

Запропонований винахід відноситься до медицини, а саме до стоматології.

Серед травматичних ушкоджень кісток лицевого скелету переважають переломи нижньої щелепи, які майже у 40% випадків ускладнюються посттравматичним остеомієлітом, уповільненою консолидацією, формуванням несправжнього суглоба та ін. (А.А.Тимофеев, 1998). Травматичні ушкодження супроводжуються розвитком гострої емоційно-больової реакції (В.Д. Кабаков, В.А.Малышев, 1981), що негативно впливає на репаративний остеогенез (Л.І.Волошина, 1996).

Больовий вплив, зокрема емоційно-больовий стрес, може призводити до дистресу внутрішніх органів. При цьому найважчі глибокі та труднооборотні зміни в організмі людини, яка пережила ЕБС, відбуваються наприкінці другої доби.

Відомі способи фармакологічної корекції репаративного остеогенезу при переломах кісток, зокрема нижньої щелепи, що включають використання анаболічних стероїдів, пірімідінових похідних та пуринових основ (В.Д. Архипов, 1988; С.А.Усенко, 1986), вітамінів та препаратів антиоксидантної дії (Э.В.Стрюк, 1990), комплексів мікроелементів (В.П.Коробов и соавт., 1982), остеотропних антибіотиків та ацеміна (Е.А. Карасюнок, 1992), ноотропних препаратів (Л.І.Волошина, 1996) та ін.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб лікування хворих на переломи нижньої щелепи, що включають введення наркотичних анальгетиків або поєднане введення розчинів анальгіну та дімедролу внутрішньом'язово, після шинування або оперативного втручання, а потім декілька разів на вимогу хворого.

Недоліком відомого способу є недостатній ступінь ефективності, який обумовлений тим що наркотичні анальгетики, мають значні побічні ефекти - депресія дихання, нудота, блювання, пригнічення моторики шлунково-кишкового тракту, а головне - розвиток звикання та залежності.

В основу винаходу поставлене завдання створити спосіб комплексного лікування хворих з переломами нижньої щелепи шляхом удосконалення відомого способу досягти усунення больового синдрому у хворих з переломами нижньої щелепи та забезпечити підвищення ступеню ефективності лікування.

Поставлене завдання вирішують створенням способу комплексного лікування хворих з переломами нижньої щелепи, що включає репозицію та фіксацію уламків щелепи та використання знеболюючих засобів, який згідно винаходу, відрізняється тим, що в якості знеболюючого засобу призначають пероральне використання Солпадеїну Солюбл по 2 розчинні пігулки кожні 6 годин.

Запропонований спосіб здійснюється таким чином. Відразу після репозиції та фіксації уламків хворому призначають перорально 2 розчинні пігулки Солпадеїну Солюбл, а потім в разі необхідності до 4 разів на добу.

Приклад: хворий В., 33 років, був госпіталізований у відділення щелепно-лицевої хірургії Полтавської обласної клінічної лікарні 05.04.02 (історія хвороби №5368) зі скаргами на біль у нижній щелепі, порушення прикусу та неможливість вживання їжі. Після проведення суб'єктивного та об'єктивного обстеження хворого, встановлений клінічний діагноз: посттравматичний двобічний перелом нижньої щелепи в ділянці правого ікла та лівого кута. За вербальною шкалою хворий оцінив свій біль у 3 бали. Артеріальний тиск - 140/90мм.рт.ст. Рівень ситуативної тривожності складав 51 бал. Після репозиції та фіксації уламків нижньої щелепи двощелепними індивідуальними назубними дротяними шинами із зачіпними гачками та міжщелепно еластичною тягою. Призначено Солпадеїн Солюбл за вищенаведеною схемою. Наступної доби показники артеріального тиску були в межах норми. На другу добу спостереження рівень ситуативної тривожності складав 29 балів. Термін вживання Солпадеїну Солюбл становив 2 доби. Хворий В., був виписаний на амбулаторне лікування через 15 днів. Ускладнення не зафіксовані.

Парацетамол, що входить до складу препарату, пригнічує обидва типи ферменту циклооксигенази, з яких один постійно присутній в багатьох органах і тканинах та відповідає за захист слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, нирковий кровообіг, гемостаз та ін., а другий виявляється у осередках запалення та у місцях ушкодження тканин. Відомо, що парацетамол проникає крізь гемато-енцефалічний бар'єр та блокує синтез простагландинів на рівні ЦНС, крім того, він блокує імпульси на периферичних браджінін чутливих хеморецепторах, які відповідають за виникнення болю (Michand J., 1981). Кодеїн, що входить до складу Солпадеїну, взаємодіє з опіатними рецепторами ЦНС, що призводить до інгібіції болесприймаючих рефлексів і, таким чином, змінює емоційне сприйняття болю.

Поєднання парацетамолу та кофеїну перевищує ізольований ефект кожного з препаратів при окремому застосуванні. Останнім часом припускається пряма анальгетична дія кофеїну, він є активним учасником адренергічної аналгезії. Більш важливою є думка, що кофеїн розрихлює гематоенцефалічний бар'єр, внаслідок чого іншому препарату полегшується доступ до центральної нервової системи.

Нами було проліковано 60 чоловіків віком від 25 до 55 років з переломами кісток лицевого скелету. Найбільш поширеним діагнозом були переломи нижньої щелепи у ділянці кута (53,3%). В залежності від методу післяопераційного знеболення, хворі були поділені на дві групи 15 та 45 осіб. Середній вік в першій групі хворих складав 37,13±4,38, а у другій, пацієнти якої вживали Солпадеїн Солюбл - 42,47±6,11 років.

В першій групі для післяопераційного знеболення використовували 50% розчин анальгіну (2мл) та 1% розчин дімедролу (1мл), які вводили внутрішньом'язово одразу після операції, а потім на вимогу хворого. Другій групі пацієнтів призначали Солпадеїн Солюбл по 2 розчинні таблетки кожні 6 годин.

Стан хворих вивчали на п'яти етапах: до оперативного втручання, через 1, 6, 24 та 48 годин після оперативного втручання або шинування.

Для об'єктивної оцінки ефективності дії анальгезуючих препаратів використовували вербальний метод оцінки прояву болю, коли хворий сам описує характер, силу болю, вплив його на самопочуття, сон та чинники, які можуть вплинути на больові відчуття тощо. Згідно з цим методом виділяють чотири ступеня больового синдрому: легкий (1 бал), коли хворого легко відволікти від болю зовнішніми подразниками, чи іншими обставинами; відчутний біль (2 бали), коли для відволікання потрібні сильні емоційні та фізичні подразники, або якісь події, важливі для хворого; сильний біль (3 бали), від якого хворого не можна відволікти нічим - біль опановує людиною, керує її діями, настроєм, на її обличчі з'являється гримаса болю; нестерпний біль (4 бали).

Вивчалися загальноклінічні показники: артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, температура тіла. Рівень ситуативної тривожності визначали за шкалою Ч. Спілбергера до операції та через 48 годин після операції. Ситуативна тривожність це поведінка людини, яка не пов'язана з наявністю у нього особистої тривожності - вона виявляється у визначених (але не в усіх) ситуаціях (Н.В.Киреев з співавт., 1995).

Статистична обробка результатів проведена за допомогою IBM PC Pentium з урахуванням вірогідності спостережень за критерієм Стюдента та кореляційним аналізом.

Внаслідок проведеного лікування, як в першій, так і в другій групах хворих до оперативного втручання визначався високий рівень ситуативної тривожності за Спілбергером -  $51,2 \pm 0,6$  та  $52,8 \pm 0,2$  відповідно. Однак, хворі, що вживали Солпадеїн Солюбл вже на 2 добу спостереження мали низький показник ситуативної тривожності ( $29,7 \pm 0,1$ ) на відміну від хворих першої групи, у яких цей показник був дещо підвищений ( $45,2 \pm 0,2$ ). Зміну рівня ситуативної тривожності у хворих другої групи можна пояснити впливом Солпадеїну не тільки на больові відчуття, а й на емоційну сферу завдяки взаємодії кодеїну з опіатними рецепторами ЦНС.

Вивчення показників артеріального тиску показало, що вірогідної різниці між досліджуваними групами немає. Найбільш стійкий гемодинамічний ефект виявлено у хворих другої групи. Частота серцевих скорочень майже не змінювалася ( $p > 0,05$ ), хоча у пацієнтів першої групи була тенденція до її зростання (табл.1). Хворі, які отримували Солпадеїн не скаржилися на безсоння, що свідчить про центральну дію препарату (вплив кодеїну). Така реакція вегетативної нервової системи у поєднанні з показниками ситуативної тривожності свідчить про наявність значної системної стресової реакції.

Таблица 1

Зміни частоти серцевих скорочень у хворих в залежності від виду анальгезуючого препарату

Етапи дослідження	Частота серцевих скорочені у хворих	
	I групи	II групи
До операції	$73,8 \pm 2,1$	$72,3 \pm 2,5$
Через 1 годину	$74,7 \pm 2,4$	$74,5 \pm 2,3$
Через 6 годин	$76,5 \pm 3,7$	$72,6 \pm 2,3$
Через 24 години	$76,8 \pm 3,2$	$72,9 \pm 2,4$
Через 48 годин	$78,5 \pm 2,9$	$72,5 \pm 2,1$

Силу прояву болю (в балах) в передопераційному періоді хворі з травматичними ушкодженнями лицевого скелету оцінювали в середньому в 3 бали. Пацієнти, які отримували Солпадеїн Солюбл за вищенаведеною схемою вже за 24 години після операції оцінювали больові відчуття в 1 бал. Хворі першої групи таку оцінку могли дати лише на третю добу.

Кореляційний аналіз проводили на усіх етапах спостереження. В першій групі за годину та за 6 годин після оперативного втручання виявлялася залежність між проявом болю та показниками гемодинаміки ( $r=0,79$ ;  $p < 0,01$ ). На другу добу така залежність вже не виявлялася. У хворих, які вживали Солпадеїн Солюбл, за добу вже не було вірогідної залежності між показниками інтенсивності болю та показниками гемодинаміки, що свідчить про позитивний вплив препарату.