

ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА В ФАЗЕ 1 И ФАЗЕ 2

■ П.В. Сидельников, *Институт стоматологии НМАПО им. П.Л.Шупика*

■ Л.Ф. Сидельникова,
■ Н.И. Григ

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца
Украина, Киев*



Одной из актуальных проблем на современном этапе развития стоматологии является проблема боли и обезбоживания. Большинство стоматологических заболеваний, а также ряд диагностических, лечебных манипуляций в челюстно-лицевой области сопровождаются болезненными ощущениями различной интенсивности. При этом адекватная анальгезия является проявлением не только гуманного отношения к пациенту, но и следствием глубокого понимания механизмов боли, как интегрального фактора отрицательного воздействия на основные функциональные системы организма. Без этого поиск надежных методов борьбы с болью будет оставаться малоэффективным. Применение новых методик обезбоживания, изыскание адекватных способов борьбы с болевым синдромом требуют ясных представлений о физиологических, биохимических и психофизиологических механизмах возникновения болевых ощущений и возможности их подавления [1, 2].

Достижения общей медицины, нейроанатомии, нейрофизиологии, фармакологии привели к созданию огромного арсенала лекарственных препаратов целенаправленного воздействия как на механизмы болевого восприятия, так и на различные звенья

проводящих путей. Основные группы медикаментозных средств, используемых для обезбоживания в стоматологии, подразделяют на анальгетики (наркотические и ненаркотические) и анестетики (местные и общие). Кроме того, имеется большая группа препаратов, способствующих обезбоживанию, т.е. средств, обладающих опосредованным анальгетическим действием. Выбор фармакологических средств определяется интенсивностью болевого синдрома [3].

В своей практической деятельности стоматолог довольно часто сталкивается с острой болью средней или высокой интенсивности. Причиной ее возникновения могут быть различные факторы, действующие как извне, так и образующиеся в результате патологических процессов в зубах, тканях пародонта и слизистой оболочке полости рта (пульпит, периодонтит, эрозивные, язвенные поражения десен, СОПР), травмы тканей, оперативные вмешательства.

При этом, независимо от вида, характера, длительности действия фактора повреждения в тканях образуется много различных «гуморальных продуктов боли», местных биохимических трансмиттеров болевого восприятия, включая такие как: ионы К⁺, серотонин, гистамин, ацетилхолин, простагландины, кинины и др., а также продукты жизнедеятельности клеток крови (лимфокины, монокины, интерлейкины), выступающие не только как аллогены, но и как маркеры воспалительного ответа. Перечисленные вещества, действуя местно, усиливают болевое восприятие [2].

Стоматологам чаще всего приходится купировать болевые синдромы

воспалительного генеза. Необходимо отметить ряд анатомо-физиологических особенностей челюстно-лицевой области, которые моделируют механизмы возникновения и проведения болевых импульсов, а также влияют на фармакокинетику обезбоживающих препаратов:

- это высокая степень иннервации и васкуляризации данной области;
- развитие воспалительного процесса протекает в закрытом пространстве (пульпиты, периодонтиты);
- постоянное механическое воздействие на ткани пародонта и слизистую оболочку при приеме пищи, разговоре и т.д.;
- высокая бактериальная обсемененность полости рта.

Боль является одним из клинических симптомов, «отражающих» патологические процессы в зубах (острые и обострившиеся пульпиты, периодонтиты), тканях пародонта (гингивит, пародонтит), СОПР (стоматиты).

В связи с наличием различных компонентов болевого синдрома для его блокирования недостаточно только общего лечебного воздействия. Общепринятое использование наркотических анальгетиков или местных анестетиков приводит к кратковременному благополучию и «смазанной» картине болезни. В таких клинических случаях купирование болевых приступов должно строиться на принципе «сбалансированной анальгезии», которая предполагает комбинированное противовоспалительное и обезбоживающее действия (рис. 1) [4].

Для устранения и уменьшения интенсивности болевого синдрома в



Рис. 1. Принцип «сбалансированной анальгезии»

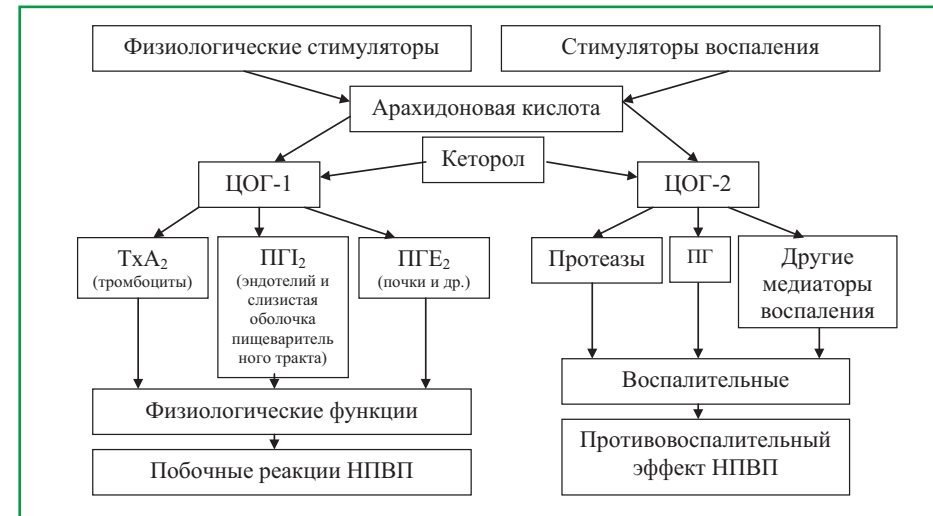


Рис. 2. Механизм действия Кеторола

стоматологии широко применяются ненаркотические анальгетики. Эти препараты, ингибируя циклооксигеназу, угнетают метаболизм арахидоновой кислоты, что приводит к нарушению образования простагландинов, участвующих в процессах возникновения боли, воспаления и лихорадки, а также снижают чувствительность болевых рецепторов к брадикинину, уменьшают отек тканей в очаге воспаления и ослабляют механическое сдавливание ноцицепторов.

Данным требованиям практически в полной мере отвечают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

В последние годы были синтезированы НПВП с выраженным болеутоляющим потенциалом. Воздействуя на все звенья патологического процесса в поврежденных тканях, они оказывают не только анальгезирующий эффект, но и способствуют снижению интенсивности воспалительного процесса, уменьшению отека, нормализации микроциркуляции, улучшению общего состояния пациента.

Одним из таких НПВП с мощным болеутоляющим действием, сопоставимым с трамаолом, является Кеторол [3].

Кеторолак – производное пиролуксусной кислоты, оказывает анальгетический эффект посредством подавления ферментной системы циклооксигеназы, нарушая каскад реакций арахидоновой кислоты, что приводит к уменьшению образования циклических эндопероксидов, вызывающих боль, отек, гиперемию, гипертермию (рис. 2).

Анальгезирующие эффекты Кеторола обусловлены двумя механизмами – периферическим, через подавление синтеза простагландинов и кининогенов, и центральным, через ингибирование синтеза простагландинов и субстанции Р в центральной нервной системе.

Это объясняет высокую эффективность Кеторола в предоперационном и послеоперационном периоде. Назначение Кеторола в качестве базисного анальгетика в послеоперационном периоде позволяет существенно снизить потребность в опиоидах без

ухудшения эффективности обезбоживающей терапии [6].

Кеторол по силе обезбоживающего эффекта сопоставим с наркотическими анальгетиками [8]. Наркотические анальгетики практически не используются в амбулаторной практике, в частности в практике стоматолога, поэтому препаратом выбора является Кеторол.

Учитывая вышеизложенное, мы поставили цель – повысить эффективность обезбоживающих мероприятий на этапе предоперационной подготовки пациентов к проведению пародонтальных операций, а также в послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего под наблюдением находилось 43 пациента в возрасте 35-50 лет, из них 19 мужчин и 24 женщины.

В предоперационном периоде всем пациентам проводили комплексное клинико-рентгенологическое обследование. У 21 больного был поставлен диагноз генерализованный пародонтит I-II ст. хронического течения, у 22 больных генерализованный пародонтит II-III ст. хронического течения.

После профессиональной гигиены и противовоспалительной терапии проводили депульпирование зубов по показаниям.

Хирургическое вмешательство включало:

- удаление от 2-х до 14-ти зубов при генерализованном пародонтите II-III степени;
- костную пластику, включая синуслифтинг;
- установку дентальных имплантатов – от 3-х до 16-ти ед.

Время оперативного вмешательства составляло 2-2,5 часа.

Каждому пациенту подбирали индивидуальную схему премедикации с использованием препаратов разных групп (снотворные, транквилизаторы, опиоиды, локальные анестетики) с учетом общего состояния пациента, сопутствующих общих заболеваний, возраста.

Учитывая рекомендации кафедры анестезиологии и интенсивной терапии НМАПО (5) и в соответствии с инструкцией фирмы разработчика, всем пациентам в предоперационный период назначали Кеторол в качестве pre-emptiv анальгезии, пациентам 55-60-ти лет – начальную дозу в виде в/м инъекции 15 мг, а пациентам 35-50-ти лет – 30 мг. После операции переходили на таблетированную форму препарата. В день перехода суточная доза не превышала 40 мг.

В постоперационном периоде – вторые, третьи сутки назначали таблетированную форму по 10 мг 2–3 раза в день в зависимости от возраста, объема операции и интенсивности болевого синдрома. Курс лечения – до 3 суток. Суточная доза не превышала 40 мг.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Полученные в ходе проводимых хирургических вмешательств данные свидетельствуют о высокой эффективности Кеторола в тех клинических случаях, когда купирование боли является одной из приоритетных задач в комплексе лечебных мероприятий, в частности, депульпирования зубов и проведения пародонтальных операций с дентальной имплантацией.

Процесс купирования болевого синдрома начинался через 20–25 мин. после первого введения препарата, и максимальный анальгетический эффект сохранялся 4–6 часов.

Клинически и со слов больных, реабилитационный период протекал мягко, без выраженных осложнений, вызванных болевыми ощущениями.

Важно отметить, что купирование болевого синдрома Кеторолом способствовало уменьшению психоэмоционального напряжения.

На фоне приема Кеторола отмечалась выраженная тенденция к снижению интенсивности воспалительного процесса. У большинства пациентов зафиксировано значительное уменьшение отека, экссудации в поврежденных тканях, что сокращало сроки послеоперационного периода.

Большинство пациентов отметили хорошую переносимость препарата, лишь в двух случаях отмечены жалобы на отрыжку и изжогу, которые исчезли спустя сутки после приема Кеторола.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нестероидный противовоспалительный препарат Кеторол обеспечивает выраженный длительный обезболивающий эффект, оказывает противовоспалительное, жаропонижающее действие и в рекомендуемых дозах хорошо переносится пациентами, как в таблетированной форме, так и при внутримышечном введении.

Считаем целесообразным и патогенетически обоснованным введение Кеторола как препарата для «упреждающей» анальгезии при проведении лечебных и эндодонтических мероприятий в фазе 1, а также на этапах проведения пародонтологических операций с дентальной имплантацией (фаза 2).

ЛИТЕРАТУРА

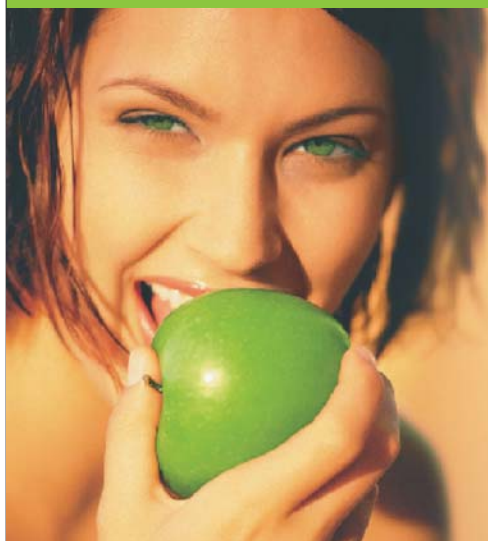
1. Павленко А.В., Волосовец Т.Н. Современные подходы к контролю болевого синдрома в стоматологии // Современная стоматология, 2003. - № 1. - С. 6-8.
2. Долгих В.Т. Клиническая патофизиология для стоматолога. - Н. Новгород, 2000. - 196 с.
3. Стош В.И., Рабинович С.А., Зорян Е.В. Руководство по анестезиологии и оказанию неотложной помощи в стоматологии. - М., 2002. - 270 с.
4. Сидельникова Л.Ф., Коленко Ю.Г., Линовицкая Л.В. Проблема «сбалансированной анальгезии» в стоматологии и возможности ее решения с применением препарата «Кеторол» // Современная стоматология, 2004, № 2. - С. 18-20.
5. Шлапак И.П., Гуляева М.В., Гуляев Д.В., Цыба А.М., Осовская А.В. Кеторол: обоснование применения в рациональной послеоперационной анальгезии. Метод, рекомендации. - Киев, 2000. - 19 с.
6. Сидельников П.В., Чуев В.В. Пути повышения качества обезболивания при проведении костно-пластических операций с дентальной имплантацией // Современная стоматология. - 2008, 2. - С. 29-32.
7. Лебедева Р.Н. и соавт. Методы применения кеторолака трометамин у больных в раннем послеоперационном периоде // Анестезиология и реаниматология, 1997, №5. - С. 98-102.
8. Инструкция по медицинскому применению препарата.



НИЖНЕВОЛЖСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ

2013

12 Всероссийская специализированная выставка «Дентал-Экспо. Волгоград»



- Оборудование, установки, инструмент, материалы
- Межрегиональный клинический симпозиум
- Мастер-классы, обучающие семинары



Официальная поддержка



Генеральный информационный спонсор



Генеральный информационный партнер



27-29 МАРТА

ВОЛГОГРАД

ЭКСПОЦЕНТР

пр. Ленина, 65 А

Организаторы:



ВЦ «ВолгоградЭКСПО»
Тел./факс: (8442) 55-13-17
E-mail: stom@volgogradexpo.ru
www.volgogradexpo.ru



ВК ДЕНТАЛЭКСПО
Тел./факс: (495) 921-40-69
E-mail: region@dental-expo.com
www.dental-expo.com