

А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Тимофеев

Применение ацеклофенака в стационарной и амбулаторной челюстно-лицевой хирургии

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, Киев, Украина

Цель: сравнить эффективность применения ацеклофенака у пациентов после операции, связанной с удалением костных опухолей, и после хирургического этапа дентальной имплантации с традиционным лечением, оценить их эффективность при профилактике ранних воспалительных осложнений.

Методы. Проведено обследование 53-х больных в возрасте от 21 до 59 лет: 27 больных – после удаления костных опухолей челюстей; 26 больных – после хирургического этапа дентальной имплантации.

Результаты. На основании опроса и результатов обследования пациентов после удаления костных опухолей челюстей и хирургического этапа дентальной имплантации было установлено, что анальгетическая, противовоспалительная и жаропонижающая эффективность ацеклофенака значительно превышала таковую по сравнению с традиционной терапией, а также вызывает меньшее количество осложнений, связанных с побочным эффектом.

Выводы. Применение ацеклофенака позволило значительно сократить количество послеоперационных и послеимплантационных гнойно-воспалительных осложнений и уменьшить сроки лечения пациентов. Установлено, что препарат «Зеродол» является эффективным обезболивающим, противовоспалительным и жаропонижающим медикаментозным средством, и его можно рекомендовать для лечения больных после удаления опухолей челюстей и хирургического этапа дентальной имплантации.

Ключевые слова: боль, воспаление, амелобластомы, остеобластомы, костные опухоли, дентальная имплантация, осложнения, ацеклофенак, зеродол.

Введение

Противовоспалительные лекарственные средства (антибиотики, сульфаниламиды, нестероидные противовоспалительные препараты и др.), применяемые в амбулаторной и стационарной челюстно-лицевой хирургии, используются с профилактической и лечебной целью. Профилактическая цель медикаментозного использования данных препаратов предусматривает терапию, направленную на профилактику развития гнойно-воспалительных осложнений в тканях челюстно-лицевой области и шеи после оперативного вмешательства, хирургического введения дентальных имплантатов и т. д. 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.

Нас интересует эффективность использования НПВП в послеоперационный период у больных с амбулаторной и стационарной челюстно-лицевой патологией для профилактики развития воспалительных осложнений. Известно, что механизм действия НПВП связан с подавлением активности (ингибированием) фермента циклооксигеназы (ЦОГ), которая снижает синтез простагландинов, играющих главную роль в патогенезе развития воспалительного процесса. Простагландины являются наиболее массовым медиатором воспаления и ответственны за появление боли и отеков в воспалительном очаге.

В последнее десятилетие в практической деятельности врачей появилось много новых, современных НПВП, эффективность которых при лечении больных с челюстно-лицевой патологией недостаточно изучена и освещена в медицинской литературе.

После удаления опухолей челюстных костей и при дентальной имплантации наиболее часто могут развиваться ранние воспалительные осложнения. Ведущими факторами в развитии ранних воспалительных осложне-

ний считаются экзогенное внедрение микроорганизмов, обострение эндогенных воспалительных очагов, травматичность операции и др. К ранним воспалительным осложнениям в послеоперационный период следует отнести: болевой синдром, послеинъекционные и/или послеоперационные гематомы и кровоизлияния, расхождение швов, воспалительные процессы в околочелюстных мягких тканях (воспалительный инфильтрат). Способствуют развитию ранних воспалительных осложнений и трудности (технические сложности) во время операции.

Болевой синдром нередко осложняет течение послеоперационного периода. При этом повышается функциональная нагрузка почти на все жизненно важные системы организма, что обуславливает снижение двигательной активности и способствует возникновению депрессивных состояний, ухудшает самочувствие пациентов и др. Поэтому проблема возникновения болевого синдрома у пациентов в послеоперационный период является актуальной. Особенностью оперативного вмешательства в челюстно-лицевой области является наличие выраженного болевого синдрома в послеоперационный период. Боль является ответной реакцией организма на оперативное вмешательство за счет неизбежно наносимой травмы во время операции.

Известно, что после удаления костных опухолей и установки дентальных имплантатов появляется не только болевой синдром, одновременно при этом наблюдается реакция организма, которая связана с развитием местной воспалительной реакции в области оперативного вмешательства (выражающаяся в наличии послеоперационного отека и асимметрии лица, кровоизлияния, гематом, ограничении открывания рта, подъеме температуры тела до субфебрильных величин и др.).

Если используемый в послеоперационный период медикаментозный препарат имеет не только обезболивающее действие, но и другие лечебные свойства (например,

противовоспалительное и жаропонижающее), то это, с одной стороны, уменьшает количество используемых после операции медикаментозных препаратов, а с другой – способствует разностороннему воздействию одного лекарственного средства на организм пациента. Поэтому наше внимание привлек нестероидный противовоспалительный препарат из группы ацеклофенаков.

Ацеклофенак был разработан в 1991 году в Испании. Зарегистрирован в 80-ти странах мира (Франция, Италия, Германия, Бельгия, Испания, Португалия, Голландия и др.). Мы назначали ацеклофенак в виде препарата «Зеродол». **Зеродол** – это медикаментозный препарат, содержащий 100 мг ацеклофенака (*aceclofenacum*). Этот препарат разрешен к применению в Украине (регистрационное свидетельство № UA/10618/01/01 от 6.05.2010). Аналогами зеродола являются следующие медикаментозные препараты: **диклофол**, **аэртал**, **алмиралл**. Механизм действия ацеклофенака обусловлен угнетением синтеза простагландинов. Ацеклофенак является ингибитором ферментов ЦОГ-1 и ЦОГ-2, принимающих участие в синтезе простагландинов. Выявлено его стимулирующее влияние на синтез хрящевой ткани, что может быть связано со способностью препарата угнетать активность интерлейкина. Ацеклофенак быстро всасывается в организме (начинает действовать уже через 20 минут) – пиковая концентрация препарата в крови достигается уже через 1–3 часа после его приема. Период полувыведения составляет четыре часа. Элиминация препарата осуществляется преимущественно (до 66 %) с мочой. Отсутствует негативное влияние на печень и сердечно-сосудистую систему. Жаропонижающее действие ацеклофенака начинается через 60 минут после перорального приема и сохраняется в течение 6 часов. Лечебная доза ацеклофенака (в виде препарата «Зеродол») составляет 200 мг в сутки (по одной таблетке два раза в день). Согласно инструкции по применению, ацеклофенак обладает анальгетической, противовоспалительной и жаропонижающей активностью. Ацеклофенак не рекомендуется применять детям в возрасте до 14-ти лет, женщинам в период беременности и кормления грудью.

Ацеклофенак противопоказан следующим категориям больных: с желудочно-кишечным кровотечением или перфорацией язвы в анамнезе, связанными с предшествующей терапией НПВП; с активным кровотечением или нарушением свертываемости крови; с тяжелой почечной недостаточностью; повышенной чувствительностью к ацеклофенаку или к любому вспомогательному компоненту этого препарата, а также к ацетилсалициловой кислоте или НПВП.

Цель исследования – сравнить эффективность применения ацеклофенака у пациентов после операции, связанной с удалением костных опухолей и после хирургического этапа дентальной имплантации с традиционным лечением, оценить их эффективность при профилактике ранних воспалительных осложнений.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 53 больных в возрасте от 21 до 59-и лет. Из них было 27 больных после удаления костных опухолей челюстей и 26 пациентов после хирургического этапа дентальной имплантации. Этим больным назначали следующее медикаментозное лечение: ацеклофенак 2 раза в сутки по 100 мг на один прием на протяжении 5-6 дней.

Контролем служили 56 больных с такими же заболеваниями (26 чел. после удаления костных опухолей и 30 чел. после установки дентальных имплантатов) и такого же возраста, которых лечили традиционными методами (с помощью индометацина и анальгина по традиционной схеме в течение 6-ти дней).

Всех обследуемых разделили на две группы наблюдения: **1-я группа (основная)** – это больные, у которых в послеоперационный период применяли ацеклофенак (в виде препарата «Зеродол») и **2-я группа (контрольная)** – 56 больных, которым назначали традиционное лечение (с помощью индометацина и анальгина).

У всех больных применили клинические методы обследования, которые включали: осмотр (определяли степень выраженности асимметрии лица, отек, гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки в области патологического очага), пальпацию. Кроме ранее указанных обследований больным также проводили контактную термометрию.

Для оценки интенсивности боли применили общеизвестную словесную оценку боли – 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 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 боли (0 баллов).

Клинические симптомы и полученные цифровые данные лабораторных обследований были обработаны вариационно-статистическим методом с использованием персонального компьютера. Достоверность результатов обследования вычисляли по критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты обследования и их обсуждение

Среди 27-и обследуемых 1-й (основной) группы наблюдения были пациенты после удаления амелобластом и остеобластом челюстей, которых лечили ацеклофенаком. Эту группу больных сравнивали с контрольной группой обследуемых (26 чел), т. е. с пациентами, у которых проведены аналогичные оперативные вмешательства по поводу удаления опухолей челюстей, но в послеоперационный период им назначали традиционное лечение (индометацином и анальгином).

Околочелюстные мягкие ткани в области послеоперационной раны на следующий день после удаления опухоли челюсти были отечными (рис. 1) в 1-й (основной) группе наблюдения у всех обследуемых (100 %): выраженный отек был у 17 чел. (62,9 %); умеренный – у 10 чел. (37,1 %). Во 2-й (контрольной) группе наблюдения имелись послеоперационный отек мягких тканей у всех больных: выраженный – у 16 чел. (61,5 %) и умеренный – у 10 чел. (38,5 %). Через три дня после лечения отек мягких тканей в 1-й (основной) группе наблюдения встречался реже, а именно: выраженный – у 1 чел. (3,7 %) и умеренный – у 26 чел. (96,3 %). Во 2-й (контрольной) группе наблюдения: выраженный отек был у 8 чел. (30,8 %) и умеренный – у 18 чел. (69,2 %). Через шесть дней после лечения околочелюстной отек мягких тканей в 1-й (основной) группе наблюдения был следующим: умеренный – у 3 чел. (11,1 %) и отсутствовал у 24 чел. (88,9 %). Во 2-й (контрольной) группе наблюдения: умеренный отек был у 7 чел. (26,9 %) и отсутствовал у 19 чел. (73,1 %).

Слизистая оболочка в области послеоперационной раны на следующий день после удаления костной опухоли была инфильтрированной (рис. 2) в 1-й (основной) группе наблюдения у всех обследуемых (100 %): выраженная инфильтрация была у 17 чел. (63,0 %); умеренная – у 10 чел. (37,0 %). Во 2-й (контрольной) группе наблюдения также отмечена послеоперационная инфильтрация слизистой оболочки в области послеоперационной раны у всех больных (100 %): выраженная –

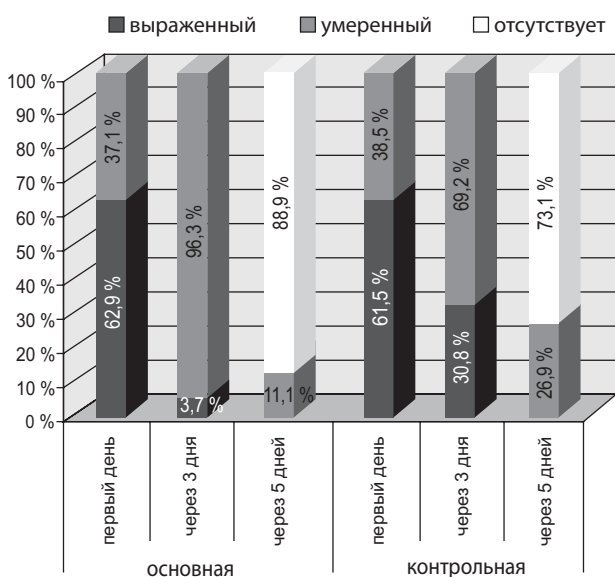


Рис. 1. Динамика изменения выраженности послеоперационного отека мягких тканей после удаления костных опухолей челюсти.

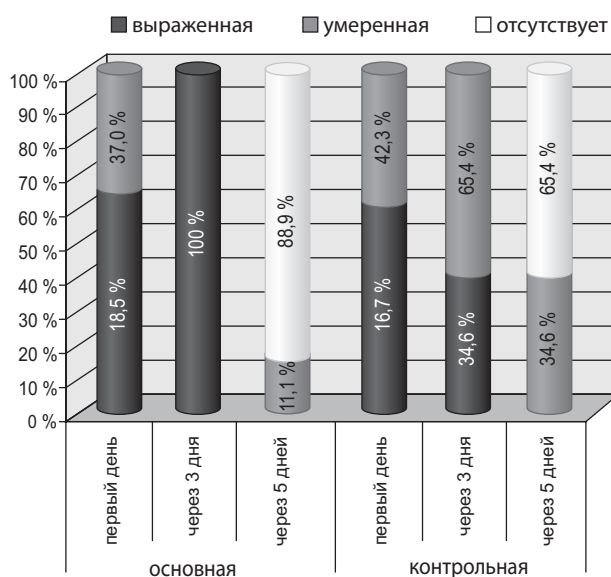


Рис. 2. Динамика изменения инфильтрации слизистой оболочки в области послеоперационной раны после удаления костных опухолей челюсти.

Таблица 3

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка у больных после удаления костных опухолей

Группа наблюдения	Кол-во лиц	День обследования	Δ T – термоасимметрия, °C	
			M±m	p
1-я (основная) группа наблюдения	27	1-й день	2,1±0,4	< 0,001
		2-й день	1,7±0,3	< 0,001
		3-й день	0,8±0,3	< 0,05
		5-й день	0,5±0,1	> 0,05
2-я (контрольная) группа наблюдения	26	1-й день	1,9±0,4	< 0,001
		2-й день	1,9±0,3	< 0,001
		3-й день	1,6±0,3	< 0,001
		5-й день	1,2±0,2	< 0,001
Норма (здоровые люди)	25		0,4±0,1	

Примечание: p – достоверность различий по сравнению с нормой.

у 15 чел. (57,7 %) и умеренная – у 11 чел. (42,3 %). Через три дня после лечения слизистая оболочка в области послеоперационной раны была инфильтрированной в 1-й (основной) группе наблюдения значительно реже, а именно: умеренная – у 27 чел. (100 %). Во 2-й (контрольной) группе наблюдения выраженная инфильтрация встречалась у 9 чел. (34,6 %) и отсутствовала у 17 чел. (65,4 %). Через пять дней после лечения слизистая оболочка в области послеоперационной раны в 1-й (основной) группе наблюдения инфильтрация уменьшилась: умеренная инфильтрация была у 3 чел. (11,1 %) и отсутствовала у 24 чел. (88,9 %). Во 2-й (контрольной) группе: умеренная инфильтрация встречалась у 9 чел. (34,6 %) и отсутствовала у 17 чел. (65,4 %).

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка челюсти на стороне удаления костной опухоли и противоположной стороне в 1-й (основной) и 2-й (контрольной) группах наблюдения представлены в таблице 3. На следующий день после

операции термоасимметрия в основной и контрольной группах наблюдения составила соответственно 2,1±0,4 и 1,9±0,4°С (p < 0,001, т. е. достоверно выше нормы). На 2-й день после операции в 1-й (основной) группе термоасимметрия достоверно снизилась по сравнению с предыдущим периодом обследования и составила 1,7±0,3°С, а во 2-й (контрольной) группе достоверно не изменилась и была равна 1,9±0,3°С. На 3-й день после операции в 1-й (основной) группе термоасимметрия достоверно снизилась по сравнению с предыдущим периодом в данной группе и составила 0,8±0,3°С, во 2-й (контрольной) группе недостоверно снизилась и была равна 1,6±0,3°С. На 5-й день после начала лечения в 1-й (основной) группе термоасимметрия нормализовалась и составила 0,5±0,1°С, а в контрольной группе снизилась, но все еще достоверно отличалась от нормы и была равна 1,2±0,2°С (< 0,001).

Общая температурная реакция у больных после удаления костных опухолей в 1-й (основной) группе наблюдения на следующий день после начала лечения

препаратом «Зеродол» была следующей: от 37,6 до 37,8°C – у 6 чел. (22,2 %), от 37,0 до 37,5°C – у 20 чел. (74,1 %) и от 36,6 до 36,9°C – у 1 чел. (3,7 %). На третий день общая температурная реакция была следующей: от 37,0 до 37,5°C – у 21 чел. (77,8 %) и от 36,6 до 36,9°C – у 6 чел. (22,2 %). На пятый день общая температурная реакция следующей: от 37,0 до 37,5°C – у 1 чел. (3,7 %) и от 36,6 до 36,9°C – у 26 чел. (96,3 %). На 6-й день общая температурная реакция нормализовалась у всех обследуемых больных.

Общая температурная реакция у пациентов во 2-й (контрольной) группе наблюдения на следующий день при лечении индометацином и анальгином была следующей: от 37,6 до 37,7°C – у 7 чел. (26,9 %), от 37,0 до 37,5°C – у 19 чел. (73,1 %). На третий день общая температурная реакция была следующей: от 37,0 до 37,5°C – у 26 чел. (100 %). На пятый день общая температурная реакция следующей: от 37,0 до 37,5°C – у 14 чел. (53,9 %) и от 36,6 до 36,9°C – у 12 чел. (46,1 %). На 6-й день общая температурная реакция была следующей: от 37,0 до 37,5°C – у 10 чел. (38,5 %) и от 36,6 до 36,9°C – у 16 чел. (61,5 %).

Результаты обследования интенсивности болей у больных 1 (основной) и 2-й (контрольной) групп наблюдения по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в послеоперационный период представлены в таблицах 4 и 5.

В первый день после операции у больных 1-й (основной) группы наблюдения сильные боли (7 баллов) выявлены у 22,2% больных, а в 6 баллов – у 77,8% обследуемых. На второй день после операции сильные боли не выявлены, а боли средней (5, 4 и 3 балла) степени тяжести – у 100 %. На третий день послеоперационные боли в 1-й (основной) группе больных были следующими: средние (4 и 3 балла) – у 70,4 % обследуемых, а слабые (2 балла) – у 29,6 % больных. На четвертый день послеоперационные боли были следующими: средние (3 балла) –

у 18,5 %, а слабые (2 и 1 балл) – у 81,5 % обследуемых. На шестой день послеоперационные боли в 1-й (основной) группе наблюдения отсутствовали у 100 % обследуемых.

В первый день после операции у больных 2-й (контрольной) группы наблюдения сильные боли (7 баллов) выявлены у 30,8 % больных, а в 6 баллов – у 69,2 % обследуемых. На второй день после операции сильные боли в 6 баллов были в 26,9%, а боли средней (5 и 4 балла) степени тяжести – у 73,1 %. На третий день послеоперационные боли во 2-й (контрольной) группе больных были следующими: средние (5, 4 и 3 балла) – у 100 % больных. На четвертый день послеоперационные боли были следующими: средние (4 и 3 балла) – у 73,1 %, слабые (2 балла) – у 26,9% обследуемых. На шестой день послеоперационные боли во 2-й (контрольной) группе наблюдения были таковыми: слабые (2 и 1 балл) – у 84,6 % и отсутствовала боль у 15,4 % больных.

Побочные эффекты при лечении ацеклофенаком в виде тошноты отмечены у двух пациентов (7,7 %). Побочные эффекты самостоятельно исчезли после окончания приема препарата. Побочные эффекты при лечении индометацином и анальгином выявлены у 5-ти пациентов (19,2 %): протеинурия выявлена у 2 пациентов (7,7 %) и аллергическая реакция (крапивница) – у 3-х пациентов (11,5 %).

В 1-й (основной) обследуемой группе больных после удаления опухолей челюстей гнойно-воспалительных осложнений не наблюдали, а во 2-й (контрольной) группе наблюдения выявили осложнение в виде нагноения послеоперационной раны у 4-х больных (15,4 %).

Проведен анализ результатов обследования пациентов в 1-й и 2-й группах наблюдения больных после хирургического этапа дентальной имплантации. Околочелюстные мягкие ткани в области послеоперационной раны на следующий день после хирургического этапа дентальной имплантации были отечными (рис. 6).

Таблица 4

Выраженность болевого синдрома после удаления костных опухолей в 1-й (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	6/22,2 %	21/77,8 %						
2-й день			13/48,2 %	7/25,9 %	7/25,9 %			
3-й день				14/51,9 %	5/18,5 %	8/29,6 %		
4-й день					5/18,5 %	7/25,9 %	15/55,6 %	
6-й день								27/100 %

Таблица 5

Выраженность болевого синдрома после удаления костных опухолей во 2-й (контрольной) группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)							
	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	8/30,8 %	18/69,2 %						
2-й день		7/26,9 %	11/42,3 %	8/30,8 %				
3-й день			7/26,9 %	10/38,5 %	9/34,6 %			
4-й день				5/19,2 %	14/53,9 %	7/26,9 %		
6-й день						4/15,4 %	18/69,2 %	4/15,4 %

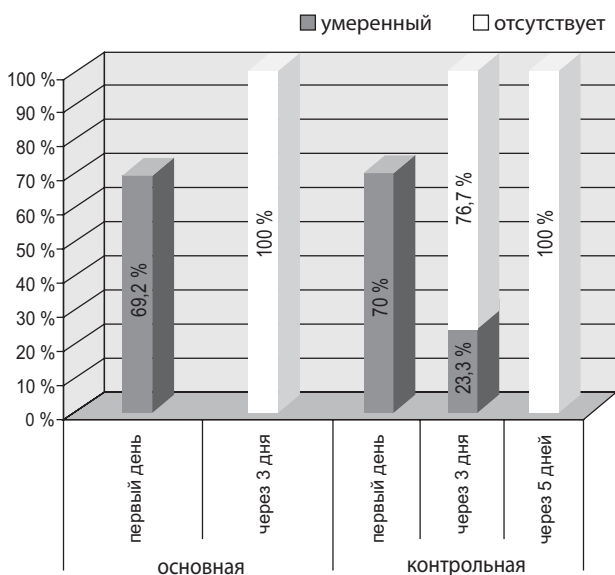


Рис. 6. Изменение выраженности послеоперационного отека околочелюстных мягких тканей в области дентальной имплантации.

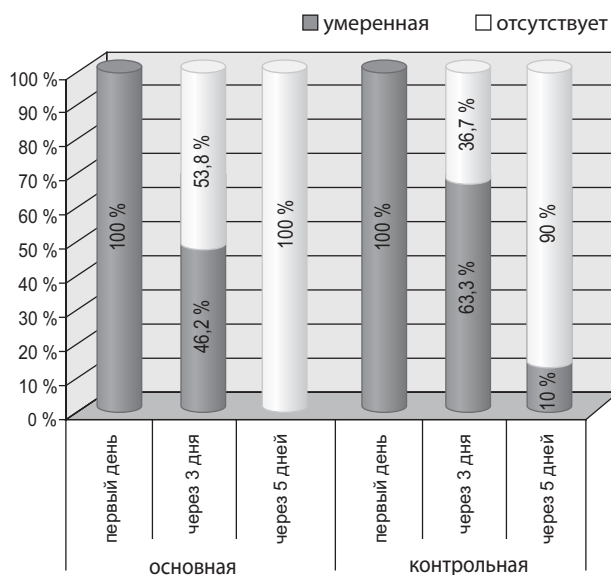


Рис. 7. Изменение выраженности послеоперационной инфильтрации слизистой оболочки в области дентальной имплантации.

Таблица 8

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка после хирургического этапа дентальной имплантации

Группа наблюдения	Кол-во лиц	День обследования	Δ T – термоасимметрия, в °C	
			M±m	p
1-я (основная) группа наблюдения	24	1-й день	1,6±0,2	< 0,001
		2-й день	1,0±0,1	< 0,01
		3-й день	0,5±0,1	> 0,05
		5-й день	0,4±0,1	> 0,05
2-я (контрольная) группа наблюдения	30	1-й день	1,8±0,3	< 0,001
		2-й день	1,7±0,2	< 0,001
		3-й день	1,2±0,2	< 0,01
		5-й день	0,8±0,1	< 0,05
Норма (здоровые люди)			0,4±0,1	

Примечание: p – достоверность различий по сравнению со здоровыми людьми.

В 1-й (основной) группе наблюдения у 18 из 26-ти обследуемых (69,2 %) имелся умеренный отек. Через три дня после лечения околочелюстной отек мягких тканей в 1-й группе наблюдения отсутствовал у всех 26-ти обследуемых (100 %). В контрольной (2-й) группе наблюдения на следующий день после хирургического этапа дентальной имплантации умеренный отек был у 21 из 30-ти обследуемых (70,0 %). На 3-и сутки после операции в контрольной группе умеренный отек сохранился у 7-и пациентов (23,3 %). На 5-е сутки после дентальной имплантации отек отсутствовал у всех 30-ти обследуемых (100 %).

Слизистая оболочка в области послеоперационной раны на следующий день после дентальной имплантации у пациентов 1-й (основной) группы наблюдения была умеренно инфильтрирована (рис. 7) у всех 26-ти обследуемых (100 %). Через три дня после лечения умеренная инфильтрация слизистой оболочки в области послеоперационной раны сохранилась у 12 из 26-ти пациентов

(46,2 %) 1-й группы наблюдения. Через пять дней после лечения инфильтрация слизистой оболочки в области послеоперационной раны отсутствовала у всех пациентов 1-й группы наблюдения. В контрольной группе наблюдения отмечена умеренная инфильтрация слизистой оболочки в области послеоперационной раны у всех 30-ти пациентов (100 %). Через три дня после лечения умеренная инфильтрация слизистой оболочки в области послеоперационной раны в контрольной группе сохранилась у 19 из 30-ти пациентов (63,3 %). Через пять дней умеренная инфильтрация была у трех из 30-ти пациентов (10,0 %).

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка челюсти на стороне операции и противоположной стороне в 1-й (основной) и 2-й (контрольной) группах наблюдения представлены в таблице 8. На следующий день после дентальной имплантации термоасимметрия в основной и контрольной группах наблюдения составила соответственно 1,6±0,2 и 1,8±0,3°С.

На 2-й день после операции в 1-й (основной) группе термоасимметрия достоверно снизилась по сравнению с контрольной группой и составила $1,0 \pm 0,1^{\circ}\text{C}$, в контрольной группе термоасимметрия была равна $1,7 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$. На 3-й день после дентальной имплантации в 1-й (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 – $1,2 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ (показатель достоверно выше нормы). На 5-й день после лечения в основной группе наблюдения 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 1-й (основной) группе наблюдения на следующий день после дентальной имплантации была такой: от $37,0$ до $37,5^{\circ}\text{C}$ – у 12 из 26 чел. (46,1 %) и от $36,6$ до $36,9^{\circ}\text{C}$ – у 14 чел. (53,9 %). На третий день общая температурная реакция следующая: от $37,0$ до $37,5^{\circ}\text{C}$ – у 2 из 26 чел. (7,7 %) и от $36,6$ до $36,9^{\circ}\text{C}$ – у 24 чел. (92,3 %). На 5-й день общая температурная реакция нормализовалась у всех обследуемых пациентов.

Общая температурная реакция у пациентов во 2-й (контрольной) группе наблюдения на следующий день после дентальной имплантации была такой: от $37,6$ до $37,8^{\circ}\text{C}$ – у 6 из 30 чел. (20,0 %), от $37,0$ до $37,5^{\circ}\text{C}$ – у 20 чел. (66,7 %) и от $36,6$ до $36,9^{\circ}\text{C}$ – у 4 чел. (13,3 %). На третий день общая температурная реакция была следующей: от $37,0$ до $37,5^{\circ}\text{C}$ – у 22 из 30 чел. (73,3 %) и от $36,6$ до $36,9^{\circ}\text{C}$ – у 8 чел. (26,6 %). На пятый день общая температурная реакция от $37,0$ до $37,5^{\circ}\text{C}$ была у 7 чел. (23,3 %) и от $36,6$ до $36,9^{\circ}\text{C}$ – у 23 чел. (76,7 %). Только на 7-й день общая температурная реакция нормализовалась у всех обследуемых пациентов.

Послеоперационная боль у пациентов, у которых был проведен хирургический этап дентальной имплантации, складывалась из боли в области послеоперационной костной раны, головной боли, чувства беспокойства. Наблюдалось рефлекторное сокращение мышц в области послеоперационной костной раны, они были болезненными.

У пациентов 1-й (основной) и 2-й (контрольной) групп наблюдения после хирургического этапа дентальной имплантации регистрировали интенсивность болей по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Результаты представлены в таблицах 9 и 10.

На следующий день после имплантации у пациентов 1-й (основной) группы наблюдения (табл. 9) сильные боли (7 и 6 баллов) не выявлены. На следующий день выявлены боли средней (5, 4 и 3 балла) степени тяжести – у 100 %. На второй день после операции боли средней (5, 4 и 3 балла) степени тяжести также наблюдались у 100 % пациентов. На третий день послеоперационные боли в 1-й (основной) группе пациентов были следующими: средние (4 и 3 балла) – у 38,5 % обследуемых, слабые (2 балла) – у 61,5 % пациентов. На четвертый день боли были такими: средние (3 балла) – у 3,9 %, слабые (2 и 1 балл) – у 96,1 % обследуемых. На шестой день послеоперационные боли в 1-й (основной) группе наблюдения отсутствовали у всех обследуемых.

На следующий день после дентальной имплантации у пациентов 2-й (контрольной) группы наблюдения (табл. 10) сильных болей (7 и 6 баллов) не обнаружили, а были выявлены боли средней (5, 4 и 3 балла) степени тяжести у 100 %. На второй и третий день после операции в контрольной группе боли средней (5, 4 и 3 балла) степени тяжести также наблюдались у 100 % пациентов. На четвертый день боли были

Таблица 9

Выраженность болевого синдрома после хирургического этапа дентальной имплантации в 1-й (основной) группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)					
	5	4	3	2	1	0
1-й день	12/46,2 %	8/30,8 %	6/23,0 %			
2-й день	3/11,5 %	10/38,5 %	13/50,0 %			
3-й день		2/7,7 %	8/30,8 %	16/61,5 %		
4-й день			1/3,9 %	6/23,0 %	19/73,1 %	
6-й день						26/100 %

Таблица 10

Выраженность болевого синдрома после хирургического этапа дентальной имплантации во 2-й (контрольной) группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)					
	5	4	3	2	1	0
1-й день	22/73,4 %	4/13,3 %	4/13,3 %			
2-й день	13/43,3 %	11/36,7 %	6/20,0 %			
3-й день	3/10,0 %	6/20,0 %	21/70,0 %			
4-й день			11/36,7 %	6/20,0 %	13/43,3 %	
6-й день				4/13,3 %	6/20,0 %	20/66,7 %

следующими: средние (3 балла) – у 36,7 %, слабые (2 и 1 балл) – у 63,3 % обследуемых. На шестой день послеоперационные боли во 2-й (контрольной) группе наблюдения были такими: слабые (2 и 1 балл) встречались у 33,3 % пациентов, а отсутствовала боль у 66,7 % обследуемых.

Побочные эффекты при лечении ацеклофенаком в виде тошноты отмечены у трех пациентов (11,5 %). Они самостоятельно исчезли после окончания приема препарата. Побочные эффекты при лечении индометацином и анальгином выявлены у 8-и пациентов (26,7 %): протеинурия выявлена у 5-ти пациентов (16,7 %) и аллергическая реакция (крапивница) – у 3-х (10,0 %).

В 1-й (основной) группе наблюдения воспалительных осложнений не наблюдали, а во 2-й (контрольной) группе наблюдения выявили ранние послеимплантационные осложнения у 5 (16,7 %) из 30-ти обследуемых (расхождение швов и воспалительные процессы в околочелюстных мягких тканях).

Выводы

На основании опроса и результатов обследования пациентов после удаления костных опухолей челюстей и хирургического этапа дентальной имплантации было установлено, что аналгетическая, противовоспалительная и жаропонижающая эффективность ацеклофенака значительно превышала таковую по сравнению с традиционной терапией, а также вызывает меньшее количество осложнений, связанных с побочным эффектом. Применение ацеклофенаков (в виде препарата «Зеродол») позволило значительно уменьшить количество послеоперационных и послеимплантационных гнойно-воспалительных осложнений и снизить сроки лечения пациентов.

Установлено, что препарат «Зеродол» является эффективным обезболивающим, противовоспалительным и жаропонижающим медикаментозным средством, и его можно рекомендовать для лечения больных после удаления опухолей челюстей и хирургического этапа дентальной имплантации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – Киев: ООО «Червона Рута-Турс», 2012. – 1048 с.
2. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии / А.А. Тимофеев. – Москва: «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.
3. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия / А.А. Тимофеев. – Киев: Медицина, 2010. – 576 с.
4. Тимофеев А.А. Хирургические методы дентальной имплантации / А.А. Тимофеев. – Киев: ООО «Червона Рута-Турс», 2007. – 128 с.

Використання ацеклофенаку у стаціонарній та амбулаторній щелепно-лицевій хірургії

О.О. Тимофеев, Н.О. Ушко, О.О. Тимофеев

Мета: порівняти ефективність застосування ацеклофенаку в пацієнтів після операції, пов'язаної з видаленням кісткових пухлин і хірургічного етапу дентальної імплантації із традиційним лікуванням, оцінити їх ефективність при профілактиці ранніх запальних ускладнень.

Методи. Проведено обстеження 53-х хворих у віці від 21 до 59 років: 27 хворих – після видалення кісткових пухлин щелеп; 26 хворих – після хірургічного етапу дентальної імплантації.

Результати. На підставі опитування й результатів обстеження пацієнтів після видалення кісткових пухлин щелеп і хірургічного етапу дентальної імплантації було встановлено, що аналгетична, протизапальна та жарознижуюча ефективність ацеклофенаку значно перевищувала таку в порівнянні із традиційною терапією, а також викликає меншу кількість ускладнень, пов'язаних з побічним ефектом.

Висновки. Застосування ацеклофенаку дозволило значно скоротити кількість післяопераційних і післяімплантационних гнойно-запальних ускладнень і зменшити строки лікування пацієнтів. Установлено, що препарат «Зеродол» є ефективним знеболюючим, протизапальним і жарознижуючим медикаментозним засобом, і його можна рекомендувати для лікування хворих після видалення пухлин щелеп і хірургічного етапу дентальної імплантації.

Ключові слова: біль, запалення, амелобластоми, остеобластоми, кісткові пухлини, дентальна імплантація, ускладнення, ацеклофенак, зеродол.

Using of aceclofenac in hospital ambulant maxillofacial surgery

О. Тимофеев, Н. Ушко, О. Тимофеев

Purpose: to compare the efficacy of aceclofenac in patients after surgery, associated with the removal of bone tumors and after the surgical stage of dental implantation with conventional treatment, to assess their effectiveness for prevention of early inflammatory complications.

Methods. 53 patients were examined at the age of 21 to 59 years: 27 patients - after removal of bone tumors of the jaws, 26 patients - after the surgical stage of dental implantation.

Results. Based on the survey and the results of the survey of patients after removal of bone tumors of the jaws and surgical stage of dental implantation we have found that the analgesic, antipyretic and anti-inflammatory efficacy of aceclofenac significantly higher than that compared with conventional therapy, and has fewer complications associated a side effect.

Conclusions. The use of aceclofenacs has significantly reduced the number of postoperative and post-implantation inflammatory complications and time spent treating of patients. Found that the drug «Zerodol» is an effective analgesic, antipyretic and anti-inflammatory drug and can be recommended for the treatment of patients after removal of jaw tumors and after the surgical stage of dental implantation.

Keywords: pain, inflammation, ameloblastoma, osteoblastoma, bone tumors, dental implantation, complications, aceclofenac, zerodol.

Тимофеев Алексей Александрович – д-р мед. наук, профессор, 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, доцент кафедры стоматологии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

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



Лечение боли и воспаления в стоматологии

Быстрый обезболивающий эффект¹

Ацеклофенак 100 мг
Зеродол
Сводит боль к нулю ... Комфортно



Действует быстрее, чем диклофенак*



Подавляет TNF- α в отличие от других НПВС^{2,3,4,5,6,7}

	Диклофенак	Ибупрофен	Зеродол
TNF- α	✗	✗	✓

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ЗЕРОДОЛ 100 мг В ТАБЛЕТКАХ.

Р.с. № UA/10618/01/01 от 06.05.2010

Состав: одна таблетка Зеродолa содержит 100мг ацеклофенака.
Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой.
Фармакотерапевтическая группа: Нестероидные противовоспалительные средства. Код АТС M01AB16.

Показания: Симптоматическая терапия болевого синдрома и воспаления при остеоартрите, ревматоидном артрите и анкилозирующем спондилите, а также при других заболеваниях опорно-двигательного аппарата, сопровождающихся болью (например, плечелопаточный периартрит или внесуставной ревматизм). Как анальгетик при состояниях, сопровождающихся болью (включая боль в поясничном отделе, зубную боль и первичную (функциональную) дисменорею).

Противопоказания. Повышенная чувствительность к ацеклофенаку или другим НПВП; аллергия на ацетилсалициловую кислоту в анамнезе или другие аллергические проявления, связанные с приемом нестероидных противовоспалительных средств; анафилактические реакции или пептические язвы в анамнезе; желудочно-кишечные кровотечения; нарушение работы почек средней или тяжелой степени.

Способ применения и дозы.

Обычная доза ацеклофенака - 100 мг 2 раза в день: 1 таблетка утром и 1 таблетка вечером. Дозировка ацеклофенака должна быть уменьшена у пациентов с нарушениями функции печени: 100 мг 1 раз в день. Таблетки необходимо глотать не разжевывая, запивая достаточным количеством жидкости; применять независимо от приема пищи.

Побочные реакции.

Ацеклофенак хорошо переносится. Наиболее часто возникающими побочными реакциями являются диспепсия, боли в животе, тошнота и диарея, периодически возникающее головокружение, зуд, сыпь, отклонение по содержанию печеночных ферментов и уровня креатинина. Препарат отменяют в случае возникновения серьезных побочных реакций.

Упаковка.

10 таблеток в блистере. 1 или 3 блистера в упаковке.

Категория отпуска.

По рецепту. Сокращенная информация для специалистов здравоохранения. С полной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции для медицинского применения.

Производитель. Илка Лабораториз Лимитед, Плот №255/1, вилладж-Атал, Ю.Т. Дадра и Нагар Хавели, 396 230-Сильвасса, Индия.



A. www.Kup.co.kr/ko..._homeproduct/main01...30.htm
B. Drugs 2002; 62(18): 2637-2651
C. J Clin Pharmacol 2001; 41: 1238-1247
D. Aliment Pharmacol Ther 2003; 17: 489-501
E. Clin Drug Invest 2007; 27(3): 163-195
*Данные в файле

1. Clinical Trials Journal 1988 Vol.25 No. 4 2. Expert Opinion Pharmacother (2004) 5(6): 1347-1357
3. Rheumatol. 2001; 28 (12): 2692-8 4. Inflamm Res. 2001; 50 (8): 391-9
5. Immunology 196 February; 87(2):264-270 6. Biol Neonate. 2001 feb; 79(2):103-8 7. Orthop Res. 2010 Apr;28(4):487-91

