

ПРИНЦИПИ ЗАСТОСУВАННЯ НЕНАРКОТИЧНИХ АНАЛЬГЕТИКІВ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

pharma.umsa.poltava@gmail.com

Больові синдроми в стоматологічній практиці є особливо розповсюдженими. Вони пов'язані з запальними процесами, травматичними uszkodженнями, оперативними втручаннями, ін. Анатомо-функціональні особливості щелепно-лицьової ділянки (ЩЛД) створюють передумови для виникнення інтенсивних болів [1].

Феномен болю формується на багатогранності та індивідуальності механізмів його виникнення. Класичним стало визначення болю як неприємного сенсорного й емоційного переживання, асоційованого з дійсним або потенційним uszkodженням тканин [4,6]. У клінічній практиці зустрічається гострий та хронічний біль. Гострий – недавній та чітко локалізований, який має індивідуальний характер, іноді нестерпний. Хронічний біль Міжнародна асоціація (IASP) визначає як «біль, що триває довше нормального періоду загоєння», понад три місяці [5].

Ненаркотичні (неопіодні) анальгетики (ННА) усувають помірні больові відчуття, які у першу чергу, зумовлені запаленням. При значному болю вони менш ефективні ніж опіодні анальгетики. Ці засоби мають відносно добру переносимість, не викликають розвитку лікарської залежності та толерантності.

Відомі різні за хімічною будовою ННА: похідні саліцилової кислоти – ацетилсаліцилова кислота, дифлунізал; похідні оцтової кислоти – індометацин, ацеклофенак (аертал), диклофенак (вольтарен, диклоберл), кеторолак (кеторол); похідні пропіонової кислоти – ібупрофен (нурофен), напроксен, кетопрофен (кетонал), декскетопрофен (дексалгін); похідні антранілової кислоти – мефенамова, ніфлумінова кислоти; піразолони – фенілбутазон (бутадіон), метамізол (анальгін); оксиками – мелоксикам (моваліс); похідні сульфонанлідів – німесулід; похідні параамінофенолу – парацетамол; коксиби – целекоксиб (целебрекс), парекоксиб (династат); різні за будовою – набуметон, етодолак.

Анальгетичні властивості препаратів побудовані на інгібуванні синтезу циклооксигенази-2 (ЦОГ-2), що призводить до зниження утворення простагландинів і чутливості нервових закінчень, зменшує набряк тканин та подразнення ноцицепторів. Їх центральна протибольова дія пов'язана з проникненням через ГЕБ у центри гіпоталамуса, а периферична – є наслідком усунення запалення і запобігання сенсibiliзації больових рецепторів.

Найбільш часто застосовують ННА в стоматології при проведенні терапевтичних та хірургічних маніпуляцій при пульпіті, періодонтиті, пародонтиті,

екстракції зубів, альвеоліті, травмах ЩЛД, перикоронариті, остеомієліті, невриті, артриті, флегмоні, герпетичному гінгівостоматиті, ін. [7].

У теперішній час у лікуванні різних больових синдромів, в тому числі у стоматології, перевагу надають селективним або специфічним препаратам [3,10]. Вони володіють високою анальгетичною та протизапальною властивостями, мають тривалу дію та краще переносяться хворими, особливо з боку шлунково-кишкового тракту. Одним із перших анальгетиків селективної дії є мелоксикам, який знайшов застосування при вираженому болю у терапевтичній та хірургічній стоматології [11]. Специфічний інгібітор ЦОГ-2 целекоксиб виявляє значну анальгетичну, протизапальну та хондропротекторну дію. Парекоксиб – інгібітор ЦОГ-2 для парентерального застосування, що здійснює потужну анальгетичну дію.

Однак, широке застосування знаходять при інтенсивних травматичних та післяопераційних болях неселективні за дією ННА. Анальгетичний ефект кетолораку (кетанов) знайшов схвалення у практикуючих лікарів [2,8]. Кетопрофен – потужний анальгетик, що добре переноситься, часто призначається у лікуванні післяопераційних болів. Стереоізомер кетопрофену декскетопрофен володіє більш значним знеболювальним ефектом, ніж рацемічний кетопрофен. Диклофенак натрію виявляє високу анальгетичну та протизапальну активність. Виразу анальгетичну дію має лорноксикам, що може застосовуватись при зубному болю, хірургічній патології, ін. Ібупрофен характеризується помірною анальгетичною активністю, але його досить широко використовують на практиці. Парацетамол має помірну анальгетичну дію та практично не виявляє негативних проявів лікарської взаємодії, тому для потенціювання знеболення його поєднують з іншими анальгетиками (ібупрофен, мелоксикам, диклофенак, ін.).

Основними побічними ефектами препаратів цієї групи являються: ульцерогенна дія (шлункові кровотечі – 0,5-3%); гастропатії, стоматит, нудота, блювання, гастралгія, діарея (10-30%); фотосенсибілізація, кропивниця (12-15%), астматична триада; інтерстиціальний нефрит, ниркова недостатність (бутадіон, анальгін, аспірин); гепатотоксична дія (парацетамол, індометацин, німесулід); запаморочення, головний біль, розлади сну (1-10%); галюцинації, сплутаність свідомості, депресія (індометацин, аспірин); зниження гостроти слуху (аспірин);

гіпохромна анемія, тромбоцитопенія, нейтропенія, агранулоцитоз (похідні піразолону); синдром Рея (аспірин, особливо у дітей до 12 років на фоні вірусної інфекції); тератогенна дія; гальмування пологової діяльності. У зв'язку з виникненням загрозливих для життя побічних ефектів (гемато-, гепато-, нейро-, нефротоксичність, ін.) у багатьох країнах обмежене застосування анальгін, бутадіону, фенацетину, індометацину, німесулід. Високий ризик тромбозу обмежує використання рофекоксибу [5,7].

Диференційоване використання ННА в умовах стоматології покращує результати лікування. При неускладнених випадках у терапевтичній практиці, наприклад, карієсі, пульпіті, періодонтиті, пародонтиті призначають класичні (прості) анальгетики – парацетамол або ібупрофен. При виникненні важких больових синдромів (гнійний пульпіт та періодонтит, генералізований пародонтит, ерозивні процеси в яснах, ін.) обирають кетопрофен, диклофенак калію, кеторолак та інші потужні препарати. Тривалі больові синдроми потребують застосування анальгетиків, які містять більшу дозу речовини та мають подовжену дію (ретард або лонг). Якщо біль виникає на фоні запалення застосовують препарати з анальгетичними та протизапальними властивостями (мелоксикам, целекоксиб, диклофенак натрію, напроксен, ін.).

Больовий синдром в хірургічній стоматологічній практиці супроводжується сильним, локалізованим болем. Виражений біль у ділянці альвеолярного відростку спостерігається при гострому одонтогенному остеомиєліті, періоститі. При травматичному ушкодженні м'яких тканин ЩЛД, абсцесі та флегмоні швидко з'являються больові відчуття та набряк тканин. Біль спостерігається при артриті нижньощелепного суглобу, переломах кісток лицьової ділянки, ін. Принципи лікування хірургічної стоматологічної патології базуються на хірургічних та фармакотерапевтичних заходах з призначенням ННА. При гострих больових синдромах, які можуть розвинути при травмах доцільно призначати парентеральні препарати з потужною знеболюючою дією (кеторолак, декскетопрофен, парекоксиб, лорноксикам, ін.). При лікуванні одонтогенних запальних процесів зарекомендували себе з позицій ефективності та безпечності кетопрофен, ацеклофенак, мелоксикам, ін. Фармакотерапію хронічного болю доречно проводити з використанням анальгетиків тривалої дії (мелоксикам, целекоксиб, диклофенак ретард).

Особливого ставлення лікаря, що здійснює анальгезію потребує біль, що виникає у післяопераційний період.

Цей вид болю є одним з найбільш складних за генезом [9]. На сьогоднішній день для його лікування використовують близько двадцяти препаратів з групи ННА. Позитивний досвід набутий при використанні у післяопераційному періоді декскетопрофену, мелоксикаму, а також підтверджена ефективність застосування целекоксибу, кетанову, солпадеїну, ін. Доведено важливу роль у потенціюванні післяопераційної анальгезії клонідину, кетаміну.

При призначенні ННА слід додержуватись наступних принципів:

- вибір препарату проводити з урахуванням відповідності тяжкості больового синдрому та сили знеболюючої дії препарату. При важкому болю використовують потужні анальгетики (кеторолак, парекоксиб, декскетопрофен, ін.); при помірному – препарати середньої сили дії (ібупрофен, парацетамол, ін.);
- при призначенні ННА обов'язково враховувати їх фармакокінетичні властивості. При гострому больовому синдромі лікування починають з короткодіючих препаратів (кеторолак, кетопрофен, ібупрофен, ін.), при хронічному – анальгетики з тривалою дією (мелоксикам, целекоксиб, диклофенак-ретард, ін.);
- ретельно визначати дозу та шлях введення препаратів. При гострих випадках призначають парентеральним шляхом максимальні терапевтичні дози, при хронічних – обирати середні дози препаратів та ентральний шлях їх введення;
- тривалість терапії визначати в залежності від клінічного діагнозу, особливостей перебігу хвороби, індивідуальної переносимості препарату;
- для запобігання побічної дії тривало не призначати ННА з доведеною токсичністю;
- для потенціювання анальгетичної дії використовувати допоміжні препарати (амітриптилін, мідокалм, карбамазепін, ін.).

Таким чином, раціональне застосування ННА у стоматологічній практиці повинно базуватися на науково-обґрунтованих принципах індивідуалізації вибору препаратів, адекватному дозуванні, комбінуванні, профілактиці побічної дії, ін. Присутність на фармакологічному ринку України великої кількості ННА потребує від лікаря-стоматолога професійної компетентності, підвищує його відповідальність за вибір ефективної та безпечної фармакотерапії.

Література

1. Анісімов М.В. Влияние метода обезболивания на качество стоматологического лечения / М.В. Анісімов // Вісник стоматології. – 2011. – № 4. – С. 46-50.
2. Безрукова И.В. Анальгетическое действие препарата кетанов в комплексном лечении больных с пульпитами и периодонтитами / И.В. Безрукова, Л.Н. Герчиков // Стоматология. – 2000. – № 2. – С. 10-11.
3. Безшейко В.Г. Новые подходы к терапии при болевом синдроме: лорноксикам с позиций доказательной медицины / В.Г. Безшейко // Укр. мед. час. – 2013. – № 1/11. – С. 81-84.
4. Бобирьов В.М. Внутрішні хвороби. Фармакотерапія больового синдрому / В.М. Бобирьов, Т.А. Петрова, Г.Ю. Островська. – Полтава: Верстка, 2003. – 240 с.

5. Вікторов О.П. Ефективне та безпечне застосування анальгетиків-антипіретиків (погляд на проблему) / О.П. Вікторов, С.І. Дзяк, О.Є. Базик [та ін.] // Укр. мед. часопис. – 2011. – № 6(86). – XI/ХП. – С. 90-93.
6. Есин О. Боль: лечение и профилактика / О. Есин, Р. Есин, М. Наприенко // Врач. – 2011. – № 7. – С. 43-45.
7. Зорян Е.В. Эффективность и безопасность нестероидных противовоспалительных средств / Е.В. Зорян // Стоматология для всех. – 2012. – № 1. – С. 36-39.
8. Козачок Н.Н. Лидер XXI века в лечении болевого синдрома / Н.Н. Козачок, М.Н. Селюк // Укр. мед. часопис. – 2010. – № 3 (77). – V-VI. – С. 55-58.
9. Малаховська А.О. Порівняльна характеристика післяопераційного болювого синдрому та побічних ефектів при застосуванні різних схем знеболення / А.О. Малаховська, С.М. Шувалов // Вісник стоматології. – 2012. – № 1. – С. 39-42.
10. Сохов С.Т. Сравнительная оценка эффективности различных вариантов применения нестероидных противовоспалительных препаратов при лечении одонтогенных воспалительных заболеваний / С.Т. Сохов, Е.И. Воробьев, Л.А. Аксамит [и др.] // Стоматология для всех. – 2012. – № 1. – С. 4-8.
11. Тасса М. Del. Мелоксикам – нестероидное противовоспалительное средство с избирательным подавлением изофермента циклооксигеназы-2: клиническая эффективность / М. Del. Тасса, R. Colucci, M. Fornai // Анестезиология. – 2010. – № 5-6. – С. 27-36.

УДК 616.31-085.212

ПРИНЦИПИ ЗАСТОСУВАННЯ НЕНАРКОТИЧНИХ АНАЛЬГЕТИКІВ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Бобирьов В. М., Петрова Т. А., Островська Г. Ю., Муляр Л. А., Колот Е. Г.

Резюме. Болюві синдроми у стоматології є найбільш розповсюдженими. Вони викликані запальними процесами, травматичними ушкодженнями, оперативними втручаннями і часто мають інтенсивний характер. Сучасна анальгезія побудована на використанні селективних або специфічних засобів (мелоксикам, цефекоксиб, парекоксиб, ацеклофенак), які володіють високою знеболюючою активністю та краще переносяться хворими, особливо з боку шлунково-кишкового тракту. Рациональне використання анальгетиків повинно базуватися на науково-обґрунтованих принципах індивідуалізації вибору препаратів, адекватному дозуванні, комбінуванні, профілактиці побічної дії, ін. Якісне знеболення суттєво сприяє підвищенню ефективності лікування.

Ключові слова: болювий синдром в стоматології, анальгетична активність, селективні ННА, рациональне знеболення.

УДК 616.31-085.212

ПРИНЦИПЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕНАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бобырев В. Н., Петрова Т. А., Островская Г. Ю., Муляр Л. А., Колот Э. Г.

Резюме. Болевые синдромы в стоматологии встречаются достаточно широко и часто носят интенсивный характер. Причинами их могут быть воспалительные процессы, оперативные вмешательства, травмы, др. Рациональное использование ННА основывается на преимущественном использовании селективных или специфических препаратов (мелоксикам, цефекоксиб, парекоксиб, ацеклофенак), которые обладают выраженной анальгетической активностью и лучше переносятся больными, особенно со стороны желудочно-кишечного тракта. Рациональное использование анальгетиков должно базироваться на научно-обоснованных принципах индивидуализации выбора препаратов, адекватном дозировании, комбинировании, профилактике побочных эффектов, др. Качественное обезболивание существенно способствует повышению эффективности лечения в целом.

Ключевые слова: болевой синдром в стоматологии, анальгетическая активность, селективные ННА, рациональное обезболивание.

UDC 616.31-085.212

PRINCIPLES OF NON-NARCOTIC ANALGESICS USE IN DENTAL PRACTICE

Bobyrov V. M., Petrova T. A., Ostrovska G. Yu., Mulyar L. A., Kolot E. G.

Abstract. Non-narcotic analgesics are used primarily in dentistry to moderate pain of various origins and locations. These drugs are well tolerated, combined, not cause of tolerance, are available for outpatient conditions.

Pharmacological properties of non-narcotic analgesics are based on the inhibiting of the synthesis of COG-2, reduces the formation of prostaglandins and sensitivity of nerve endings, reducing pain and swelling of tissues. The central analgesic effect is related to their penetration through haematoencephalic barrier to the hypothalamus.

Non-narcotic analgesics are widely used in the course of therapeutic, surgical and orthopedic interventions in the patients with pulpitis, periodontitis, pain after teeth extraction, trauma, alveolitis, perykoronaritis, periostitis, osteomyelitis, neuritis, arthritis, phlegmon, etc.

Modern anesthesia based on the using of selective or specific drugs with high analgesic and anti-inflammatory activity and better tolerability, especially in the patients with a problems of gastrointestinal tract. These drugs are meloxicam, celecoxib, parecoxib sodium, aceclofenac which have long-term effect and high analgesic and anti-inflammatory activity.

The nonselective analgesics are used if they have a good tolerance. The ketolorak (ketanov) has a most manifest analgesic effect, similar to the power of opiates. Can be used the powerful analgesic diclofenac sodium, ketopro-

fen, deksketoprofen, lornoksykam. Analginum, indomethacin, phenylbutazone, nimesulide and rofecoxib, which can increase the risk of thrombosis and have a frequent side effects are not widely used. In clinical practice, the using of non-narcotic analgesics should observe the following principles: choice of drug spending in view of the severity of pain; acute pain syndromes – using of a short-term analgesics; for chronic pain – analgesics with prolonged action; should carefully determine the dose and route of administration, duration of therapy; to prevent side effects not prescribe analgesics with severe toxic properties; for potentiation of analgesic effect use auxiliary products (amitryptylyn, mydocalm, carbamazepine, etc.).

Thus, the rational using of narcotic analgesics should be based on the principles of evidence-based individualization of choice of drugs, adequate dosage, combination, prevention of side effects, etc. The quality of anesthesia significantly improves the course of disease and improves the effectiveness of treatment.

The large amounts of non-narcotic medications at the Ukraine pharmacological market requires the professional competence and responsibility of dentist for the selection of safe and effective pharmacotherapy.

Keywords: pain syndrome in dentistry, analgesic activity, selective non-narcotic analgesics, rational anesthesia.

Рецензент – проф. Шапошников А. О.

Стаття надійшла 20.03.2016 року