невыносимая боль – 10 баллов. Оценка болевых ощущений: очень сильные боли (10 и 9 баллов), сильные (8, 7, 6 баллов), средние (5, 4, 3 балла), слабые (2, 1 балл), отсутствие болей (0 баллов).

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

**Результаты обследования и их обсуждение**

Среди 24 больных с опухолями челюстей (I группа наблюдения) у 14 обследуемых были проведены операции по поводу удаления остеобластом и у 10-ти – по поводу удаления амелобластом челюстей. В I группе использовали метод ступенчатой терапии, т. е. в течение 3-х дней применяли Диклоберл № 75 (внутримышечно), а в последующие 4–6 дней – Диклоберл ретард (пероральное применение).

У больных I группы наблюдения в первые трое суток после операции применяли Акупан путем внутривенного введения по 20 мг четыре раза в сутки (через шесть часов). На четвертые-шестые сутки после операции препарат вводили внутримышечно (на 4-е сутки – по 20 мг четыре раза в день, на 5-е сутки – по 20 мг три раза в день, на 6-е сутки – по 20 мг два раза в день).

Околочелюстные мягкие ткани в области послеоперационной раны на следующий день после удаления опухоли были отечными (рис. 1) в I (основной) группе наблюдения у всех 24 обследуемых (100 %): выраженный отек был у 17 чел. (70,8 %); умеренный – у 7 чел. (29,2 %). Через пять дней после начала лечения околочелюстной отек мягких тканей в I группе наблюдения отсутствовал у 24 чел. (100 %). В контрольной группе на следующий день после операции выраженный отек был в 66,7 %, а умеренный – в 33,3 % случаев. На 5-е сутки после операции в контрольной группе умеренный отек был в 3,3 % и отсутствовал в 96,7 % случаев.

Слизистая оболочка в области послеоперационной раны на следующий день после удаления опухоли у больных I (основной) группы наблюдения была инфильтри-

рована (рис. 2) у всех 24 обследуемых: выраженная инфильтрация была у 11 чел. (45,8 %); умеренная – у 13 чел. (54,2 %). Через пять дней после начала лечения инфильтрация слизистой оболочки в области послеоперационной отсутствовала у всех больных I (основной) группы наблюдения. В контрольной I группе наблюдения отмечена послеоперационная инфильтрация слизистой оболочки в области послеоперационной раны у всех больных: выраженная инфильтрация была в 63,3 %; умеренная – в 36,7 % случаев. В контрольной первой группе наблюдения через пять дней умеренная инфильтрация была у 10,0 % и отсутствовала у 90,0 % обследуемых.

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка челюсти на стороне операции и противоположной стороне в I (основной) и в контрольной группах наблюдения представлены в таблице 3. На следующий день после операции удаления опухоли термоасимметрия в основной и контрольной группах наблюдения составила соответственно  $1,4 \pm 0,2^\circ\text{C}$  и  $2,0 \pm 0,4^\circ\text{C}$ . На 2-й день после операции в I (основной) группе термоасимметрия достоверно снизилась по сравнению с контрольной группой и составила  $1,0 \pm 0,2^\circ\text{C}$ , в контрольной группе была равна  $1,5 \pm 0,2^\circ\text{C}$ . На 3-й день после операции в I (основной) группе наблюдения термоасимметрия снизилась по сравнению с контрольной группой и составила  $0,5 \pm 0,1^\circ\text{C}$  (показатель соответствует норме), в контрольной группе –  $0,9 \pm 0,2^\circ\text{C}$  (показатель достоверно выше нормы). На 5-й день с начала лечения в I (основной) группе термоасимметрия составила  $0,4 \pm 0,1^\circ\text{C}$ , в контрольной группе –  $0,5 \pm 0,1^\circ\text{C}$  (показатели соответствуют норме).

Общая температурная реакция у пациентов в I (основной) группе наблюдения на следующий день после начала лечения препаратами «Диклоберл» и «Акупан» была следующей: от  $37,0$  до  $37,5^\circ\text{C}$  – у 10 чел. (41,7 %) и от  $36,6$  до  $36,9^\circ\text{C}$  – у 14 чел. (58,3 %). На третий день общая температурная реакция следующая: от  $37,0$  до  $37,5^\circ\text{C}$  – у 6 чел. (25,0 %) и от  $36,6$  до  $36,9^\circ\text{C}$  – у 18 чел. (75,0 %). На 5-й день общая температурная реакция нормализовалась у всех обследуемых больных.

Общая температурная реакция у пациентов в I (контрольной) группе наблюдения на следующий день после начала лечения препаратом «Диклоберл» была

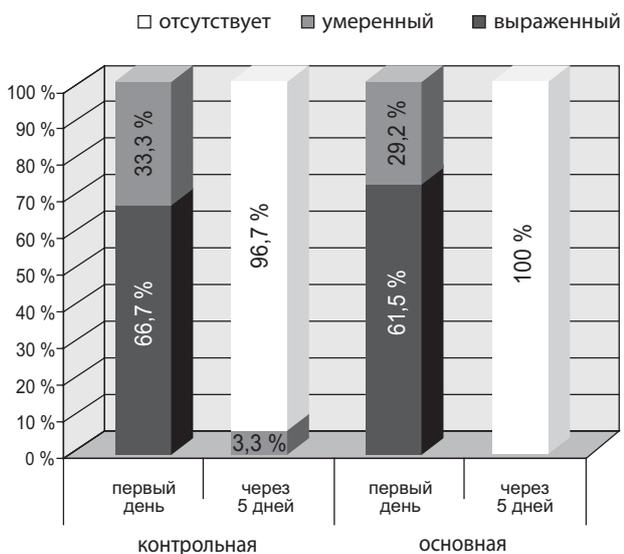


Рис. 1. Изменение выраженности послеоперационного отека околочелюстных мягких тканей в области патологического очага у больных первых групп наблюдения.

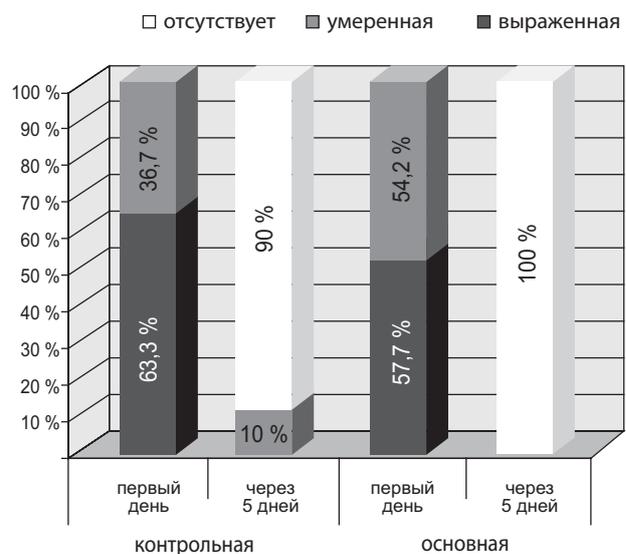


Рис. 2. Изменение выраженности послеоперационной инфильтрации слизистой оболочки в области патологического очага у больных первых групп наблюдения.

Таблица 3

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка у больных после удаления опухолей

Группа наблюдения	Кол-во лиц	День обследования	Δ T – термоасимметрия, °C	
			M±m	p
I (основная) группа	24	1-й день	1,4±0,2	< 0,05
		2-й день	1,0±0,2	< 0,05
		3-й день	0,5±0,1	< 0,05
		5-й день	0,4±0,1	> 0,05
Контрольная группа	30	1-й день	2,0±0,4	
		2-й день	1,5±0,2	
		3-й день	0,9±0,2	
		5-й день	0,5±0,1	
Норма (здоровые люди)			0,4±0,1	

Примечание: p – достоверность различий по сравнению с контрольной группой в соответствующий день обследования.

Таблица 4

Выраженность болевого синдрома при одновременном использовании препаратов «Диклоберл» и «Акупан» в I (основной) группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)							
	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	3/12,5 %	21/87,5 %						
2-й день			10/41,7 %	5/20,8 %	9/37,5 %			
3-й день				5/20,8 %	5/20,8 %	14/58,4 %		
4-й день					1/4,2 %	5/20,8 %	18/75,0 %	
6-й день								24/100 %

следующей: от 37,6 до 37,8°C – у 5 чел. (16,7 %), от 37,0 до 37,5°C – у 23 чел. (76,7 %) и от 36,6 до 36,9°C – у 2 чел. (6,6 %). На третий день общая температурная реакция была следующей: от 37,0 до 37,5°C – у 24 чел. (80,0 %) и от 36,6 до 36,9°C – у 6 чел. (20,0 %). На пятый день общая температурная реакция следующая: от 37,0 до 37,5°C – у 2 чел. (6,6 %) и от 36,6 до 36,9°C – у 28 чел. (93,4 %). На 6-й день общая температурная реакция нормализовалась у всех обследуемых больных.

В основной и контрольной обследуемых группах больных гнойно-воспалительных осложнений не наблюдали.

Послеоперационная боль у больных, которые были прооперированы по поводу удаления опухолей челюстей, складывалась из боли в области послеоперационной раны, головной боли, недомогания, слабости и чувства беспокойства. В результате стойкого рефлекторного спазма мышц в области послеоперационной раны они становятся болезненными. Боль в ране сохраняется практически до тех пор, пока не наступит полное заживление раны.

У больных I (основной и контрольной) групп наблюдения в первые трое суток после операции применяли Акупан путем внутривенного введения по 20 мг четыре раза в сутки (через шесть часов). На четвертые-шестые сутки после операции препарат вводили внутримышечно (на 4-е сутки – по 20 мг четыре раза в день, на 5-е сутки – по 20 мг три раза в день, на 6-е сутки – по 20 мг два раза в день).

Результаты обследования интенсивности болей у больных I группы наблюдения по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в послеоперационный период представлены в таблице 4.

В первый (следующий) день после операции у больных I (основной) группы наблюдения сильные боли (на 7 баллов) выявлены у 12,5 % больных, а на 6 баллов – у 87,5 % обследуемых. На второй день после операции сильных болей не было, а боли средней (5, 4 и 3 балла) степени тяжести – у 100 %. На третий день послеоперационные боли в I (основной) группе больных следующие: средние (на 4 и 3 балла) – у 41,6 % обследуемых, а слабые (на 2 балла) – у 58,4 % больных. На четвертый день боли были следующими: средние (на 3 балла) – у 4,2 %, а слабые (на 2 и 1 балл) – у 95,2 % обследуемых. На шестой день послеоперационные боли в I (основной) группе наблюдения отсутствовали у всех обследуемых.

У больных I (контрольной) группы наблюдения на следующий день после операции сильные боли (на 7 баллов) выявлены у 25,0 % больных, а на 6 баллов – у 75,0 % обследуемых. На второй день после операции сильных болей не выявлено, а средней (5, 4 и 3 балла) степени тяжести были у 100 %. На третий день послеоперационные боли в I (контрольной) группе больных были следующими: средние (на 4 и 3 балла) – у 82,1 % обследуемых, а слабые (на 2 балла) – у 17,9 % больных. На четвертый день: средние (на 3 балла) – у 50,0 %, а слабые (на 2 и 1 балл) –

у 50,0 % обследуемых. На шестой день послеоперационные боли в I (контрольной) группе наблюдения: слабые (1 балл) – у 10,7 % и отсутствовали у 89,3 % обследуемых.

Побочные эффекты при лечении указанными препаратами отмечены у 3 больных (12,5 %): тошнота и рвота наблюдались у 2-х обследуемых (8,3 %), потливость и сонливость – у 1 больного (4,2%). Побочные эффекты самостоятельно исчезли после окончания приема препарата. Отмечены хорошая переносимость препаратов «Диклоберл» и «Акупан», отсутствие изменений картины крови и мочи в динамике лечения.

На основании опроса больных и по результатам обследования противовоспалительная и жаропонижающая эффективность Диклоберла и анальгетическая эффективность Акупана при их одновременном использовании значительно превышала таковую по сравнению с монотерапией, которая проводилась при помощи данных препаратов.

Обследованы 25 больных (II группа наблюдения), у которых проведено оперативное вмешательство – паротидэктомия (при доброкачественных опухолях) и экстирпация поднижнечелюстных желез (при доброкачественных опухолях и/или калькулезных субмаксиллитах). Во II группе наблюдения для препарата «Диклоберл» также использовали метод ступенчатой терапии, т. е. в течение 3-х дней применяли Диклоберл № 75 (внутримышечно), а в последующие 4–6 дней – Диклоберл ретард (пероральное применение).

Мягкие ткани в области послеоперационной раны на следующий день после операции были отечными (рис. 5) во II (основной и контрольной) группах наблюдения у всех обследуемых (100 %). Во II (основной) группе умеренный отек был у 23 чел. (92,0 %); выраженный – у 2 чел. (8,0 %). В контрольной второй группе умеренный отек был у 22 чел. (81,5 %); выраженный – у 5 чел. (18,5 %). Через три дня после операции во II (основной) группе наблюдения умеренный послеоперационный отек мягких тканей сохранился у 21-го больного (84,0 %), а отсутствовал у четырех больных (16,0 %). В контрольной группе через три дня после операции умеренный отек был у всех обследуемых (в 100 %). Через пять дней после операции

во II группе (основной) наблюдения послеоперационный отек отсутствовал у всех обследуемых (100 %). В контрольной второй группе наблюдения на 5-е сутки лечения умеренный отек встречался у четырех больных (14,8 %) и отсутствовал у 23 чел. (85,2 %).

Кожно-жировой лоскут в области послеоперационной раны на следующий день после операции был инфильтрирован (рис. 6) как в основной, так и контрольной группах наблюдения у всех обследуемых (100 %). Во II (основной) группе умеренная инфильтрация выявлена у 23 чел. (92,0 %); выраженная – у 2 чел. (8,0 %). В контрольной II группе наблюдения также была отмечена инфильтрация кожных покровов у всех больных: умеренная инфильтрация выявлена у 21 чел. (77,8 %); выраженная – у 6 чел. (22,2 %). Через три дня после оперативного вмешательства во II (основной) группе наблюдения умеренная инфильтрация кожно-жирового лоскута наблюдалась у 21-го больного (84,0 %), а отсутствовала у четырех обследуемых (16,0 %). В контрольной группе умеренная инфильтрация кожно-жирового лоскута наблюдалась у 25 больных (92,6 %), а выраженная – у 2-х обследуемых (7,4 %). Через пять дней после операции и начала лечения инфильтрация кожных покровов в области послеоперационной раны во II группе (основной) наблюдения отсутствовала у 25 чел. (100 %). В контрольной второй группе наблюдения умеренная инфильтрация выявлена у двух больных (7,4 %) и отсутствовала у 23 чел. (92,6 %).

Показатели термоасимметрии кожно-жирового лоскута в области операции и на противоположной стороне (симметричном участке здоровой стороны) во II (основной и контрольной) группах наблюдения представлены в таблице 7. На следующий день после операции термоасимметрия в основной и контрольной группах наблюдения составляла соответственно  $1,5 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$  и  $2,1 \pm 0,5^{\circ}\text{C}$ . На 2-й день после операции во II (основной) группе термоасимметрия снизилась и составила  $1,1 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ , а в контрольной группе была равна  $1,7 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$ . На 3-й день после операции во II (основной) группе термоасимметрия снизилась по сравнению с предыдущим периодом в данной группе и составила  $0,5 \pm 0,1^{\circ}\text{C}$  (соответствует норме), а в контрольной группе снизилась и была равна  $1,0 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$ .

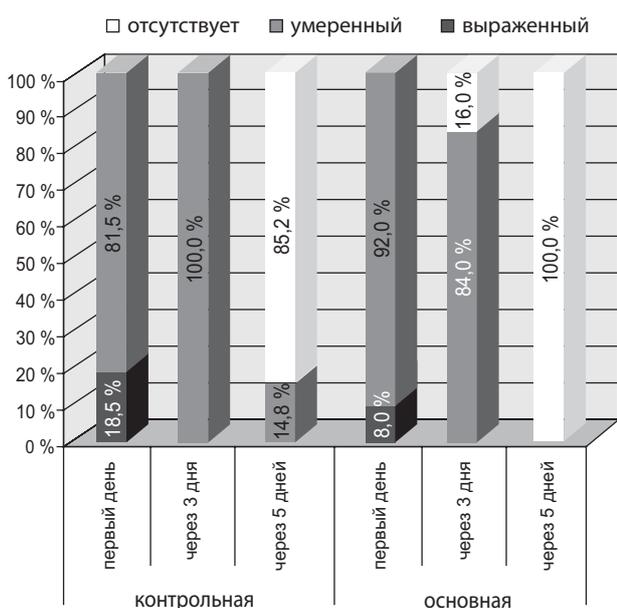


Рис. 5. Изменение выраженности послеоперационного отека мягких тканей в области послеоперационной раны у больных вторых групп наблюдения.

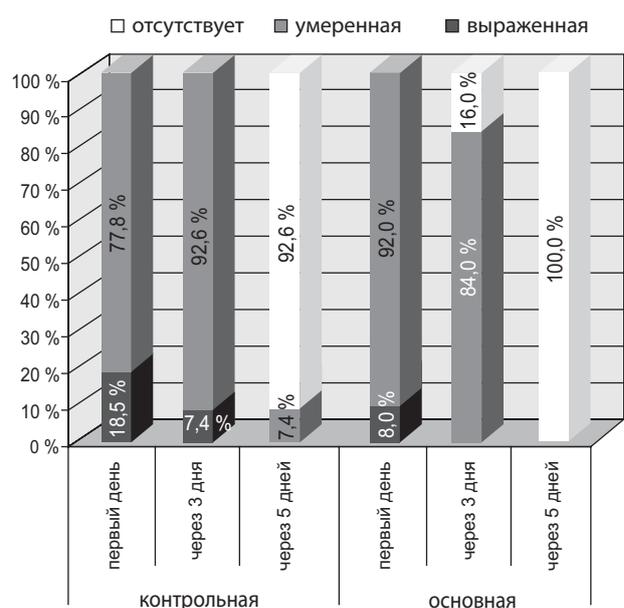


Рис. 6. Изменение выраженности инфильтрации послеоперационного кожно-жирового лоскута у больных вторых групп наблюдения.

Таблица 7

Показатели термоасимметрии кожно-жирового лоскута во II группе наблюдения

Группа наблюдения	Кол-во лиц	День обследования	Δ T – термоасимметрия, °C	
			M±m	p
II (основная) группа	25	1-й день	1,5±0,3	< 0,05
		2-й день	1,1±0,2	< 0,05
		3-й день	0,5±0,1	< 0,05
		5-й день	0,4±0,2	> 0,05
Контрольная группа	24	1-й день	2,1±0,5	
		2-й день	1,7±0,3	
		3-й день	1,0±0,3	
		5-й день	0,6±0,2	
Норма (здоровые люди)			0,4±0,1	

Примечание: p – достоверность различий по сравнению с контрольной группой в соответствующий день обследования.

Таблица 8

Выраженность болевого синдрома при одновременном использовании препаратов «Диклоберл» и «Акупан» в II (основной) группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)							
	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	5/20,0 %	20/80,0 %						
2-й день			5/20,0 %	10/40,0 %	10/40,0 %			
3-й день				2/8,0 %	8/32,0 %	15/60,0 %		
4-й день						5/20,0 %	20/80,0 %	
6-й день								24/100 %

На 5-й день после операции во II (основной) группе термоасимметрия составила 0,4±0,2°C, а в контрольной группе – 0,6±0,2°C (показатели соответствовали норме).

Общая температурная реакция у пациентов во II (основной) группе наблюдения на следующий день после начала лечения была следующей: от 37,0 до 37,5°C – у 22 чел. (88,0 %) и от 36,6 до 36,9°C – у 3 чел. (12,0 %). На третий день общая температурная реакция от 37,0 до 37,5°C – у 10 чел. (40,0 %) и от 36,6 до 36,9°C – у 15 чел. (60,0 %). На пятый день общая температурная реакция нормализовалась у всех обследуемых больных.

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

Во II (основной и контрольной) обследуемых группах больных гнойно-воспалительных осложнений не выявили.

Послеоперационная боль во II группе больных складывалась из боли в области послеоперационной раны, головной боли, недомогания, слабости и чувства беспо-

койства. Поврежденные ткани в результате оперативного вмешательства (удаление околоушной и поднижнечелюстной желез) активирует поток нервных импульсов, поступающих в центральную нервную систему от кожных и мышечных рецепторов (афферентация). В результате стойкого рефлекторного спазма мышц в области послеоперационной раны они становятся резко болезненными. Боль в послеоперационной ране (разной интенсивности) при традиционном лечении сохраняется до тех пор, пока не наступит полное заживление раны.

У больных II (основной и контрольной) групп наблюдения в первые трое суток после операции применяли препарат «Акупан» путем внутривенного введения по 20 мг четыре раза в сутки (через шесть часов). На четвертые-шестые сутки после операции препарат вводили внутримышечно (на 4-е сутки – по 20 мг четыре раза в день, на 5-е сутки – по 20 мг три раза в день, на 6-е сутки – по 20 мг два раза в день).

Результаты обследования интенсивности болей у больных II (основной) группы наблюдения по визуальной-аналоговой шкале (ВАШ) в послеоперационный период представлены в таблице 8.

На следующий день после операции у больных II (основной) группы наблюдения сильные боли (на 7 баллов) выявлены у 20,0 % больных, а на 6 баллов – у 80,0 % обследуемых. На второй день после операции сильных болей не было, а боли средней (на 5, 4 и 3 балла) степени

тяжести – у 100 %. На третий день послеоперационные боли во II (основной) группе обследуемых были следующими: средней степени тяжести (на 4 и 3 балла) – у 40,0 % обследуемых, а слабые (на 2 балла) – у 60,0 % больных. На четвертый день слабые боли (на 2 и 1 балл) были у 100 % обследуемых. На шестой день послеоперационные боли во II (основной) группе наблюдения отсутствовали у всех обследуемых.

На следующий день после операции у больных II (контрольной) группы наблюдения сильные боли (на 7 баллов) выявлены у 36,0 % больных, а на 6 баллов – у 64,0 % обследуемых. На второй день после операции сильных болей не было, а боли средней (на 5, 4 и 3 балла) степени тяжести – у 100 %. На третий день послеоперационные боли во II группе больных были следующими: средней степени тяжести (на 4 и 3 балла) – у 92,0 % обследуемых, а слабые (на 2 балла) – у 8,0 % больных. На четвертый день послеоперационные боли были следующими: средней степени тяжести (на 3 балла) – у 40,0 %, а слабые (на 2 и 1 балл) – у 60,0 % обследуемых. На шестой день послеоперационные боли во II группе наблюдения были следующими: слабые (1 балл) – у 4,0 % и отсутствовали у 96,0 % обследуемых.

Побочные эффекты при лечении указанными препаратами отмечены у 2-х больных (10,0 %) – тошнота и рвота. Побочные эффекты сами исчезли после окончания приема препарата. Отмечаются хорошая переносимость препаратов «Диклоберл» и «Акупан», отсутствие изменений картины крови и мочи в динамике лечения.

На основании опроса больных и по результатам обследования противовоспалительная и жаропонижающая эффективность Диклоберла и анальгетическая эффективность Акупана при их одновременном использовании значительно превышала таковые по сравнению с монотерапией, которая проводилась данными препаратами.

Обследованы 28 больных III (основной) группы наблюдения с переломами нижней челюсти, которые локализовались в пределах зубного ряда. Все обследуемые больные данной группы были госпитализированы в стационар в течение первых трех дней после получения травмы. В III группе наблюдения применили препараты

«Диклоберл № 75» (внутримышечно) в течение 7–8-и дней и «Акупан» (схема назначения описана далее). Другие антибактериальные препараты обследуемым третьих групп наблюдения (основной и контрольной) не назначали.

Околочелюстные мягкие ткани в области щели перелома нижнечелюстной кости на следующий день после госпитализации были отечными (рис. 9) в III (основной и контрольной) группах наблюдения у всех обследуемых (100 %). В III (основной) группе умеренный отек был у 16 чел. (57,1 %); выраженный – у 12 чел. (42,9 %). В контрольной группе умеренный отек был у 13 чел. (48,2 %); выраженный – у 14 чел. (51,8 %). Через три дня после госпитализации больных с переломами нижней челюсти в III (основной) группе наблюдения умеренный отек околочелюстных мягких тканей был у 24 больных (85,7 %), а отсутствовал у четырех обследуемых (14,3 %). В контрольной группе умеренный отек был у 25 больных (92,6 %), а выраженный – у 2-х обследуемых (7,4 %). Через 7-8 дней после госпитализации отек мягких тканей в III группе (основной) наблюдения отсутствовал у 28-и больных (100 %). В контрольной группе наблюдения умеренный отек обнаружен у 2-х больных (7,4 %) и отсутствовал у 25 чел. (92,6 %).

Инфильтрация слизистой оболочки альвеолярного отростка в области щели перелома на следующий день после госпитализации имела (рис. 10) в III (основной и контрольной) группе наблюдения у всех обследуемых (100 %). В III (основной) группе умеренная инфильтрация выявлена у 26 чел. (92,9 %); выраженная – у 2 чел. (7,1 %). В контрольной III группе умеренная инфильтрация выявлена у 22 чел. (81,5 %); выраженная – у 5 чел. (18,5 %). Через три дня после госпитализации в III (основной) группе наблюдения умеренная инфильтрация слизистой оболочки альвеолярного отростка в щели перелома наблюдалась у 28-и больных (100 %). В контрольной группе умеренная инфильтрация слизистой оболочки альвеолярного отростка наблюдалась у 24 больных (88,9 %), а выраженная – у 3-х обследуемых (11,1 %). Через 7–8 дней после госпитализации, а также после начала лечения инфильтрация слизистой оболочки в области щели перелома в III группе (основной) наблюдения

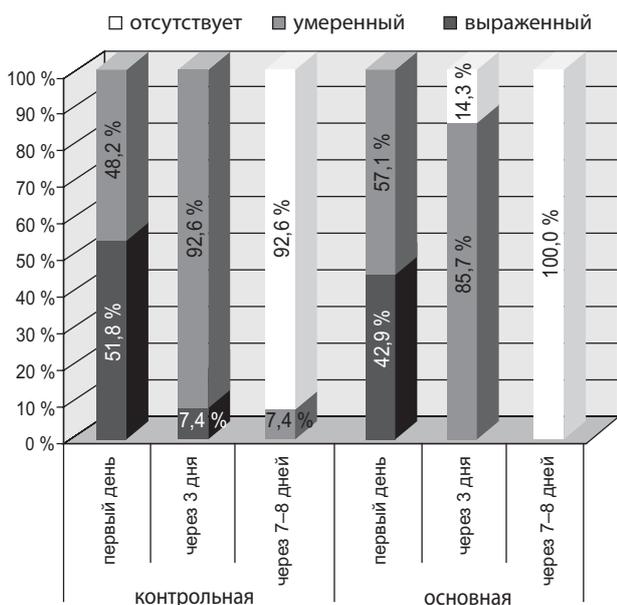


Рис. 9. Изменение выраженности околочелюстного отека мягких тканей в области щели перелома у больных третьих групп наблюдения.

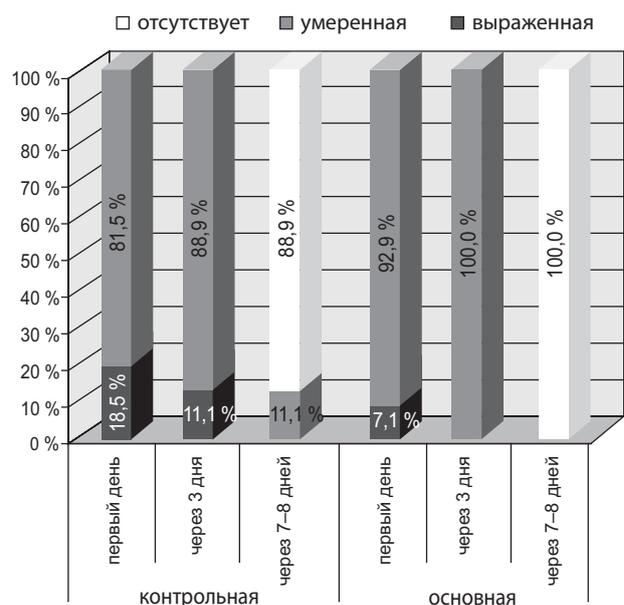
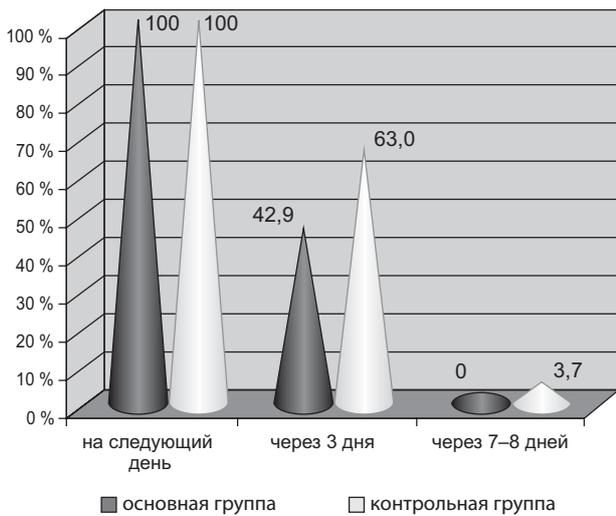


Рис. 10. Изменение выраженности инфильтрации слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти в области щели перелома у больных третьих групп наблюдения.



**Рис. 11. Наличие гиперемии слизистой оболочки альвеолярного отростка в области щели перелома у больных третьих групп наблюдения.**

отсутствовала у 28 чел. (100 %). В контрольной третьей группе наблюдения умеренная инфильтрация обнаружена у трех больных (11,1 %) и отсутствовала у 24 чел. (88,9 %).

Гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка в области щели перелома на следующий день после госпитализации больных III (основной и контрольной) групп наблюдения встречалась (рис. 11) у всех обследуемых (100 %). Через три дня после госпитализации в III (основной) группе гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка в области щели перелома наблюдалась у 12 больных (42,9%), а отсутствовала у 16-ти обследуемых (57,1 %). В контрольной группе гиперемия слизистой оболочки обнаружена у 17 больных (63,0 %), а отсутствовала у 10-ти обследуемых (37,0 %). Через 7-8 дней после госпитализации гиперемия слизистой оболочки в области щели перелома в III группе (основной) наблюдения отсутствовала у всех 28 больных (100 %), а в контрольной группе наблюдения имелась у одного больного (3,7 %) и отсутствовала у 26-ти больных (96,3 %).

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка в области щели перелома и на противоположной стороне (симметричном участке) в III (основной) и контрольной группах наблюдения представлены в таблице 12. На следующий день после госпитализации термоасимметрия в основной и контрольной группах наблюдения составляла соответственно  $2,5 \pm 0,8$  и  $2,4 \pm 0,7^\circ\text{C}$  ( $p < 0,001$ , т. е. показатели были достоверно выше нормы). На 3-й день после операции в III (основной) группе наблюдения термоасимметрия снизилась по сравнению с предыдущим периодом обследования в данной группе и составила  $1,5 \pm 0,7^\circ\text{C}$ , что также отмечено и в контрольной группе –  $1,9 \pm 0,6^\circ\text{C}$ . На 5-й день после госпитализации в III (основной) группе наблюдения термоасимметрия снизилась по сравнению с предыдущим периодом в данной группе и составила  $0,6 \pm 0,4^\circ\text{C}$ , а в контрольной группе тоже снизилась и была равна  $1,2 \pm 0,4^\circ\text{C}$ . На 8-9-е сутки после госпитализации в III (основной) группе термоасимметрия нормализовалась и составила  $0,5 \pm 0,3^\circ\text{C}$ , а в контрольной группе была достоверно повышенной и составляла  $0,7 \pm 0,3^\circ\text{C}$ .

Общая температурная реакция у больных в III (основной) группе наблюдения (с переломами нижней челюсти) на следующий день после начала лечения была следующей: от  $37,0$  до  $37,5^\circ\text{C}$  – у 20 чел. (71,4%) и от  $36,6$  до  $36,9^\circ\text{C}$  – у 8 чел. (28,6 %). На третий день лечения общая температурная реакция была следующей: от  $37,0$  до  $37,5^\circ\text{C}$  – у 12 чел. (42,9 %) и от  $36,6$  до  $36,9^\circ\text{C}$  – у 16 чел. (57,1 %). На 5 и 8-9-й день общая температурная реакция нормализовалась у всех обследуемых основной группы наблюдения.

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

В основной и контрольной обследуемых группах гнойно-воспалительных осложнений у больных не наблюдали.

Таблица 12

**Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка у больных с переломами нижней челюсти**

Группа наблюдения	Кол-во лиц	День обследования	$\Delta T$ – термоасимметрия, в $^\circ\text{C}$	
			$M \pm m$	p
Основная группа наблюдения	28	1-й день	$2,5 \pm 0,8$	$> 0,05$
		3-й день	$1,5 \pm 0,7$	$> 0,05$
		5-й день	$0,6 \pm 0,3$	$> 0,05$
		8-9-й день	$0,5 \pm 0,4$	$> 0,05$
Контрольная группа наблюдения	27	1-й день	$2,4 \pm 0,7$	
		3-й день	$1,9 \pm 0,6$	
		5-й день	$1,2 \pm 0,4$	
		8-9-й день	$0,7 \pm 0,3$	
Норма (у здоровых людей)			$0,4 \pm 0,1$	

Примечание: p – достоверность различий по сравнению с контрольной группой в соответствующий день обследования.

Обследованы 28 больных с переломами нижней челюсти (III, основная, группа наблюдения). Контролем служили 26 больных с таким же диагнозом (III, контрольная, группа). Боль в этой группе больных складывалась из болей в области щели перелома нижнечелюстной кости и окружающих место перелома мягких тканей (при удалении зуба – боль в лунке), головной боли, недомогания, слабости и чувства беспокойства. Поврежденные ткани в результате перелома нижнечелюстной кости активируют поток нервных импульсов, поступающих в центральную нервную систему от рецепторов, находящихся в кости. В результате стойкого рефлекторного спазма мышц в области щели перелома они становятся резко болезненными.

Больным III группы (основной и контрольной) наблюдения препарат «Акупан» вводили внутримышечно (в первые четыре дня – по 20 мг четыре раза в день, на 5–6-е сутки – по 20 мг три раза в день, на 7–10-е сутки – по 20 мг два раза в день).

Результаты обследования интенсивности болей у больных III (основной) группы наблюдения по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в динамике лечения представлены в таблице 13.

На следующий день после репозиции и фиксации отломков нижней челюсти у больных III (основной) группы наблюдения сильные боли (на 7 баллов) выявлены у 50,0 % больных, на 6 баллов – у 50,0 % обследуемых. На третий день сильные боли (на 6 баллов) выявлены у 7,1 %, а боли средней (на 5 и 4 балла) степени тяжести – у 92,9 %. На пятый день лечения в III (основной) группе наблюдения боли у больных были следующими: средней степени тяжести (на 4 и 3 балла) – у 100 % обследуемых. На седьмой день лечения слабые боли (на 2 и 1 балл) – у 100 % обследуемых. На девятый-десятый день лечения в III (основной) группе наблюдения боли были следующими: слабые (1 балл) – у 7,1 % и отсутствовали у 92,9 % обследуемых.

На следующий день после репозиции и фиксации отломков нижней челюсти у больных III (контрольной) группы наблюдения сильные боли (на 7 баллов) выявлены у 61,5 % больных, а на 6 баллов – у 38,5 % обследуемых. На третий день сильные боли (на 6 баллов) выявлены у 19,2 %, а боли средней (на 5 и 4 балла) степени тяжести – у 80,8 % больных. На пятый день лечения в III (контрольной) группе наблюдения боли у больных были следующими: средней степени тяжести (на 4 и 3 балла) – у 100 % обследуемых. На седьмой день лечения боли были следующими: средней степени тяжести (на 3 балла) – у 19,2 %, а слабые (на 2 и 1 балл) – у 80,8 % обследуемых. На девятый-десятый день лечения в III (контрольной) группе наблюдения боли были следующими: слабые (1 балл) – у 30,8 % и отсутствовали у 69,2 % обследуемых.

Побочные эффекты при лечении указанными препаратами отмечены у трех больных (10,7 %): тошнота наблюдалась у 2-х обследуемых (7,1%), тахикардия и повышение артериального давления – у одного пострадавшего (3,6 %). Побочные эффекты сами исчезли после окончания приема препарата. Отмечаются хорошая переносимость препаратов «Диклоберл» и «Акупан», отсутствие изменений картины крови и мочи в динамике лечения.

На основании опроса больных и по результатам обследования противовоспалительная и жаропонижающая эффективность Диклоберла и анальгетическая эффективность Акупана при их одновременном использовании значительно превышала таковую по сравнению с монотерапией, которая проводилась при помощи данных препаратов.

Обследованы 26 больных основной группы и 26 больных контрольной группы с одонтогенными воспалительными инфильтратами околочелюстных мягких тканей (IV группа наблюдения). Причинные зубы у всех больных были удалены при госпитализации в стационар. Курс медикаментозного лечения в IV (основной) группе наблюдения препаратом «Диклоберл ретард» (пероральное применение) составлял 5–6 дней, и в течение пяти дней применяли внутримышечно препарат «Акупан» (на 1-е сутки – по 20 мг три раза в день, на 2 и 5-е сутки – по 20 мг два раза в день). Другие антибактериальные препараты обследуемым этих групп наблюдения (основной и контрольной) не назначали.

На следующий день после госпитализации у всех обследуемых IV (основной и контрольной) групп наблюдения (рис. 14) имелся воспалительный инфильтрат мягких тканей. В основной группе выраженный инфильтрат был у 25 чел. (96,2 %), умеренный – у 1 чел. (3,8 %). В контрольной IV группе наблюдения выраженный инфильтрат был у 24 чел. (92,3%), умеренный – у 2 чел. (7,7 %). Через три дня после госпитализации выраженный воспалительный инфильтрат мягких тканей в IV группе (основной) наблюдения обнаружен у 7 чел. (26,9 %), а умеренный – у 19 чел. (73,1 %). В контрольной IV группе наблюдения выраженный инфильтрат был у 10 чел. (38,5 %), а умеренный – у 16 чел. (61,5 %). Через шесть дней после госпитализации воспалительный инфильтрат мягких тканей в IV группе (основной) наблюдения встречался редко: умеренный – у 2 чел. (7,7 %) и отсутствовал у 24 чел. (92,3 %). В контрольной группе наблюдения умеренный инфильтрат был выявлен у 7 чел. (26,9 %) и отсутствовал у 19 чел. (73,1 %).

Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области удаленного зуба на следующий день после госпитализации была инфицирована (рис. 15) в IV (основной и контрольной) группе наблюдения у всех обследуемых. В основной группе выраженная инфильтрация была у 10 чел.

Таблица 13

**Выраженность болевого синдрома при одновременном использовании препаратов «Диклоберл» и «Акупан» в III (основной) группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)**

День обследования	Баллы (ВАШ)							
	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	14/50,0 %	14/50,0 %						
3-й день		2/7,1 %	12/42,9 %	14/50,0 %				
5-й день				12/42,9 %	16/57,1 %			
7-й день						8/28,6 %	20/71,4 %	
9–10-й день							2/7,1 %	26/92,9 %

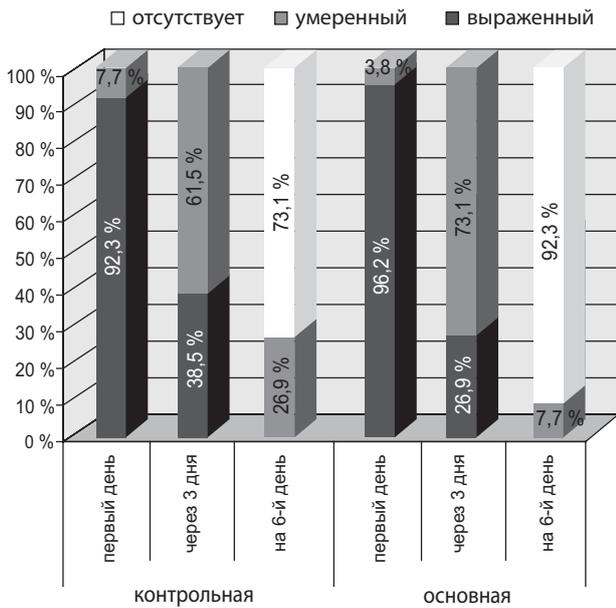


Рис. 14. Изменение выраженности воспалительного инфильтрата околочелюстных мягких тканей у больных четвертых групп наблюдения.

(38,5%), умеренная – 16 чел. (61,5%). В контрольной группе наблюдения выраженная инфильтрация была у 11 чел. (42,3%), умеренная – у 15 чел. (57,7%). Через три дня после госпитализации инфильтрация слизистой оболочки альвеолярного отростка в области удаленного зуба в IV группе (основной) наблюдения была менее выраженной, а именно: умеренная – у 14 чел. (53,9%) и отсутствовала у 12 чел. (46,1%). В контрольной группе наблюдения умеренная инфильтрация была у 21 чел. (80,8%) и отсутствовала у 5 чел. (19,2%). Через шесть дней после госпитализации слизистая оболочка альвеолярного отростка в области удаленного зуба в IV группе (основной и контрольной) была не инфильтрированной у 26-ти больных (100%).

Гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка в области удаленного зуба на следующий день после госпитализации имела у всех обследуемых (рис. 16) как в основной, так и в контрольной группе наблюдения. Через три дня после госпитализации гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка в области удаленного зуба в IV группе (основной) наблюдения имела у 5 чел. (19,2%) и отсутствовала у 21 чел. (80,8%), а в контрольной группе была у 11 чел. (42,3%) и отсутствовала у 15 чел. (57,7%). Через шесть дней после госпитализации гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка в области удаленного зуба в основной группе отсутствовала у всех 26-ти больных (100%), а в контрольной группе имела у одного больного (3,9%) и отсутствовала у 25 чел. (96,1%).

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка челюсти в области удаленного зуба и на противоположной стороне в IV (основной) и в контрольной группах наблюдения представлены в таблице 17. На следующий день после госпитализации термоасимметрия в основной и контрольной группах наблюдения составила соответственно  $2,2 \pm 0,4^\circ\text{C}$  и  $2,1 \pm 0,5^\circ\text{C}$ . На 3-й день после госпитализации в IV (основной) группе термоасимметрия снизилась по сравнению с предыдущим периодом и составила  $0,7 \pm 0,2^\circ\text{C}$ , а в контрольной группе тоже снизилась и была равна  $0,8 \pm 0,2^\circ\text{C}$ . На 6-й день после начала лечения в IV (основной) группе термоасимметрия нормализовалась и составила  $0,4 \pm 0,1^\circ\text{C}$ . В контрольной группе термоасимметрия снизилась и была равна  $0,6 \pm 0,1^\circ\text{C}$ .

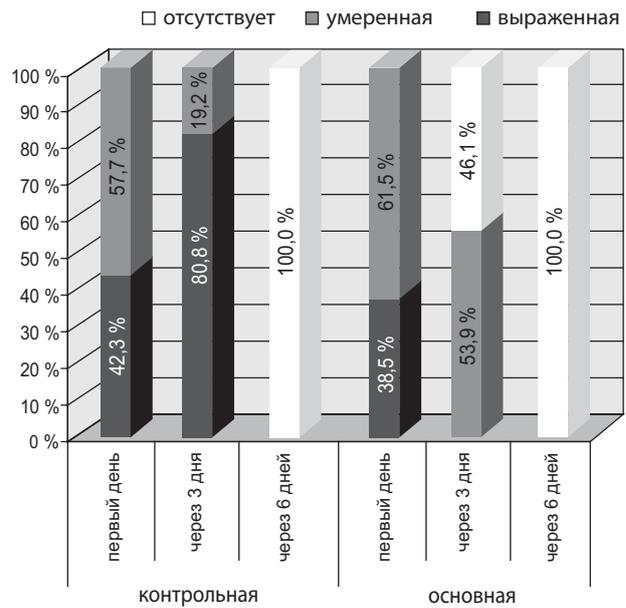


Рис. 15. Изменение выраженности инфильтрации слизистой оболочки альвеолярного отростка в области удаленного зуба у больных четвертых групп наблюдения.

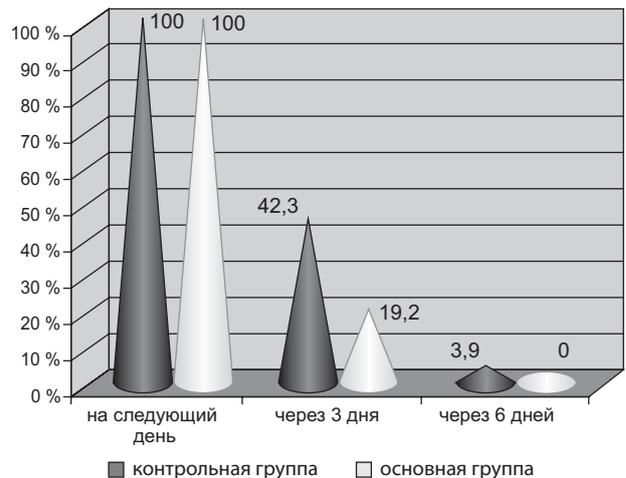


Рис. 16. Наличие гиперемии слизистой оболочки альвеолярного отростка в области удаленного зуба у больных четвертых групп наблюдения.

Общая температурная реакция у пациентов в IV (основной) группе наблюдения на следующий день после начала одновременного лечения препаратами «Диклоберл» и «Акупан» была следующей: от  $37,6$  до  $38,0^\circ\text{C}$  – у 12 чел. (46,2%), от  $37,0$  до  $37,5^\circ\text{C}$  – у 14 чел. (53,8%). На третий день общая температурная реакция была следующей: от  $37,0$  до  $37,5^\circ\text{C}$  – у 8 чел. (30,8%) и от  $36,6$  до  $36,9^\circ\text{C}$  – у 18 чел. (69,2%). На шестой день общая температурная реакция следующей: от  $36,6$  до  $36,9^\circ\text{C}$  была у 26 чел. (100%).

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

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка у больных с одонтогенными воспалительными инфильтратами

Группа наблюдения	Кол-во лиц	День обследования	Δ T – термоасимметрия, °C	
			M±m	p
Основная группа	26	1-й день	2,2±0,4	> 0,05
		3-й день	0,7±0,2	> 0,05
		6-й день	0,4±0,1	> 0,05
Контрольная группа	26	1-й день	2,1±0,5	
		3-й день	0,8±0,2	
		6-й день	0,6±0,1	
Норма (здоровые люди)			0,4±0,1	

Примечание: p – достоверность различий по сравнению с контрольной группой в соответствующий день обследования.

Выраженность болевого синдрома при одновременном использовании препаратов «Диклоберл» и «Акупан» в IV (основной) группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)

День лечения	Баллы (ВАШ)					
	5	4	3	2	1	0
1-й день		12/46,2 %	14/53,8 %			
2-й день			2/7,7 %	14/53,8 %	10/38,5 %	
3-й день				5/19,2 %	11/42,3 %	10/38,5 %
4-й день					5/19,2 %	21/80,2 %
5-й день						26/100 %

У больных основной и контрольной обследуемых групп наблюдения гнойно-воспалительных осложнений не наблюдали.

Результаты обследования интенсивности болей у 26-ти больных с одонтогенными воспалительными инфильтратами по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в динамике лечения представлены в таблице 18.

На следующий день после госпитализации у 26 больных основной группы наблюдения (с одонтогенными воспалительными инфильтратами) боли средней степени (на 5 баллов) не выявлены, а на 4 и 3 балла выявлены у 100 % обследуемых. На второй день лечения боли средней тяжести (на 3 балла) были у 2-х больных (7,7 %), а слабые боли (на 2 и 1 балл) – у 92,3 %. На третий день лечения болей средней тяжести (на 3 балла) не выявлено, слабые боли (на 2 и 1 балл) обнаружены у 16 больных (61,5%), отсутствие болей – у 10-ти обследуемых (38,5 %). На четвертый день лечения слабые боли (на 1 балл) были у 5 больных (19,2 %), а отсутствовала боль у 21-го обследуемого (80,8%). На пятый день лечения в IV (основной) группе наблюдения боли отсутствовали у всех обследуемых (100 %).

На следующий день после госпитализации у больных с одонтогенными воспалительными инфильтратами контрольной группы наблюдения боли средней степени (на 5 баллов) выявлены у 3,8 % больных, а на 4 и 3 балла – у 96,2 % обследуемых. На второй день лечения боли средней тяжести (на 3 балла) были у 34,6 % больных, а слабые боли (на 2 и 1 балл) – у 65,4 %. На третий день лечения боли средней тяжести (на 3 балла) были у 3,8 % больных (одного больного), а слабые боли (на 2 и

1 балл) – у 73,1 %, отсутствие болей – у 23,1 %. На четвертый день лечения слабые боли (на 2 и 1 балл) были у 50,0 % обследуемых, а отсутствие болей – у 50,0 %. На пятый день лечения в IV (контрольной) группе наблюдения боли были следующими: слабые, на 1 балл – у 26,9 % больных и отсутствовала боль у 73,1 % обследуемых.

Побочные эффекты при лечении указанными препаратами отмечены у трех больных (11,5%): тошнота наблюдалась у двух обследуемых (7,7 %), тахикардия и повышение артериального давления у одного пострадавшего (3,8 %). Побочные эффекты самостоятельно исчезли после окончания приема препарата. Отмечаются хорошая переносимость препаратов «Диклоберл» и «Акупан», отсутствие изменений картины крови и мочи в динамике лечения.

На основании опроса больных и по результатам обследования противовоспалительная и жаропонижающая эффективность Диклоберла и анальгетическая эффективность Акупана при их одновременном использовании значительно превышала таковую по сравнению с монотерапией, которая проводилась при помощи данных препаратов.

**Выводы**

В результате обследования больных после удаления опухолей челюстей, паротидэктомии и экстирпации поднижнечелюстных желез, больных с открытыми переломами нижней челюсти, а также больных с одонтогенными воспалительными инфильтратами окологлазничных мягких тканей была установлена высокая противовоспалительная и жаропонижающая эффективность НПВП

препарата «Диклоберл» и высокая анальгетическая активность ненаркотического препарата «Акупан», которые можно использовать у больных с этой патологией с целью профилактики развития гнойных воспалительных осложнений. Комплексное применение по предложенным схемам препаратов «Диклоберл» и «Акупан» можно использовать у данной категории больных (при отсут-

ствии в них сопутствующих заболеваний) без применения антибиотиков.

Полученные положительные результаты позволяют рекомендовать нестероидный противовоспалительный препарат «Диклоберл» и ненаркотический препарат «Акупан» для широкого использования в отделениях челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии / А.А. Тимофеев. – Москва: «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.
2. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия / А.А. Тимофеев. – Киев: «Медицина», 2010. – 576 с.
3. Тимофеев О.О. Щелепно-лицева хірургія / О.О. Тимофеев. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 752 с.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – Киев: «Червона Рута-Турс», 2012. – 1048 с.

### Одночасне використання медикаментозних препаратів для підвищення ефективності лікування щелепно-лицевих хворих

*О.О. Тимофеев, Н.О. Ушко, О.О. Тимофеев, Н. Васадзе, С.В. Максимча, А.І. Кривошеєва*

**Мета:** оцінити протизапальну, жарознижувальну та анальгетичну ефективність одночасного використання НПЗП «Диклоберл» і ненаркотичного анальгетика «Акупан» у хворих зі щелепно-лицевою патологією.

**Методи.** Обстежено 103 хворих з різними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки: 24 хворих після щелепно-лицевих оперативних втручань із приводу видалення пухлин щелеп; 25 хворих, в яких проведена паротидектомія та екстирпація піднижньощелепних залоз; 28 хворих з переломами нижньої щелепи; 26 хворих з одонтогенними запальними інфільтратами білящелепних м'яких тканин.

**Результати.** На підставі обстеження хворих після видалення пухлин щелеп, паротидектомії та екстирпації піднижньощелепних залоз, хворих з відкритими переломами нижньої щелепи, а також хворих з одонтогенними запальними інфільтратами білящелепних м'яких тканин були встановлені висока протизапальна та жарознижувальна ефективність НПЗП «Диклоберл» і висока анальгетична активність ненаркотичного препарату «Акупан».

**Висновки.** Комплексне застосування за запропонованими схемами препаратів «Диклоберл» і «Акупан» можна використовувати у хворих після видалення пухлин щелеп, паротидектомії та екстирпації піднижньощелепних залоз, у хворих з відкритими переломами нижньої щелепи, а також у хворих з одонтогенними запальними інфільтратами білящелепних м'яких тканин (за відсутності в них супутніх захворювань) без застосування антибіотиків. Отримані позитивні результати дозволяють рекомендувати нестероїдний протизапальний препарат «Диклоберл» і ненаркотичний препарат «Акупан» для широкого використання у відділеннях щелепно-лицевої хірургії та хірургічної стоматології.

**Ключові слова:** Диклоберл, Акупан, пухлини щелеп, захворювання слинних залоз, переломи щелеп, запальний інфільтрат, післяопераційний період.

### Joint use of drugs to enhance the effectiveness of the treatment of maxillofacial patients

*O. Tymofieiev, N. Ushko, O. Tymofieiev, N. Vasadze, S. Maksimcha, A. Krivosheeva*

**Purpose:** to evaluate the anti-inflammatory, antipyretic and analgesic efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drug «Dikloberl» and non-narcotic analgesic «Acupan» in patients with maxillofacial pathology.

**Methods.** The study involved 103 patients with various diseases of the maxillofacial area: 24 patients after maxillofacial surgical interventions for removal of jaw tumors, 25 patients after removal parotid and sub-mandibular glands, 28 patients with mandibular fractures; 26 patients with odontogenic inflammatory infiltrates of admaxillary soft tissues.

**Results.** Based on the survey of patients after removal of jaw tumors, extirpations parotid and submandibular glands, of patients with open mandibular fractures, as well as patients with odontogenic inflammatory infiltrates of admaxillary soft tissues, we showed a high anti-inflammatory and antipyretic efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drug «Dikloberl» and high analgesic activity of non-narcotic drug «Acupan».

**Conclusions.** joint use of drugs «Dikloberl» and «Acupan» can be used according to the proposed schemes in patients after removal of jaw tumors, extirpation parotid and submandibular glands, in patients with open mandibular fractures, as well as in patients with odontogenic inflammatory infiltrates of admaxillary soft tissues (in the absence of these comorbidities) without the use of antibiotics. Positive results obtained allow us to recommend a non-steroidal anti-inflammatory drug «Dikloberl» and a non-narcotic drug «Acupan» for widespread use in the department of oral and maxillofacial surgery and surgical dentistry.

**Keywords:** Dikloberl, Acupan, jaw tumors, diseases of the salivary glands, jaw fractures, inflammatory infiltrate, the postoperative period.

*Тимофеев Алексей Александрович – д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки и техники Украины, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.*

*Ушко Наталья Алексеевна – канд. мед. наук, доцент,*

*ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.*

*Тимофеев Александр Алексеевич – канд. мед. наук,*

*доцент кафедры стоматологии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.*

*Натяя Васадзе –*

*аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.*

*Максимча Сергей Васильевич – канд. мед. наук, доцент,*

*ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.*

*Адрес: г. Киев, ул. Подвысоцкого, 4-а, клиническая больница № 12, кафедра челюстно-лицевой хирургии. Тел.: 528-35-17.*

*Кривошеєва Анна Игоревна –*

*ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Киевского медицинского университета УАНМ.*