

А.А. Тимофеев, Е.И. Фесенко, Б. Беридзе, Л. Диасамидзе, Г. Раквиашвили

Применение ацеклофенака у пострадавших с переломами нижней челюсти

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

Цель: определить лечебную эффективность ацеклофенака у пострадавших с переломами нижней челюсти, оценить его эффективность для профилактики развития ранних и поздних посттравматических воспалительных осложнений.

Методы. Проведено клиничко-лабораторное обследование 90 больных с переломами нижней челюсти в возрасте от 16 до 48-и лет.

Результаты. На основании результатов проведенного обследования пациентов с переломами нижней челюсти было установлено, что анальгетическая, противовоспалительная и жаропонижающая эффективность ацеклофенака (в виде препарата «Зеродол») значительно превышает таковую по сравнению с традиционной терапией, а также вызывает меньшее количество осложнений, связанных с побочным эффектом.

Выводы. Применение ацеклофенака позволило значительно сократить количество посттравматических 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 с переломами нижней челюсти.

Ключевые слова: боль, воспаление, перелом нижней челюсти, посттравматический остеомиелит, воспалительные осложнения, ацеклофенак, зеродол.

Введение

Нестероидные противовоспалительные препараты, применяемые в челюстно-лицевой хирургии, могут использоваться как с профилактической, так и с лечебной целью. Профилактическая цель медикаментозного применения данных препаратов предусматривает терапию, направленную на профилактику развития гнойно-воспалительных осложнений в тканях челюстно-лицевой области и шеи после оперативного вмешательства 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.

В данном случае нас интересует эффективность использования НПВП у пострадавших с переломом нижней челюсти с целью ликвидации посттравматических воспалительных изменений (отека, боли, инфильтрации) в костной и в окружающих мягких тканях, а также для профилактики развития отдаленных воспалительных осложнений в костной ткани – посттравматического остеомиелита. Механизм действия НПВП связан с подавлением активности (ингибированием) фермента циклооксигеназы (ЦОГ), которая снижает синтез простагландинов, играющих главную роль в патогенезе развития воспалительного процесса. Известно, что простагландины являются наиболее массовым медиаторами воспаления и ответственны за появление боли и отека в воспалительном очаге.

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

После травмы (при переломе нижней челюсти) в кости и окружающих мягких тканях могут развиваться ранние воспалительные осложнения. Ведущими факторами в их развитии считается инфицирование щели перелома нижнечелюстной кости микроорганизмами, находящимися в полости рта, травматичность повреждения и др.

К ранним воспалительным осложнениям у больных с переломами нижней челюсти следует отнести: болевой синдром, посттравматические гематомы и кровоизлияния, воспалительные процессы в щели перелома и околочелюстных мягких тканях (воспалительный инфильтрат).

Болевой синдром нередко осложняет течение посттравматического периода. Боль является ответной реакцией организма на полученную травму. При этом повышается функциональная нагрузка почти на все жизненно важные системы организма, что способствует возникновению депрессивных состояний, ухудшает самочувствие больных и др. Поэтому проблема возникновения болевого синдрома у пострадавших с переломом нижней челюсти является актуальной. Особенностью тканей челюстно-лицевой области является ее обильная иннервация, что влечет за собой наличие выраженного болевого синдрома в посттравматический период.

После травмы нижнечелюстной кости появляется не только болевой синдром, также одновременно наблюдается реакция организма, которая связана с развитием местной воспалительной реакции в области щели перелома, выражающаяся в наличии отека и асимметрии лица, кровоизлияниях, гематомах, подъеме температуры тела до субфебрильных величин и др.

Необходимо учитывать, что если используемый в послеоперационный период медикаментозный препарат имеет не только обезболивающее, но и другие лечебные свойства (например, противовоспалительное и жаропонижающее), то это, с одной стороны, уменьшает количество используемых в посттравматический период медикаментозных препаратов, а с другой – способствует разностороннему воздействию одного лекарственного средства на организм пострадавшего. Поэтому наше внимание привлечено 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.). Ацеклофенак был применен 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: **диклогол**, **аэртал**, **алмиралл**. Механизм действия ацеклофенака обусловлен угнетением синтеза простагландинов. Ацеклофенак является ингибитором ферментов ЦОГ-1 и ЦОГ-2, принимающих участие в синтезе простагландинов. Выявлено стимулирующее влияние его 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 шести часов. Лечебная доза ацеклофенака (в виде препарата «Зеродол») составляет 200 мг в сутки (по одной таблетке два раза в день). Согласно инструкции к применению ацеклофенак обладает анальгетической, противовоспалительной и жаропонижающей активностью. Ацеклофенак не рекомендуется применять детям в возрасте до 14-ти лет и 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 – определить лечебную эффективность ацеклофенака у пострадавших с переломами нижней челюсти, оценить его эффективность при профилактике развития ранних и поздних посттравматических воспалительных осложнений.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 44 больных с переломами нижней челюсти в возрасте от 16 до 48-и лет. Этим больным назначали следующее медикаментозное лечение: ацеклофенак два раза в сутки по 100 мг на один прием на протяжении 7–8-и дней.

Контролем служили 46 больных с такими же переломами нижней челюсти и такого же возраста, которых лечили традиционными методами, т.е. с помощью сульфаниламидных препаратов и анальгина, по традиционной схеме, в течение 8–10 дней (дней).

Таким образом, всех обследуемых пострадавших разделили на две группы наблюдения: **1-я группа (основная)** – это 44 больных, которым в посттравматическом периоде применили ацеклофенак (в виде препарата «Зеродол») и **2-я группа (контрольная)** – 46 больных, которым в посттравматический период назначали традиционное лечение. Всех обследуемых пострадавших с переломами нижней челюсти лечили в условиях челюстно-лицевого стационара. Госпитализация больных проведена в течение 1–2-х дней после получения травмы.

У всех обследуемых применили клинические методы обследования, которые включали: осмотр (определялась степень выраженности отека и воспалительной инфильтрации околочелюстных мягких тканей; отек, гиперемия

и воспалительная инфильтрация слизистой оболочки в области щели перелома) и пальпацию. Кроме ранее указанных методов обследования больных проводили контактную термометрию и общую термометрию (измеряли температуру тела), а также определяли пробу Шиллера-Писарева (для выявления воспалительного процесса в слизистой оболочке альвеолярного отростка) с вычислением йодного числа Свракова. Обязательно делали общий анализ крови (определяли число эритроцитов, лейкоцитарную формулу, гемоглобин, СОЭ); биохимические показатели крови (общий белок, глюкоза, билирубин, мочевины, электролитный состав), общий анализ мочи.

Для оценки интенсивности боли применили общезвестную словесную оценку болей – визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), метод, доступный для любого врача. Визуально-аналоговая шкала представляет собой линейку длиной 10 см, по 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).

Эффективность противовоспалительного, анальгетического и жаропонижающего действия оценивалась по пятибалльной шкале: 5 – «очень хорошая», 4 – «хорошая», 3 – «удовлетворительная», 2 – «незначительная», 1 – «отсутствует».

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

Околочелюстные мягкие ткани в области перелома нижнечелюстной кости на следующий день после получения травмы были отечными (рис. 1) в основной группе наблюдения у всех обследуемых (100 %): умеренный отек был у 24 чел. (54,6 %); выраженный – у 20 чел. (45,4 %). В контрольной группе наблюдения отмечен отек околочелюстных мягких тканей в области перелома также у всех больных: умеренный – у 27 чел. (58,7 %) и выраженный – у 19 чел. (41,3 %). Через три дня после госпитализации, т.е. после начала лечения, больных с переломами нижней челюсти в основной группе наблюдения умеренный отек околочелюстных мягких тканей сохранился у 42 больных (95,5 %), а выраженный – у 2-х обследуемых (4,5 %). В контрольной группе наблюдения: умеренный

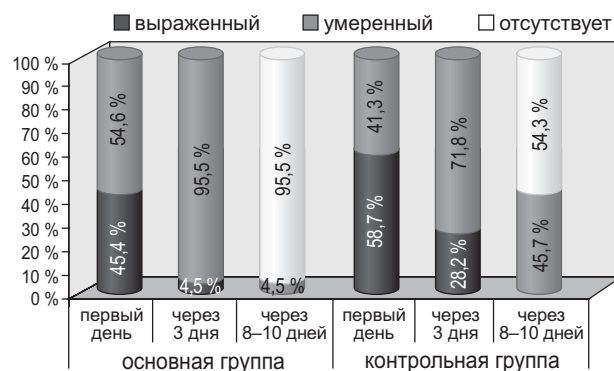


Рис. 1. Динамика изменения выраженности отека околочелюстных мягких тканей.

отек околочелюстных мягких тканей был у 33 больных (71,8 %), а выраженный – у 13-ти обследуемых (28,2 %). Через 8–10 дней после госпитализации, т. е. после начала лечения, умеренный отек мягких тканей в основной группе наблюдения выявлен у 2-х больных (4,5 %) и отсутствовал у 42 чел. (95,5 %). В контрольной группе наблюдения умеренный отек обнаружен у 21 больного (45,7 %) и отсутствовал только у 25-ти обследуемых (54,3 %).

Воспалительная инфильтрация околочелюстных мягких тканей на следующий день после госпитализации имела (рис. 2) в основной группе наблюдения у всех обследуемых (100 %): умеренная инфильтрация была у 22 чел. (50,0 %); выраженная – у 22 чел. (50,0 %). В контрольной группе наблюдения воспалительная инфильтрация околочелюстных мягких тканей в области нижней челюсти отмечена также у всех больных: умеренная – у 26 чел. (56,5 %) и выраженная – у 20 чел. (43,5 %). Через три дня после госпитализации (после начала лечения) больных с переломами нижней челюсти в основной группе наблюдения умеренная инфильтрация околочелюстных мягких тканей сохранялась у 41 больного (93,2 %), а выраженная – у 3-х обследуемых (6,8 %). В контрольной группе наблюдения умеренная инфильтрация околочелюстных мягких тканей была выявлена у 33 больных (71,8 %), а выраженная – у 13 обследуемых (28,2 %). Через 8–10 дней после госпитализации умеренная воспалительная инфильтрация мягких тканей в основной группе наблюдения выявлена у одного больного (2,3 %) и отсутствовала у 43 чел. (97,7 %). В контрольной группе наблюдения умеренная воспалительная инфильтрация околочелюстных мягких тканей обнаружена у 19 больных (41,3 %) и отсутствовала у 27-и обследуемых (58,7 %).

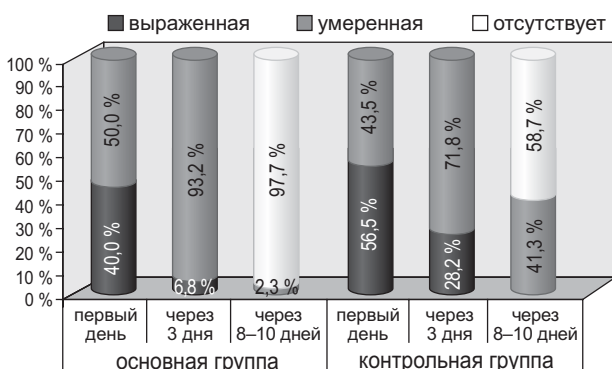


Рис. 2. Динамика изменения выраженности воспалительного инфильтрата околочелюстных мягких тканей.

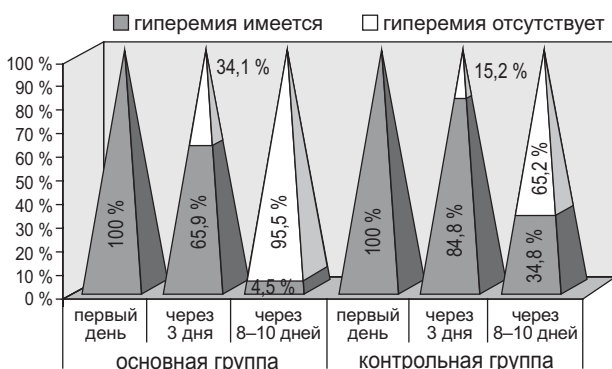


Рис. 4. Динамика выраженности гиперемии слизистой оболочки в области щели перелома.

Воспалительная инфильтрация слизистой оболочки в области щели перелома на следующий день после госпитализации имела (рис. 3) в основной группе наблюдения у всех обследуемых (100 %): умеренная воспалительная инфильтрация выявлена у 37 чел. (84,1 %); выраженная – у 7 чел. (15,9 %). В контрольной третьей группе наблюдения также наблюдалась воспалительная инфильтрация слизистой оболочки в области щели перелома у всех больных: умеренная – у 38 чел. (82,6 %) и выраженная – у 8 чел. (17,4 %). Через три дня после начала лечения в основной группе наблюдения умеренная воспалительная инфильтрация слизистой оболочки альвеолярного отростка в месте щели перелома наблюдалась у 40 больных (90,9 %), а выраженная – у 4-х обследуемых (9,1 %). В контрольной группе умеренная воспалительная инфильтрация слизистой оболочки встречалась у 39 больных (84,8 %), а выраженная – у 7-и обследуемых (15,2 %). Через 8–10 дней после госпитализации, а также после начала лечения умеренная воспалительная инфильтрация слизистой оболочки в области щели перелома в основной группе наблюдения обнаружена у 5-ти больных (11,4 %) и отсутствовала у 39 чел. (88,6 %). В контрольной третьей группе наблюдения умеренная воспалительная инфильтрация выявлена у 14 больных (30,4 %) и отсутствовала у 32-х обследуемых (69,6 %).

Гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка в области щели перелома на следующий день после госпитализации в основной и контрольной группах наблюдения имела (рис. 4) у всех обследуемых (100 %). Через три дня после получения травмы в основной группе наблюдения гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка в области щели перелома наблюдалась у

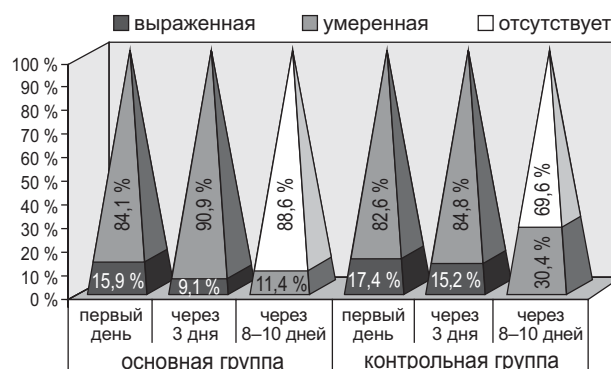


Рис. 3. Динамика выраженности воспалительной инфильтрации слизистой оболочки нижней челюсти в области щели перелома.

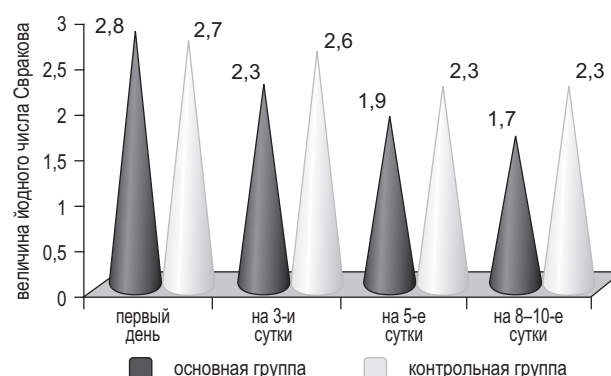


Рис. 5. Изменение пробы Шиллера-Писарева (йодного числа Свракова) у больных с переломами нижней челюсти в динамике лечения.

Таблица 6

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

Группа наблюдения	Кол-во лиц	День обследования	Δ T – термоасимметрия, °C	
			M±m	p
Основная группа	44	1-й день	2,5±0,6	< 0,001
		3-й день	2,1±0,5	< 0,001
		6–7-й день	1,1±0,3	< 0,05
		8–10-й день	0,6±0,3	> 0,05
Контрольная группа	46	1-й день	2,4±0,8	< 0,001
		3-й день	2,2±0,7	< 0,001
		6–7-й день	1,9±0,5	< 0,001
		8–10-й день	1,5±0,5	< 0,02
Норма (здоровые люди)	37		0,5±0,2	

Примечание: p – достоверность различий по сравнению с нормой.

29 больных (65,9 %), а отсутствовала у 15-ти обследуемых (34,1 %). В контрольной группе гиперемия слизистой оболочки в области щели перелома обнаружена у 39 больных (84,8 %), а отсутствовала у 7-и обследуемых (15,2 %). Через 8–10 дней после госпитализации, т. е. после начала лечения, гиперемия слизистой оболочки в области щели перелома в основной группе наблюдения выявлена у двух больных (4,5 %) и отсутствовала у 42 больных (95,5 %), а в контрольной группе наблюдения гиперемия слизистой оболочки встречалась у 16 больных (34,8 %), а отсутствовала у 30-ти обследуемых (65,2 %).

Проба Шиллера-Писарева (йодное число Свракова) у больных основной группы наблюдения на следующий день после госпитализации составляла 2,8±0,6 балла (гигиена полости рта находится в плохом состоянии), что указывало на наличие умеренно выраженного воспалительного процесса, а в контрольной группе – 2,7±0,7 балла (рис. 5). На 3-й день у больных основной группы наблюдения йодное число Свракова составило 2,3±0,5 балла (гигиена полости рта находится в неудовлетворительном состоянии), что указывало на наличие слабо выраженного воспалительного процесса, а в контрольной группе наблюдения – 2,6±0,7 балла (гигиена полости рта находится в неудовлетворительном состоянии и имеется умеренно выраженный воспалительный процесс). На 5-й день у больных основной группы наблюдения йодное число Свракова составило 1,9±0,5 балла (гигиена полости рта находится в неудовлетворительном состоянии и имеется слабо выраженный воспалительный процесс), а в контрольной группе – 2,3±0,6 балла (гигиена полости рта находится в неудовлетворительном состоянии и имеется умеренно выраженный воспалительный процесс). На 8–10-й день у больных основной группы наблюдения йодное число Свракова составило 1,7±0,6 балла (гигиена полости рта находится в удовлетворительном состоянии и имеется слабо выраженный воспалительный процесс), а в контрольной группе – 2,3±0,8 балла (гигиена полости рта находится в неудовлетворительном состоянии и имеется умеренно выраженный воспалительный процесс). Проба Шиллера-Писарева у больных основной группы наблюдения была достоверно ниже (в 1,5 раза) по сравнению с контрольной группой (p < 0,01).

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка в области щели перелома и на противоположной стороне (на симметричном участке

здоровой стороны) в основной и контрольной группах наблюдения представлены в таблице 6. На следующий день после госпитализации термоасимметрия в основной и контрольной группах наблюдения составляла соответственно 2,5±0,6 и 2,4±0,8°C (p < 0,001, т. е. достоверно выше нормы). На 3-й день после операции в основной группе наблюдения термоасимметрия достоверно уменьшилась по сравнению с предыдущим периодом обследования в данной группе и составила 2,1±0,5°C, что также отмечено и в контрольной группе – 2,2±0,7°C. На 6–7-й день после госпитализации в основной группе наблюдения термоасимметрия достоверно уменьшилась по сравнению с предыдущим периодом в данной группе и составила 1,1±0,3°C, а в контрольной группе термоасимметрия достоверно снижалась и была равна 1,9±0,5°C. На 8–10-е сутки после начала лечения в основной группе термоасимметрия нормализовалась и составила 0,6±0,3°C, а в контрольной группе была достоверно повышенной и составляла 1,5±0,5°C (< 0,02).

Общая температурная реакция у больных основной группы наблюдения (44 чел.) на следующий день после госпитализации (после начала лечения препаратом «Зеродол») была следующей: от 37,6 до 38,0°C – у 9 чел. (20,5 %), от 37,0 до 37,5°C – у 32 чел. (72,7 %) и от 36,6 до 36,9°C – у 3 чел. (6,8 %). На 3-й день лечения общая температурная реакция у обследуемых была следующей: от 37,0 до 37,5°C – у 34 чел. (77,3 %) и от 36,6 до 36,9°C – у 10 чел. (22,7 %). На 6–7-й день общая температурная реакция у больных в данной группе была следующей: от 37,0 до 37,5°C – у 7 чел. (15,9 %) и от 36,6 до 36,9°C – у 37 чел. (84,1 %). На 8–10-й день общая температурная реакция нормализовалась у всех обследуемых больных этой группы наблюдения.

Общая температурная реакция у пациентов в контрольной группе наблюдения (с переломами нижней челюсти) на следующий день после начала лечения была следующей: от 37,6 до 38,0°C – у 8 чел. (17,4 %), от 37,0 до 37,5°C – у 30 чел. (65,2 %) и от 36,6 до 36,9°C – у 8 чел. (17,4 %). На 3-й день общая температурная реакция в контрольной группе была следующей: от 37,0 до 37,5°C – у 25 чел. (100 %). На 6–7-й день общая температурная реакция следующая: от 37,0 до 37,5°C – у 22 чел. (47,8 %) и от 36,6 до 36,9°C – у 24 чел. (52,2 %). На 8–10-й день лечения в контрольной группе общая температурная реакция была следующей: от 37,0 до 37,5°C – у 8 чел. (17,4 %) и от 36,6 до 36,9°C – у 38 чел. (82,6 %).

Результаты обследования интенсивности болей у больных 1-й (основной) и 2-й (контрольной) групп наблюдения по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в послеоперационный период представлены в таблицах 7 и 8.

В первый день после госпитализации больных основной группы наблюдения сильные боли (на 7 баллов) выявлены у 10 (22,7 %) больных, а на 6 баллов – у 34-х (77,3 %) обследуемых. На второй день после госпитализации сильные боли на 7 баллов обнаружены у 2 больных (4,6 %) и на 6 баллов – у 21 больного (47,7 %), а средней (5 баллов) степени тяжести – у 21-го обследуемого (47,7 %). На третий день посттравматические боли в основной группе больных были следующими: сильные (на 6 баллов) у 2-х больных (4,6 %), средние (на 5 баллов) – у 70,4 % обследуемых. На 5–6-й день посттравматические боли были следующими: средние (на 5, 4, 3 балла) – у 100 % обследуемых. На 8–10-й день посттравматические боли в основной группе наблюдения были следующими: слабые боли (на 2,1 балла) – у 38 обследуемых (86,4 %) и отсутствовали у 6-ти больных (13,6 %).

В первый день после госпитализации больных контрольной группы наблюдения сильные боли (на 7 баллов) выявлены у 11 (23,9 %) больных, а на 6 баллов – у 35-ти (76,1 %) обследуемых. На второй день после госпитализации сильные боли на 7 баллов обнаружены у 6 больных (13,0 %) и на 6 баллов – у 30 больных (65,2 %), а средней степени тяжести (5 баллов) – у 10-ти обследуемых (21,8 %). На третий день посттравматические боли в основной группе больных были следующими: сильные (на 6 баллов) у 22-х больных (47,8 %), средние (на 5 баллов) – у 52,2 % обследуемых. На 5–6-й день посттравматические боли были следующими: средние (на 5, 4, 3 балла) – у 100 % обследуемых. На 8–10-й день посттравматические боли в основной группе наблюдения были следующими: средние боли (на 3 балла) – 14 обследуемых (30,4 %), слабые боли (на 2,1 балла) – у 32 обследуемых (69,6 %).

Побочный эффект при лечении ацеклофенаком в виде тошноты отмечен у 3-х пациентов (6,8 %). Побочные эффекты самостоятельно исчезли после окончания приема препарата. Побочные эффекты при лечении сульфаниламидными препаратами и анальгином выявлены у 8-и пациентов (17,4 %) в виде аллергической реакции.

В основной группе наблюдения выявили ранние (нагноение гематомы и/или костной раны) посттравматические осложнения у 6 (13,6 %) из 44-х обследуемых, поздние посттравматические осложнения в виде посттравматического остеомиелита – у 2-х больных (4,6 %). Последние два больных категорически отказались удалять зубы из щели перелома.

В контрольной группе наблюдения ранние (нагноение гематомы и/или костной раны) посттравматические осложнения обнаружили у 9 (19,6 %) из 46-ти обследуемых, поздние посттравматические осложнения в виде посттравматического остеомиелита выявлены у 8-и больных (17,4 %). Среди последних 8-и больных с посттравматическим остеомиелитом четыре обследуемых категорически отказались удалять зубы из щели перелома.

На основании опроса и результатов обследования больных с переломами нижней челюсти противовоспалительный и жаропонижающий эффект препарата «Зеродол» оценен на 4, т. е. как «хороший», обезболивающая эффективность – на 5, т. е. как «очень хорошая», а комплекс использованных для традиционного лечения медикаментозных препаратов (сульфаниламидов и анальгина) – на 3, т. е. как «удовлетворительный».

Выводы

На основании обследования больных с переломами нижней челюсти было установлено, что анальгетическая, противовоспалительная и жаропонижающая эффективность ацеклофенака (в виде препарата «Зеродол»)

Таблица 7

Выраженность болевого синдрома после госпитализации больных с переломами нижней челюсти в 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	10/22,7 %	34/77,3 %						
2-й день	2/4,6 %	21/47,7 %	21/47,7 %					
3-й день		2/4,6 %	42/95,4 %					
5–6-й день			5/11,4 %	18/40,9 %	21/47,7 %			
8–10-й день						12/27,3 %	26/59,1 %	6/13,6 %

Таблица 8

Выраженность болевого синдрома после госпитализации больных с переломами нижней челюсти в контрольной группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)							
	7	6	5	4	3	2	1	
1-й день	11/23,9 %	35/76,1 %						
2-й день	6/13,0 %	30/65,2 %	10/21,8 %					
3-й день		22/47,8 %	24/52,2 %					
5–6-й день			25/54,4 %	11/23,8 %	10/21,8 %			
8–10-й день					14/30,4 %	24/52,2 %	8/17,4 %	

значительно превышает таковую по сравнению с традиционной терапией, а также вызывает меньшее количество осложнений, связанных с побочными эффектами. Применение ацеклофенака позволило значительно сократить количество ранних и поздних посттравматических гнойно-воспалительных осложнений и уменьшить сроки лечения пациентов.

Таким образом, установлено, что препарат «Зеродол» является эффективным обезболивающим, противовоспалительным и жаропонижающим медикаментозным средством, и его можно рекомендовать для лечения больных при переломах нижней челюсти и с целью профилактики развития посттравматических воспалительных осложнений.

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. Castellsague J., Riera-Guardia N., Calingaert B., Varas-Lorenzo C., Fourrier-Reglat A., Nicotra F., Sturkenboom M., Perez-Gutthann S. On behalf of the investigators of the Safety of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (SOS) Project. Individual NSAIDs and Upper Gastrointestinal Complications. A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies (the SOS Project) // Drug Saf. — 2012. — V. 35, N 12 — P. 1127–1146.
5. Bubani G. The analgesic activity and tolerability of aceclofenac in the treatment of odontalgia. A double-blind placebo-controlled evaluation // Clinical Trials J. — 1988. — V. 25, N. 4. — P. 244–253.
6. Huskisson E.C., Irani M., Murray F. A large prospective open-label, multicentre SAMM study, comparing the safety of aceclofenac with diclofenac in patients with rheumatic disease // Eur. J. Rheumatol. Inflam. — 2000. — V. 17, Issue 1.
7. Presser Lima P.V., Fontanella V. Analgesic efficacy of aceclofenac after surgical extraction of impacted lower third molars // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. — 2006, Jun. — V. 35, N 6. — P. 518–21.
8. Lemmel E.M., Leeb B., De Bast J., Aslanidis S. Patient and physician satisfaction with aceclofenac: results of the European Observational Cohort Study (experience with aceclofenac for inflammatory pain in daily practice). Aceclofenac is the treatment of choice for patients and physicians in the management of inflammatory pain // Curr. Med. Res. Opin. — 2002. — V. 18, N 3. — P. 146–53.
9. Schattenkirchner M., Milachowski K.A. A double-blind, multicentre, randomised clinical trial comparing the efficacy and tolerability of aceclofenac with diclofenac resinate in patients with acute low back pain // Clin. Rheumatol. — 2003, May. — V. 22, N 2. — P. 127–35.
10. Dooley M., Spencer C.M., Dunn C.J. Aceclofenac. A Reappraisal of its use in the management of pain and rheumatic disease // Drugs. — 2001. — V. 61, N 9. — P. 1351–1378.
11. Ipca Laboratories Ltd. Protocol to evaluate in practice efficacy and safety of aceclofenac tablets in pain and inflammation associated with acute musculoskeletal, gynaecological and dental Conditions. — P. 15.

Застосування ацеклофенаку в постраждалих з переломами нижньої щелепи

О.О. Тимофеев, Є.І. Фесенко, Б. Берідзе, Л. Діасамідзе Г. Раквіашвілі

Мета: визначити лікувальну ефективність ацеклофенаку в постраждалих з переломами нижньої щелепи, оцінити його ефективність для профілактики розвитку ранніх і пізніх посттравматичних запальних ускладнень.

Методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження 90 хворих з переломами нижньої щелепи у віці від 16 до 48-и років.

Результати. На підставі результатів проведеного обстеження пацієнтів з переломами нижньої щелепи було встановлено, що анальгезивна, протизапальна і жарознижуюча ефективність ацеклофенаку (у вигляді препарату «Зеродол») значно перевищує таку в порівнянні із традиційною терапією, а також викликає меншу кількість ускладнень, пов'язаних з побічним ефектом.

Висновки. Застосування ацеклофенаку дозволило значно скоротити кількість посттравматичних гнійно-запальних ускладнень і зменшити строки лікування пацієнтів. Установлено, що препарат «Зеродол» є ефективним знеболюючим, протизапальним і жарознижувальним медикаментозним засобом, і його можна рекомендувати для лікування хворих з переломами нижньої щелепи.

Ключові слова: біль, запалення, перелом нижньої щелепи, посттравматичний остеомиєліт, запальні ускладнення, ацеклофенак, зеродол.

Using of aceclofenac in patients with mandibular fractures

O. Tymofiev, Ye. Fesenko, B. Beridze, L. Diasamidze, G. Rakviashvili

Purpose: determine the therapeutic efficacy of aceclofenac in patients with mandibular fractures, evaluate its effectiveness for the prevention of early and late post-traumatic inflammatory complications.

Methods. The clinical and laboratory examination of 90 patients with mandibular fractures between the ages of 16 to 48 years were conducted

Results. Based on the results of the examination of patients with mandibular fractures we have found that the analgesic, anti-inflammatory and antipyretic efficacy of aceclofenac (in the form of the drug «Zerodol») is much higher than that compared with conventional therapy, and has fewer complications associated with side effect.

Conclusions. Using of aceclofenac has significantly reduced the number of post-traumatic inflammatory complications and reduce the time spent treating patients. It is found that the drug «Zerodol» is an effective analgesic, antipyretic and anti-inflammatory medication for and can be recommended for the treatment of patients with mandibular fractures.

Key words: pain, inflammation, fracture of the mandible, posttraumatic osteomyelitis, inflammatory complications, aceclofenac, zerodol.

Тимофеев Алексей Александрович — д-р мед. наук, профессор,

заведуючий кафедрою челюстно-лицевої хирургії Інститута стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Фесенко Евгений Игоревич — аспірант кафедри челюстно-лицевої хирургії Інститута стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Берідзе Бека — клінічний ординатор кафедри челюстно-лицевої хирургії

Інститута стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Діасамідзе Леван — клінічний ординатор кафедри челюстно-лицевої хирургії

Інститута стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Раквіашвілі Георгій — клінічний ординатор кафедри челюстно-лицевої хирургії

Інститута стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Адрес: г. 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 Зеродола 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.

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

Производитель. Илка Лабораториз Лимитед, Плот №255/1, виладж-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(16): 2637-2651

C. J Clin Pharmacol 2001; 41: 1238-1247

E. Aliment Pharmacol Ther 2003; 17: 489-501

D. 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

