

А.А. Тимофеев¹, Н.А. Ушко¹, Н.А. Максимча¹,
О.А. Ухарская², В.П. Блинова², Е.А. Серга², В.Д. Ушко¹

Особенности послеоперационного обезболивания у больных с челюстно-лицевой патологией

¹Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г.Киев, Украина

²ЧВУЗ «Киевский медицинский университет», г.Киев, Украина

Цель: дать сравнительную характеристику использования ненаркотических анальгетиков в виде ступенчатой анальгетической терапии для устранения посттравматических болей у больных с челюстно-лицевой патологией.

Методы. Проведено обследование 229-ти больных с челюстно-лицевой патологией.

Результаты. Кеторолак и декскетопрофен являются эффективными и безопасными лекарственными средствами для лечения болевого синдрома у больных с соответствующей патологией. Кеторолак обладает наиболее выраженным и продолжительным анальгетическим действием, а также имеет наименьшее количество побочных эффектов.

Выводы. Кеторолак обладает наиболее сильным и продолжительным обезболивающим действием и рекомендуется для использования при заболеваниях челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: кеторолак, декскетопрофен, анальгетики, обезболивание, ступенчатая терапия, боль, челюстно-лицевые заболевания.

Особенностью тканей челюстно-лицевой области является их обильная иннервация. Поэтому большинство заболеваний данной области в послеоперационный период сопровождаются выраженной болевой клинической симптоматикой и требуют проведения адекватного обезболивания. Практически все пациенты, которые были прооперированы по поводу заболеваний, локализованных в челюстно-лицевой области, жалуются на среднюю и сильную боль в послеоперационный период. Несмотря на большой арсенал анальгетических препаратов различной направленности действия, проблема лечения послеоперационной боли до настоящего времени остается актуальной как в нашей стране, так и за рубежом. Стресс после оперативного вмешательства и послеоперационная боль практически всегда усиливают нагрузку на все жизненно важные системы организма. Напряжение функций данных систем (прежде всего кровообращения и дыхания) проявляется повышением давления, тахикардией, нарушением ритма сердца, учащением дыхания и т. д. Имеются также и другие клинические проявления дискомфорта, которые обусловлены болью в послеоперационный период. К ним относятся: ослабление двигательной активности, депрессивное состояние или раздражительность, неспособность пациента глубоко дышать, «вынужденное положение» и др.

Напомним определение понятия «боль». Боль – это своеобразное психофизиологическое состояние человека, возникающее в результате воздействия сверхсильных или разрушительных раздражителей, вызывающих органические или функциональные нарушения в организме; является интегративной функцией организма, мобилизующей разнообразные функциональные системы для защиты организма от воздействия вредящего фактора. Боль является защитным механизмом, она информирует о болезни или предупреждает о расстройстве деятельности как всего организма, так и отдельных органов. Боль имеет защитный характер до тех пор, пока информирует о грозящей опасности. Как только эта информация отмечается сознанием, и опасность устраняется, боль становится уже ненужной, но если болевое раздражение продолжает поступать в центральную нервную

систему, то боль уже постепенно заглушает сознание и начинает дезорганизовывать многие функции организма.

Патофизиологические механизмы боли можно разделить на две категории: ноцицептивную боль, которая возникает как следствие повреждения тканей (кожа, кости, суставы, мышцы и др.), и невропатическую боль, связанную с повреждением нервной ткани на различных уровнях. После оперативного вмешательства в челюстно-лицевой области эти два вида патофизиологических механизмов боли имеют место. Эти болевые ощущения могут быть острыми и хроническими. Длительно текущая боль постепенно утрачивает свою защитную функцию, которая присуща физиологической боли. В этих случаях боль может стать патогенным фактором, который нарушает адаптивные способности организма и вызывает расстройство деятельности ЦНС, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, функцию желудочно-кишечного тракта, изменяет свойства свертывающей системы крови и др.

В большинстве лечебных учреждений в течение многих десятилетий ранее широко использовался традиционный метод послеоперационного обезболивания, который заключался во внутримышечном введении наркотических анальгетиков (по требованию больного). Наш многолетний опыт работы в челюстно-лицевой хирургии доказывает ограниченность использования в клинике наркотических анальгетиков (промедола, омнопона и др.), которые обладают побочным действием (угнетают дыхание, вызывают тошноту, рвоту, лекарственную зависимость). Поэтому в течение многих лет врачи ведут поиск анальгетиков, способных оптимально подавлять болевой симптом и не иметь побочных свойств, присущих опиатам. Альтернативой опиатам являются нестероидные противовоспалительные препараты. Основным принципом нестероидных противовоспалительных средств является торможение синтеза простагландинов, которые играют важную роль в локальных механизмах боли и воспаления.

Из группы нестероидных ненаркотических анальгетиков в клинике челюстно-лицевой хирургии НМАПО им. П.Л. Шупика активно используются анальгетики со следующими действующими веществами: кеторолаком (ketorolac) и декскетопрофеном (dexketoprophenum).

Кеторолак и декскетопрофен действуют на циклооксигеназный путь обмена арахидоновой кислоты, ингибируя биосинтез простагландинов, являющихся медиаторами болевой чувствительности в месте повреждения тканей, и таким образом ослабляют периферическую ноцицептивную чувствительность. Учитывая то что данные препараты ингибируют биосинтез простагландинов, которые являются медиаторами воспаления, следует отметить наличие противовоспалительного эффекта как у кеторолака, так и у декскетопрофена. Указанные препараты предназначены для купирования болевого синдрома и обладают выраженным анальгетическим действием. Тем не менее у врача всегда существует возможность индивидуального выбора оптимальной терапии в зависимости от особенностей оперативного вмешательства, а также силы и продолжительности действия анальгетика.

Цель исследования – определить эффективность использования ненаркотических анальгетиков совместно с разными действующими веществами (кеторолаком и декскетопрофеном), которые применяются в челюстно-лицевой хирургии для послеоперационного обезболивания.

Материал и методы обследования

Под наблюдением находились 229 человек. Всех обследуемых разделили на следующие группы: 1-я группа – 91 больной после челюстно-лицевого оперативного вмешательства (удаление остеобластом, амелобластом и кист челюстей); 2-я группа – 71 пострадавший с открытыми переломами тела нижней челюсти; 3-я группа – 67 больных с воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи (абсцессы и флегмоны).

Критериями исключения больных из обследования являлись: повышенная чувствительность или непереносимость препарата; печеночная или почечная недостаточность; дыхательная недостаточность; эпилепсия. С осторожностью применяли препарат у пациентов с черепно-мозговой травмой.

Для решения поставленной цели, кроме выяснения жалоб пациентов, изучались некоторые клинико-лабораторные показатели: болезненность при пальпации послеоперационной раны или места в области патологического очага; осмотр места инъекции; частота появления болевых пароксизмов; температура тела; определяли сатурацию кислорода, частоту пульса и дыхания в минуту; артериальное давление; общий анализ крови (эритроциты, лейкоцитарная формула, гемоглобин, СОЭ, время свертывания крови); биохимические показатели крови (общий белок, глюкоза, билирубин, мочевины, электролитный состав); анализ мочи. Время наступления действия принятой дозы мин. Продолжительность действия принятой дозы ч. Определяли побочные эффекты действия препарата или возможные осложнения, которые были связаны с использованием данного лекарственного средства.

Учитывали тот факт, что боль – это понятие субъективное и поэтому только сам пациент может оценить ее интенсивность. В клинической практике для оценки боли применили общеизвестную словесную оценку болей – визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) – метод, доступный для любого хирургического отделения. Визуально-аналоговая шкала представляет собой линейку длиной 10 см (рис.), 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).



Рис. Линейка для словесной оценки боли – визуально-аналоговая шкала (ВАШ).

В последние десятилетия врачи все чаще указывают на необходимость проведения ступенчатой терапии. Исследований, посвященных ступенчатой терапии при введении анальгетиков (нестероидных препаратов), мы не встретили. Под ступенчатой терапией понимают последовательный переход от парентерального к пероральному пути введения препарата. Основным из требований к ступенчатой терапии является однотипность (одноименность) препаратов для парентерального и перорального пути введения. Доказано, что переход на пероральный путь введения препарата имеет целый ряд преимуществ: это снижение нагрузки на медицинский персонал, экономия материальных средств (затрачиваемых на одноразовые шприцы, системы для внутривенных введений), исчезновение риска развития постинъекционных осложнений (воспалительные инфильтраты, флебиты) и др.

В первые сутки после операции кеторолак назначали внутримышечно по 10–20 мг через 8 часов (три раза в сутки), на вторые-третьи сутки – по 10–20 мг через 12 часов (два раза в день), а на 4 и 5-е сутки по 10 мг в таблетках три раза в день.

Способ применения декскетопрофена был практически аналогичным: в первые 3-е суток для внутримышечного введения использовали дозу препарата для взрослых – 50 мг каждые 8 часов (три раза в сутки). На 4–5-е сутки лечения пациентов переводили на таблетки для приема внутрь – по 25 мг три раза в день.

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 обсуждения

Первая группа больных состояли из 91 обследуемого, которым было проведено удаление опухоли или опухолеподобного образования, локализованного на верхней или нижней челюсти. В этой группе наблюдения послеоперационная боль состояла из боли в области послеоперационной раны, головной боли, недомогания, слабости, беспокойства. Повреждение тканей в результате оперативного вмешательства (рассечение и смещение тканей, удаление опухоли или опухолеподобного образования челюстей и т. д.) активизирует поток нервных импульсов, поступающих в центральную нервную систему от кожных и мышечных рецепторов, а также рецепторов, находящихся в кости (афферентация). В результате стойкого рефлекторного спазма мышц в области послеоперационной раны они становятся болезненными. Боль в ране практически сохраняется до тех пор, пока не наступит полное заживление раны.

Таблиця 1

Характеристика болевого синдрома при использовании кеторолака в 1-й группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)							
	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	4/8,3%	19/39,6%	18/37,5%	7/14,6%				
2-й день		10/20,8%	13/27,1%	10/20,8%	15/31,3%			
3-й день			5/10,4%	13/27,0%	15/31,3%	15/31,3%		
4-й день					1/2,1%	25/ 52,1%	10/20,8%	12/25,0%
5-й день							20/41,7%	28/58,3%

Таблиця 2

Характеристика болевого синдрома при использовании декскеторофена в 1-й группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)							
	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	6/14,0%	20/46,5%	15/34,9%	2/4,6%				
2-й день		15/34,9%	18/41,9%	9/20,9%	1/2,3%			
3-й день			20/46,5%	20/46,5%	3/7,0%			
4-й день				22/51,2%	21/48,8%			
5-й день					5/11,6%	14/32,6%	24/55,8%	

Кеторолак в 1-й группе был применен у 48-и больных. У обследуемых этой группы наблюдения с подобными оперативными вмешательствами послеоперационные боли обычно были средними или сильными (табл. 1), они сопровождались головной болью, слабостью, недомоганием, беспокойством и депрессией. Примерно через 30–40 минут после внутримышечного введения первых (ранее указанных) доз указанного препарата происходило ослабление и значительное уменьшение интенсивности этих болей. Усиление насыщения крови кислородом (сатурация) в динамике использования указывало на его положительное действие на дыхание и гемодинамику. Результаты обследования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) больных данной группы при использовании кеторолака в послеоперационный период представлены в табл. 1.

На следующий день после операции у больных первой группы наблюдения при лечении препаратом с действующим веществом кеторолак сильные боли (7 и 6 баллов) были обнаружены у 47,9 %, средней (5 и 4 балла) тяжести боли – у 52,1 % обследуемых. На 2-й день после операции сильные боли (на 6 баллов) выявлены у 20,8 % обследуемых, а средней (5, 4 и 3 балла) степени тяжести – у 79,2 %. На 3-й день послеоперационные боли в данной группе больных были следующими: средние (5, 4 и 3 балла) – у 68,7 %, слабые (2 балла) – у 31,3 %. На 4-й день послеоперационные боли были следующими: средние – у 2,1 %, слабые – у 72,9 % и отсутствовали боли (0 баллов) у 25,0 % обследуемых. На 5-й день послеоперационные боли у больных данной группы были следующими: слабые – у 41,7 %, отсутствовали боли у 58,3 %.

Побочные эффекты, такие как сонливость, усиление потоотделения и тошнота, наблюдались только у трех обследуемых (6,3 %). Побочные эффекты самостоятельно исчезали при снижении дозы вводимого препарата.

Декскеторофен в 1-й группе был применен у 43-х обследуемых. Результаты обследования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) больных этой группы при его использовании в послеоперационный период представ-

лены в таблице 2. На следующий день после операции у больных первой группы наблюдения при использовании декскеторофена сильные боли (7 и 6 баллов) были обнаружены у 60,5 %, а средней (5, 4 и 3 балла) тяжести боли – у 39,5 % обследуемых. На 2-й день после операции сильные боли (6 баллов) выявлены у 34,9 % обследуемых, а средней (5, 4 и 3 балла) степени тяжести – у 65,1 %. На 3-й день послеоперационные боли в данной группе больных были следующими: средние (5, 4 и 3 балла) – у 100 %. На 4-й день послеоперационные боли были следующими: средние (4 балла) – у 51,2 %, слабые (3 балла) – у 48,8 %. На 5-й день послеоперационные боли у данной группы больных были такими: средние (3 балла) – у 11,6 %, слабые (2 и 1 балл) – у 88,4 % обследуемых. Болей у больных в этой группе не было.

Побочные эффекты, такие как тошнота, боли в эпигастриальной области, отмечены у 6-ти больных (14,0 %), сонливость, усиление потоотделения наблюдались у 5 обследуемых (11,6 %), сердцебиение и повышение артериального давления или гипотензия и тахикардия – у 2-х больных (4,6 %). Побочные эффекты самостоятельно исчезали при снижении дозы вводимого препарата.

Вторая группа больных состояла из 71 обследуемого с переломами нижней челюсти. У всех этих больных щель перелома проходила в пределах зубного ряда (переломы были открытыми) и всегда имелось повреждение нижнечелюстного нерва (ушиб, растяжение, неполный или полный разрыв). После репозиции и фиксации отломков челюстей назубными металлическими шиннами, удаления зуба из щели перелома (зубы из щели перелома удалялись по показаниям) и наложения межчелюстной резиновой тяги одним из ведущих клинических симптомов являлась боль в области травмированной челюсти и окружающих мягких тканей (у всех обследуемых имелось кровоизлияние в окологлазничные мягкие ткани вокруг места повреждения, которое сопровождалось отеком). У обследуемых были выраженные боли при глотании, головные боли, недомогание, слабость, чувство беспокойства.

Характеристика болевого синдрома при использовании кеторолака во 2-й группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)

День лечения	Баллы (ВАШ)								
	8	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	6/17,2%	11/31,4%	14/40,0%	4/11,4%					
2-й день			10/28,6%	19/54,2%	6/17,2%				
3-й день				6/17,2%	20/57,1%	9/25,7%			
4-й день					9/25,7%	9/25,7%	6/17,2%	11/31,4%	
5-й день							9/25,7%	12/34,3%	14/40,0%

Характеристика болевого синдрома при использовании декскетопрофена во 2-й группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)

День лечения	Баллы (ВАШ)								
	8	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	7/19,4%	10/27,8%	15/41,7%	4/11,1%					
2-й день		8/22,2%	14/38,9%	12/33,3%	2/5,6%				
3-й день			12/33,3%	13/36,1%	8/22,2%	3/8,4%			
4-й день				5/13,9%	15/41,7%	15/41,7%	1/2,7%		
5-й день					7/19,4%	13/36,2%	9/25,0%	7/19,4%	

Кеторолак во 2-й группе наблюдения применен у 35-ти больных. У обследуемых этой группы наблюдения с ранее указанным оперативным вмешательством послеоперационные боли обычно были средними или сильными. У больных, начиная с первых суток лечения, применили препарат «Кетанов» (см. схему использования препарата ранее). Уже через 45–60 минут после первой инъекции препарата наблюдалось значительное ослабление болевой реакции. У обследуемых нормализовался сон, прием жидкой пищи не вызывал резких болевых ощущений. В динамике лечения наблюдалось усиление насыщения крови кислородом (сатурация), что указывало его на положительное действие на внешнее дыхание и гемодинамику.

Результаты обследования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) больных данной группы при использовании кеторолака в послеоперационный период представлены в таблице 3.

На следующий день после репозиции и фиксации отломков челюстей при лечении кеторолаком у больных 2-й группы наблюдения сильные боли (8, 7 и 6 баллов) были обнаружены у 88,6 %, средней (5 баллов) степени – у 11,4 % обследуемых. На 2-й день после госпитализации сильные боли выявлены у 28,6 % обследуемых, а средней (5, 4 балла) степени – у 71,4 %. На 3-й день посттравматические боли в этой группе больных были следующими: средние (5, 4 и 3 балла) – у 100 %. На 4-й день боли были следующими: средние (4 и 3 балла) – у 51,4 %, слабые (2 и 1 балл) – у 48,6 %. На 5-й день боли у больных этой группы наблюдения были следующими: слабые (2 и 1 балл) – у 60,3 %, отсутствовали боли у 40,0 %.

Побочные эффекты, такие как сонливость, усиление потоотделения и тошнота, наблюдались у 2-х обследуемых (5,7 %) при применении кеторолака. Побочные эффекты самостоятельно исчезали при снижении дозы вводимого препарата.

Декскетопрофен во 2-й группе был применен у 36-ти обследуемых. Результаты обследования по визуально-

аналоговой шкале (ВАШ) больных этой группы при его использовании в послеоперационный период представлены в таблице 4.

На следующий день после репозиции и фиксации отломков челюстей у больных данной группы наблюдения при лечении декскетопрофеном сильные боли (8, 7 и 6 баллов) были обнаружены у 88,9 %, средней (5 баллов) степени – у 11,1 % обследуемых. На 2-й день после начала лечения сильные боли (7 и 6 баллов) выявлены у 61,1 % обследуемых, а средней (5 и 4 балла) степени – у 38,9 %. На 3-й день посттравматические боли у больных были следующими: сильные боли (6 баллов) – у 33,3 %, средние (5, 4 и 3 балла) – у 66,7 %. На 4-й день боли были следующими: средние (5,4 и 3 балла) – у 97,3 %, слабые (2 балла) – у 6,8 %. На 5-й день боли у больных были такими: средние (4 и 3 балла) – у 55,6 %, слабые (2 и 1 балл) – у 44,4 %.

Побочные эффекты, такие как тошнота, боли в эпигастриальной области, отмечены у 5 больных (13,9 %), сонливость, усиление потоотделения наблюдались у 4-х обследуемых (11,1 %), сердцебиение и повышение артериального давления или гипотензия и тахикардия – у одного больного (2,8 %). Побочные эффекты самостоятельно исчезали при снижении дозы вводимого препарата.

Третья группа больных состояла из 67-и обследуемых с абсцессами и флегмонами мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи. У всех больных с абсцессами и флегмонами жалобы сводились к значительным болям в области послеоперационной раны, а также при движении нижней челюсти и глотании. Жалобы больных были на недомогание, слабость, головные боли, беспокойство. В динамике лечения у всех обследуемых отмечали усиление насыщения крови кислородом и улучшение гемодинамики, а также улучшение других клинико-лабораторных показателей.

Результаты обследования 33 больных с абсцессами и флегмонами по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) при использовании препарата «Кетанов» в послеоперационный период представлены в таблице 5.

Таблиця 5

Характеристика болевого синдрому при использовании кеторолака в третьей группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)								
	8	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	3/9,1%	10/30,3%	10/30,3%	10/30,3%					
2-й день			5/15,2%	12/36,3%	16/48,5%				
3-й день				6/18,1%	10/30,3%	17/51,6%			
4-й день						7/21,2%	26/78,8%		
5-й день							7/21,2%	15/45,5%	11/33,3%

Таблиця 6

Характеристика болевого синдрому при использовании декскеторофена в третьей группе наблюдения (количество больных/процент обследованных в группе)

День после операции	Баллы (ВАШ)								
	8	7	6	5	4	3	2	1	0
1-й день	4/11,8%	9/26,5%	10/29,4%	11/32,3%					
2-й день			12/35,3%	18/52,9%	4/11,8%				
3-й день				10/29,4%	12/35,3%	12/35,3%			
4-й день						18/52,9%	16/47,1%		
5-й день							23/67,7%	11/32,3%	

На следующий день после вскрытия гнойника у больных третьей группы наблюдения при лечении кеторолаком сильные боли (8, 7 и 6 баллов) были выявлены у 69,7 %, средней (5 баллов) степени – у 30,3 % обследуемых. На 2-й день после операции сильные (6 баллов) боли выявлены у 15,2 % обследуемых, а средней (5, 4 балла) степени – у 84,8 %. На 3-й день послеоперационные боли у всех больных этой группы были средними (5, 4 и 3 балла) – у 100 %. На 4-й день послеоперационные боли были следующими: средние (3 балла) – у 21,2 %, слабые (2 балла) – у 78,8 %. На 5-й день послеоперационные боли у данных группы больных были такими: слабые – у 66,7 %, отсутствовали боли у 33,3 %.

Такие побочные эффекты, как тошнота, были зарегистрированы у 2 больных (6,1 %), а сонливость и усиление потоотделения наблюдались у одного обследуемого (3,0 %). У этих больных данные симптомы появились после внутримышечного применения больших доз (30 мг) кеторолака. Побочные эффекты самостоятельно исчезали при снижении дозы вводимого препарата.

Декскеторопрофен был применен у 34-х обследуемых. Результаты обследования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) больных данной группы в послеоперационный период представлены в таблице 6.

На следующий день после вскрытия гнойника у больных третьей группы наблюдения при использовании декскеторофена сильные боли (8, 7 и 6 баллов) были обнаружены у 67,7 %, средней (5 балла) степени – у 32,3 % обследуемых. На 2-й день после операции сильные боли выявлены у 35,3 % обследуемых, а средней (5, 4 балла) степени тяжести – у 64,7 %. На 3-й день после-

операционные боли у данных группы обследуемых были следующими: средние – у 100 %. На 4-й день послеоперационные боли были такими: средние (3 балла) – у 52,9 %, слабые (2 балла) – у 47,1 %. На 5-й день послеоперационные боли у данных группы больных были слабыми (2 и 1 балл) – у 100 % обследуемых.

Побочные эффекты, такие как тошнота, боли в эпигастриальной области, отмечены у 2-х больных (5,9 %), Повышенная потливость, головная боль, страх, тревожность, шум в ушах, головокружение наблюдались у 2-х больных (5,9 %). Побочные эффекты самостоятельно исчезали при снижении дозы вводимого препарата.

Выводы

Результаты обследования по поводу применения анальгетических медикаментозных средств в клинике челюстно-лицевой хирургии свидетельствуют о том, что препараты с действующими веществами кеторолак и декскеторопрофен являются эффективными и безопасными для лечения болевого синдрома у больных с соответствующей патологией. Но по силе анальгетического действия и частоте возникновения побочных эффектов они немного различаются между собой.

Трометамин кеторолака обладает наиболее выраженным и продолжительным анальгетическим действием, а также имеет меньше побочных эффектов.

Таким образом, кеторолак является наиболее эффективным обезболивающим средством и рекомендуется для использования в послеоперационный период после удаления опухолеподобных и опухолевых образований челюстей, при переломах нижней челюсти, после вскрытия абсцессов и флегмон.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев. – 2012. – 1048 с.
2. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.

3. Тимофеев О.О. Щелепно-лицева хірургія. – К.: ВСВ «Медицина». – 2011. – 752 с.
4. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия. – К.: ВСИ «Медицина». – 2015. – 800 с.
5. Тимофеев О.О. Щелепно-лицева хірургія. – К.: ВСВ «Медицина». – 2017. – 752 с.

Особливості післяопераційного знеболювання у хворих зі щелепно-лицевою патологією

О.О. Тимофеев, Н.О. Ушко, С.В. Максимча, О.А. Ухарська, В.П. Блінова, О.О. Серга, В.Д. Ушко

Мета: дати порівняльну характеристику використання ненаркотичних анальгетиків у вигляді ступінчастої анальгезивної терапії для усунення посттравматичних болів у хворих з переломами нижньої щелепи.

Методи. Проведено обстеження 229-ти хворих з щелепно-лицевою патологією.

Результати. Кеторолак і декскетопрофен є ефективними й безпечними лікарськими засобами для лікування больового синдрому у хворих з відповідною патологією. Кеторолак володіє найбільш вираженою і тривалою анальгезивною дією, а також має найменшу кількість побічних ефектів.

Висновки. Кеторолак володіє найбільш сильною і тривалою знеболюючою дією й рекомендується для використання у хворих зі щелепно-лицевою патологією.

Ключові слова: кеторолак, декскетопрофен, анальгетики, знеболення, ступінчаста терапія, біль, захворювання щелепно-лицевої ділянки.

Features of postoperative pain management in patients with maxillofacial pathology

O. Tymofiev, N. Ushko, S. Maksymcha, O. Ukharska, V. Blinova, O. Serga, V. Ushko

Purpose: to give a comparative description of the non-narcotic analgesics use as a step-down analgesic therapy to eliminate the post-traumatic pain in the patients with maxillofacial pathology.

Methods. 229 patients with maxillofacial pathology.

Results. Ketorolac and dexketoprophenum are effective and safe drugs for treatment of pain in the patients with maxillofacial pathology. ketorolac is a non-steroidal non-narcotic analgesics that has the strongest and prolonged analgesic effect, having the least number of side effects as well.

Conclusions. Ketorolac has the strongest and prolonged analgesic action and we recommend it for use in patients with maxillofacial pathology.

Key words: ketorolac, dexketoprophenum, analgesics, analgesia, step-down therapy, pain, maxillofacial pathology.

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. Шутика.

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

Ушко Наталья Алексеевна – д-р мед. наук, доцент;

доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шутика.

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

доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шутика.

Ухарская Оксана Анатольевна – ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ЧВУЗ «Киевский медицинский университет».

Блинова Виктория Павловна – ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ЧВУЗ «Киевский медицинский университет».

Серга Елена Александровна – ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ЧВУЗ «Киевский медицинский университет».

Ушко Виктор Дмитриевич – лаборант кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шутика.