Волошина Л.И.,
к.мед.н., доцент,
Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава)
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи
г. Полтава, Украина

Скикевич М.Г.,
к.мед.н., доцент,
Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава)
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи
г. Полтава, Украина

Соколова Н.А.,
к.мед.н., ассистент,
Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава)
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи
г. Полтава, Украина

ПРИМЕНЕНИЕ АЭРТАЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Вступление. Проблема хирургического лечения заболеваний, связанных с патологией прорезывания третьего моляра нижней челюсти, остается актуальной, несмотря на новейшие достижения стоматологической науки и практики. На протяжении многих десятилетий операция удаления зуба мудрости обогащает врачей новыми знаниями и умениями, особенно в плане лечения осложнений. Одним из наиболее тяжелых осложнений, возникающих при хирургических манипуляциях на нижней челюсти, является травматический неврит нижнелуночкового нерва [1,3,4]. Основными факторами в развитии ранних воспалительных осложнений служат экзогенное внедрение микроорганизмов, активация очагов одонтогенной инфекции, травматичность оперативного вмешательства и др. К ранним осложнениям оперативного вмешательства при патологии прорезывания тре-

тьих моляров нижней челюсти относят: болевой синдром, гематомы (постинъекционные или постоперацинные), острые воспалительные процессы в околочелюстных мягких тканях. Болевой синдром значительно осложняет течение послеоперационного периода. Связано это с повышением функциональных нагрузок на жизненно важные органы и системы, которые приводят к развитию психосоматических расстройств, проявляющихся развитием депрессивных, фобических, астеничесих состояний. Не следует упускать из внимания тот факт, что при патологии прорезывания третьего моляра нижней челюсти пациенты испытывают боль различной интенсивности, как до операции, так и в послеоперационном периоде. Иногда болевые ощущения длятся до 5-7 дней. Помимо выраженной болевой реакции развивается местный воспалительный процесс в ответ на оперативное вмешательство, интенсивность которого прямо пропорциональна травматичности врачебных манипуляций. Выраженность воспалительного процесса (местный отек тканей, гиперемия, гематомы, повышение местной температуры тканей, ограничение открывания рта) также приводит к усилению болевого синдрома. Поэтому в комплексное лечение пациентов с указанной патологией следует включать медикаментозные препараты, состав которых позволяет купировать несколько симптомов заболевания. Широким вниманием у врачей хирургического профиля пользуются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), обладающие обезболивающим, жаропонижающим, проитивовоспалительным эффектами. Хорошо зарекомендовал себя препарат Аэртал (производитель «Гедеон Рихтер», Венгрия, регистрационное свидетельство № UA/5359/01/01 от 26.10.2011 до 26.10.2016. Приказ № 700 (2) от 26.10.2011). Действующим веществом является ацеклофенак, обладающий обезболивающим и противовоспалительным эффектами. Препарат подавляет развитие отека и эритемы независимо от этиологии воспаления. Ацеклофенак ингибирует образование простагландинов и лейкотриенов за счет обратимого подавления циклооксигеназы 1 и 2 типов.

Установленная клиническая эффективность препарата дополняется хорошей переносимостью. Ацеклофенак быстро всасывается при пероральном применении (действие начинается через 20 минут после приема), максимум концентрации в крови наблюдается через 1-3 час. Период полувыведения – 4 часа. Преимущественная элиминация с мочой (почти 70%). Отсутствует прямое негативное влияние на сердечнососудистую систему и печень. Антипиретический эффект препарата проявляется в течение 60 минут после приема и длится до 6 часов. Препарат не назначают детям до 14 лет, женщинам в период

беременности и лактации. Для пожилых пациентов нет необходимости корригировать дозу. Выпускается в таблетках по 100 мг (терапевтическая суточная доза 200 мг) и в виде крема 1,5% для наружного применения в тубах по 60 грамм. Ацеклофенак противопоказан пациентам с желудочно-кишечным кровотечением или перфорацией язвы в анамнезе, связанными с предшествующей терапией НПВП; с активным кровотечением или нарушением системы свертывания крови; с тяжелой почечной недостаточностью; повышенной чувствительностью к ацеклофенаку или любому вспомогательному компоненту этого препарата, ацетилсалициловой кислоте или НПВП.

Цель исследования – оценить эффективность применения Аэртала в комплексной терапии пациентов с патологией прорезывания третьего моляра нижней челюсти в послеоперационном периоде.

Объект и методы обследования. Под нашим наблюдением находилось 43 пациента в возрасте от 19 до 53-х лет (группа 1). Из них – 24 женщины и 19 мужчин. Пациентам в комплексную терапию был введен Аэртал в дозе 100 мг 2 раза в сутки и нанесение крема на кожу в зоне воспаления 2-3 раза в сутки в течение 5 дней. Контрольную группу (группа 2) составили 39 пациентов в возрасте от 19 до 56-ти лет, которые получали традиционную терапию (в качестве НПВП использовали Нимесил по 1 порошку 3-4 раза в день в течение 5 дней).

Все пациенты были обследованы клинически: осмотр (определение симметрии лица, цвет кожных покровов, степень открывания рта, наличие экссудативного воспаления в зоне оперативного вмешательства), пальпация, термометрия, дополнительные методы обследования (общий клинический анализ крови, мочи, ОПТГ или рентгенограмма нижней челюсти в соответствующей боковой проекции.

Для объективной оценки боли применили опросник DN4, созданный как инструмент для диагностики и дифференциальной диагностики нейропатической боли. Вопросник состоит из двух блоков: первый блок из 7 вопросов заполняется на основании опроса пациента, второй блок из 3 вопросов на основании клинического осмотра. Первый блок позволяет оценить позитивные сенсорные симптомы, такие как спонтанную боль (ощущение жжения; болезненное ощущение холода; ощущение как от ударов током) и парестезии и дизестезии (ощущение ползания мурашек, покалывание, онемение, зуд). Второй блок позволяет врачу выявить аллодинию и негативные сенсорные симптомы. Подсчет баллов вопросника очень прост: сумма баллов выше 4 означает предположительное наличие у пациента нейропатической боли. Валидность вопросника DN4 подтверждена соответствующим исследованием. Он правильно идентифицирует нейропати-

ческую боль у 86% пациентов, а также обладает высоким уровнем чувствительности (82,9%) и специфичности (89,9%). Совсем недавно было опубликовано исследование, показавшее не меньшую эффективность первого блока вопросника (7 пунктов, которые пациент может заполнить самостоятельно) в диагностике нейропатической боли *[4]*. Вопросник DN4 переведен на большинство европейских языков, в том числе и на русский. Русскоязычная версия вопросника прошла лингвистическую валидацию с соблюдением всех международных требований *[2]*. В связи с тем, что вопросник DN4 прошел лингвистическую валидацию для русского языка предложено использовать именно его для русскоговорящих пациентов.

Данные (клиническая симптоматика, лабораторные исследования), полученные при работе с пациентами были обработаны вариационно-статистическим методом и использованием персонального компьютера. Достоверность результатов определяли по критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение. На второй день после операции атипичного удаления третьего моляра нижней челюсти у больных обеих групп наблюдалась асимметрия лица за счет отека мягких тканей в области послеоперационной раны. В первый день после операции у всех пациентов обеих групп наблюдался значительный коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей. Через три дня после оперативного вмешательства отек мягких тканей в 1 группе пациентов сохранялся только у 1 мужчины (2,32%), во 2 группе – у 6 пациентов (15,38%). На 5-е сутки после операции отек мягких тканей сохранялся только у 3 пациентов 2 группы (7,69%).

Слизистая оболочка в области послеоперационной раны у всех пациентов обеих групп в первый день после операции была гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. На третьи сутки после операции в 1 группе эта симптоматика сохранялась только у 2 пациентов (4,08%), во 2 группе – у 4 пациентов (10,26%). На 5-е сутки наблюдения указанная симптоматика выявлена только у 2 пациентов 2 группы (5,13%).

Общая температурная реакция нормализовалась у всех пациентов первой группы на 4-е сутки наблюдения, второй группы – на 6-е сутки.

В послеоперационном периоде пациенты обеих групп испытывали сильную боль в области послеоперационной раны, боль при движениях нижней челюстью, головную боль, головокружения, чувство страха и тревожности. При анализе результатов обследования по вопроснику DN4 у всех пациентов в первые сутки после оперативного вмешательства было отмечено наличие невропатической боли (7-9

баллов). У пациентов 1 группы уже к 4 суткам наблюдения результат обследования не превышал 4 баллов. Пациенты 2 группы достигли этого показателя к 6 дню наблюдения.

Побочные эффекты при лечении ацеклофенаком отмечены у 4 пациентов (гастралгия – 1 пациента, тошнота – 1 пациент, бессонница – 2 пациента). У пациентов 2 группы наблюдался 1 случай обострения язвенной болезни желудка. Воспалительных осложнений в послеоперационном периоде в обеих группах не наблюдалось.

Выводы. На основании проведенных обследований можно сделать вывод о том, что сочетанное применение препарата Аэртал (в таблетках и крема наружно) значительно превышают болеутоляющее, жаропонижающее и противовоспалительное действие традиционных средств («Нимесил»). Осложнений в группе обследования не зафиксировано. Можно рекомендовать препарат Аэртал для широкого применения в амбулаторной практике хирурга-стоматолога.

Литература

1. Григорьянц Л.А. Лечение травм нижнеальвеолярного нерва, вызванных выведением пломбировочного материала в нижнечелюстной канал / Л. А. Григорьянц, С. В. Сирак // Клиническая стоматология. – 2006. – № 1. – С. 52-56.
2. Данилов А.Б. Диагностические шкалы для оценки невропатической боли А.Б. Данилов, О.С. Давыдов // Боль. – 2007. – № 3(16). – С.11-15.
3. Рузін Г.П. Основи технології операцій у хірургічній стоматології та щелепно-лицевій хірургії: навч. посіб./ Г.П. Рузін, М.П. Бурих. – Вид. 2-е, перероб. та доп. – Вінниця: Нова книга, 2008. – 375 с.
4. Bouhassira D. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4) / D. Bouhassira, N. Attal, H. Alchaar [et al.] // Pain. – 2005. – T. 114. – C. 29-36.