

Результаты клинической оценки эффективности препарата «НИМЕСИЛ» при болевых синдромах лица и полости рта



■ Э.Г. Борисова,
доктор медицинских наук



■ В.А. Железняк,
кандидат медицинских наук

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Болевые синдромы лица и полости рта могут быть обусловлены различными по характеру причинами, и в настоящее время являются наиболее сложными в диагностике и лечении на амбулаторном стоматологическом приеме. Данная ситуация связана не только с ограниченными диагностическими возможностями стоматологических клиник, но и компетентностью практикующих врачей, которые чаще специализируются на какой-либо одной области стоматологии [1,2,3].

Несмотря на то, что стоматология в последние годы ознаменовалась успехами, связанными с использованием новейших достижений материаловедения и новыми технологиями, в муниципальные и частные стоматологические клиники все чаще обращаются пациенты не только с болями в зубах или пародонте, но и с головными и лицевыми болями, щелканьем в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС), заложенностью ушей, затрудненными движениями нижней челюсти [1,2,3,4]. Это ставит сложные диагностические задачи не только перед стоматологами, но и в первую очередь перед невропатологами, отоларингологами, вертебрологами, а иногда и психиатрами [3,4,5]. Так, например, после зубного протезирования, когда функция жевательных мышц не успевает адаптироваться к непривычной окклюзии, может возникнуть болевой синдром. Изменения окклюзии могут вызвать даже минимальные нарушения в ВНЧС, но в результате длительные непривычные движения нижней челюсти в дальнейшем приводят к дегенеративным изменениям в одном или в обоих сочленениях, а спастические сокращения

латеральной крыловидной мышцы вызывают резкие боли в ВНЧС.

Для клинической картины миофасциального болевого синдрома лица (МФБСЛ) типичны следующие симптомы: лицевые, головные и невралгические боли, утомляемость и боль жевательной мускулатуры, иногда, смещение нижней челюсти в сторону, ощущение заложенности в ухе, понижение слуха, чувство прилива крови при наклоне головы, ощущение пересыпания песка в голове, головокружение. Иногда присоединяются глоссалгия, парестезия, сухость во рту. Один из самых частых симптомов – боль в височно-нижнечелюстном суставе, жевательных мышцах, разных отделах лица, головы, шеи, языка. Боль в височно-нижнечелюстном суставе появляется во время жевания и разговора, при открывании и закрывании рта, боковых движениях нижней челюсти.

Одним из социальных аспектов лечения болевых синдромов лица и полости рта является бесконтрольный прием обезболивающих и седативных средств, самолечение больных, что часто приводит к хронической интоксикации организма и лекарственной зависимости [1,2,3,4,5]. Пациенты с хроническими болями челюстно-лицевой

области ходят порой по замкнутому кругу: от стоматолога-терапевта к стоматологу-ортопеду или стоматологу-хирургу, к неврологу или психиатру, вновь возвращаясь к стоматологу.

Целью нашей работы явилось повышение качества диагностики и эффективности комплексного этиопатогенетического лечения хронических болевых синдромов лица и полости рта, в частности миофасциального болевого синдрома.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для изучения характера и степени выраженности патофункциональных нарушений при МФБСЛ было проведено комплексное обследование 57 пациентов, средний возраст которых составил – $42,0 \pm 9,4$ года, средняя длительность заболевания у пациентов составила $2,4 \pm 0,8$ года. Обследование включало:

- **клиническое обследование**, предусматривающее помимо изучения жалоб, анамнеза оценку объективного стоматологического статуса: визуальную и пальпаторную диагностику, определение гигиенического состояния полости рта, индексную оценку тканей пародонта, сохранность зубных рядов,

особенности прикуса, состояние твердых тканей зубов; оценку окклюзионных взаимоотношений, предусматривающую анализ состояния отдельных зубов, их положение в зубном ряду и отношение к антагонистам; клиническую оценку состояния личностно-эмоциональной сферы; определение мышечно-тонических нарушений в жевательной группе мышц при помощи пальпации;

- **клинико-инструментальное обследование**, включающее количественную оценку болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ),
- **нейропсихологическое обследование**, проведенное по программе «Антиболь» и позволяющее оценить выраженность компонентов болевого синдрома по 7-ми факторам-шкалам на различных уровнях психического отражения – ноцицепции, ощущения боли, переживания боли, болевого поведения, адаптивности и получить интегральную в баллах / процентах (количественную и качественную) оценку боли; с использованием шкалы HADS, для определения уровня тревоги и депрессии ((The hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Zigmond A.S., Snaith R.P. 1983);
- **рентгенологическое исследование** изменений лицевого скелета методом компьютерной томографии, ВНЧС методом ортопантомографии (ОПТГ).

В соответствии с целью работы результаты исследования были сгруппированы таким образом, чтобы можно было сопоставить различные качественные и количественные показатели. Статистический анализ материалов, полученных в результате выполнения диссертации, проводился с использованием математического пакета программ Statistica 7.0 и «BIOSAT», которые являются интегрированной средой статистического анализа и обработки данных.

Пациенты с МФБСЛ были разделены на две клинические группы.

Обязательным принципом была медикаментозная терапия для двух клинических групп, включающая назначения анксиолитиков: Адаптол. Для регуляции обмена веществ, уменьшения психоэмоционального напряжения и вегето-сосудистых

расстройств, нормализации и активизации процессов защитного торможения в ЦНС назначался Глицин. Учитывая активное участие в процессах проведения нервного возбуждения в синапсах витамина В₁, а также витамина В₆, необходимого в качестве кофермента важнейших ферментов нервных тканей и участвующего в биосинтезе нейромедиаторов (адреналин, норадреналин, дофамин) мы рекомендовали применять Нейромультивит. При выраженных болях назначали НПВС – в первой группе пациентов (28 чел.) – **Ибупрофен по 200 мг 3 раза в сутки**. Курс лечения составлял 7 дней. Пациентам 2 клинической группы (29 чел.) рекомендовали принимать Нимесил внутрь, по 1 пакетику (100 мг нимесулида) 2 раза в сутки (например, в 8 часов утром и в 20 часов вечером) после еды, растворяя содержимое пакетика в 100 мл воды. **Курс лечения составлял 5 дней**. Нимесил является нестероидным противовоспалительным препаратом из класса сульфонамидов и оказывает противовоспалительное, обезболивающее и жаропонижающее действие. Выбор препарата Нимесил был не случаен. Известно, что использование НПВП (например, Ибупрофена) может вызвать побочные эффекты, чаще всего связанные с работой желудочно-кишечного тракта [4,5]. Кроме того, Ибупрофен блокирует формы ЦОГ-1 и ЦОГ-2 одновременно. При ингибировании ЦОГ-2 достигается необходимый эффект, а при ингибировании ЦОГ-1 возникают нежелательные побочные эффекты.

Нимесил относится к новому поколению препаратов, действующих селективно. Нимесил в меньшей степени действует на ЦОГ-1, подавляя преимущественно ЦОГ-2 – фермент, отвечающий за развитие в очаге поражения воспалительного процесса, и является препаратом с большей степенью безопасности. Форма выпуска препарата Нимесил (гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь) обеспечивают удобство его применения, оптимальное всасывание и быстрое начало действия. Уже через 30 минут после приема внутрь концентрация препарата в крови составляет 25–80% от максимального уровня, отмечается начало обезболивающего действия. Пик концентрации препарата и максимальное анальгетическое действие достигается через 1–3 часа.

Для оценки эффективности проводимой терапии обследование проводилось дважды – до лечения и после лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ данных анамнеза и осмотра полости рта позволили составить общее представление о стоматологическом статусе пациентов, поставить предположительный диагноз, провести статистический анализ факторов риска развития МФБСЛ (рис. 1).

Данные рисунка 1 наглядно свидетельствуют о преобладании заболеваний пародонта (до 21,65%), а также иллюстрируют довольно высокий процент

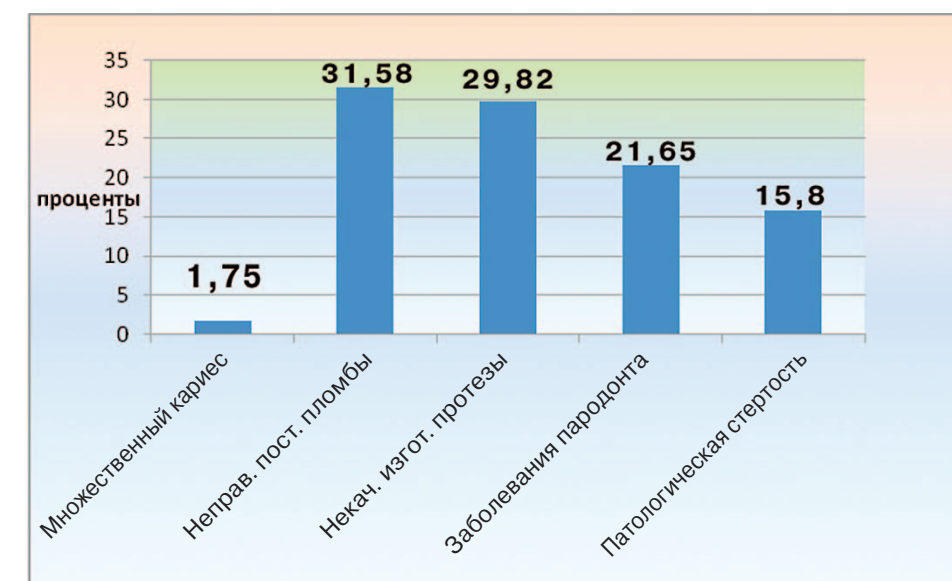


Рис. 1. Данные осмотра полости рта у пациентов с МФБСЛ

некачественно оказанной ранее стоматологической помощи (до 31,58%). По нашему мнению, эти факторы могли быть пусковыми, либо поддерживающими в развитии МФБСЛ.

Применение Нимесила значительно повысило эффективность проведенного комплексного лечения, по сравнению с группой, где принимали Ибупрофен, что получило статистическое подтверждение ($P < 0,05$) проведением клинко-функциональных, инструментальных методов (рис.2).

Если до лечения средний показатель оценки боли по ВАШ в первой и второй группах составил $5,6 \pm 0,02$ балла, то после проведенного курсового лечения эти показатели значительно снизились, соответ-

ственно, в первой группе – до $1,1 \pm 0,02$ балла, а во второй – до $1,9 \pm 0,03$ балла ($p < 0,05$). Следовательно, статистически достоверное снижение интенсивности боли по ВАШ подтверждает эффективность проведенного комплекса лечения, отмечая при этом большую эффективность Нимесила по сравнению и Ибупрофеном.

Кроме того, после проведенного курса лечения у пациентов обеих групп значительно уменьшилась раздражительность, плаксивость, нормализовался сон, появилась вера в успех лечения (рис.3), т.к. снижение или значительное уменьшение болевого синдрома рефлекторно ведет к улучшению в психо-эмоциональной сфере пациентов, что, в свою очередь благо-

приятствует длительной ремиссии. Но пациенты, в комплекс лечения которых был включен Нимесил, уже на 1–3 сутки (для сравнения: пациенты 2 группы – на 4–5 сутки) отмечали значительное снижение не только качества боли, но и улучшение качества жизни.

Необходимо отметить, что у пациентов, принимавших Нимесил, не наблюдалось таких побочных явлений, как апатия, сонливость, тошнота, рвота, боль в эпигастриальной области. Тогда как в группе пациентов, принимавших Ибупрофен, у 13 чел. (46,43%) после 2 суток применения появились изжога и тошнота, а у 8 чел. (28,57%) явления метеоризма.

Выводы

Включение препарата Нимесил в комплекс лечения болевых синдромов лица и полости рта в амбулаторной стоматологической практике позволяет в короткие сроки получить стойкий терапевтический эффект, хорошо переносится пациентами и позволяет минимизировать побочные эффекты от НПВС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова Э.Г. Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта в амбулаторных условиях / Э.Г. Борисова – Воронеж: Изд-во ВГУ, 2011. – 128 с.
2. Борисова Э.Г. Применение дексалгина и лазеротерапии для коррекции болей при альвеолите/ Э.Г. Борисова // Стоматолог-практик – №2. – 2015. – С.50–51.
3. Борисова Э.Г. Хронические болевые и парестетические синдромы языка: клиника, диагностика, лечение, профилактика и организация лечебного процесса/ Дис...докт. мед.наук. Воронеж, 2015. – 225с.
4. Каратеев А.Е., Яхно Н.Н., Лазебник Л.Б. и др. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. Москва, ИМА–ПРЕСС, 2009, 167 с.
5. Стуров Н. В., Кузнецов В. И. Клинико-фармакологическая характеристика НПВС для врача общей практики / Н.В. Стуров, И.И. Кузнецов.// Земский врач.– №1. – 2011. – С.11–14.

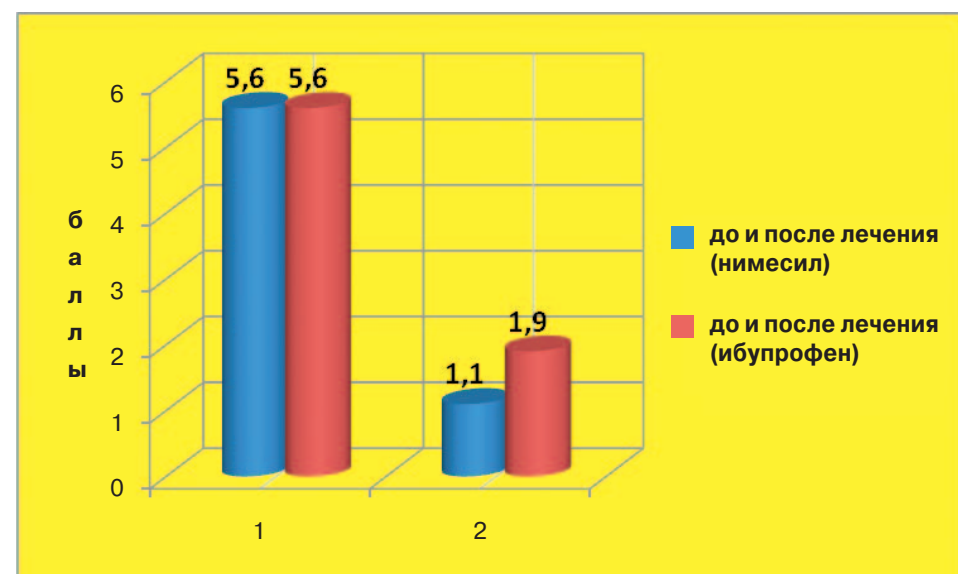


Рис.2. Интегрированные показатели боли по ВАШ у пациентов 1 и 2 групп до лечения и после лечения



Рис. 3. Уменьшение нарушений в психо-эмоциональной сфере в процессе лечения



© РОВАМИЦИН®

оригинальный антибиотик макролид, эффективный при инфекциях полости рта и периодонта³

- ⊙ Доказанное отсутствие тератогенного действия, благодаря чему Ровамицин® можно назначать беременным женщинам¹⁻³.
- ⊙ Спирамицин не изменяет метаболизм других лекарств в печени. При его применении практически отсутствуют лекарственные взаимодействия, что особенно важно у пожилых пациентов, принимающих другие лекарственные препараты^{3,4}.
- ⊙ Подходит для пациентов с аллергией к пенициллинам².
- ⊙ Биодоступность препарата не зависит от приема пищи^{3,4}.

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА РОВАМИЦИН®

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР И ДАТА: П № 013418/01-020611. Торговое название: Ровамицин® (Rovamycin®). Международное непатентованное название: спирамицин. Лекарственная форма и форма выпуска: таблетки, покрытые оболочкой, по 1,5 млн МЕ или 3 млн МЕ. СОСТАВ. Активное вещество: спирамицин — 1,5 млн МЕ или 3,0 млн МЕ. Фармакогруппа: антибиотик — макролид. Код АТХ: J01FA02. Фармакологическое действие. Фармакодинамика. Спирамицин принадлежит к антибиотикам группы макролидов. Антибактериальный спектр. Обычно чувствительные микроорганизмы: стрептококки, чувствительные к метициллину стафилококки, энтерококки, V. catarrhalis, B. pertussis, H. pylori, Campylobacter spp., Legionella spp., C. diphtheriae, Moraxella spp., M. pneumoniae, Ch. spp., Tr. pallidum, B. burgdorferi, Leptospira spp., P. acnes, Actinomyces, Eubacterium, Peptostreptococcus, T. gondii. Умеренно чувствительные микроорганизмы (in vitro): N. gonorrhoea, Cl. perfringens, U. urealyticum (более подробно — см. полную инструкцию). ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ. Инфекционные заболевания, вызванные чувствительными к этому препарату микроорганизмами, ЛОР-органов; нижних дыхательных путей; периодонта; кожи и мягких тканей; костей и суставов; органов половой системы (негонорейной природы); эрадикация Neisseria meningitidis в носоглотке. Токсоплазмоз, в том числе у беременных (более подробно — см. полную инструкцию). ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. Повышенная чувствительность к спирамицину и другим компонентам препарата, период лактации, дефицит фермента Г-6-ФД (риск гемолиза), детский возраст (до 6 лет — для таблеток 1,5 млн МЕ, до 18 лет — для таблеток 3,0 млн МЕ). С осторожностью: при обструкции желчных протоков или при печеночной недостаточности. Беременность и период лактации. Ровамицин может назначаться при необходимости во время беременности. В период лактации — противопоказан. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ. Таблетки принимают внутрь, заливая достаточным количеством воды. Взрослым: 2–3 таблетки по 3 млн МЕ в день за 2 или 3 приема. Максимальная суточная доза составляет 9 млн МЕ. Детям (при массе тела 20 кг и более): дозировка составляет от 150–300 тыс. МЕ на 1 кг массы тела в сутки, делится на 2 или 3 приема. Максимальная суточная доза у детей — 300 тыс. МЕ на 1 кг массы тела (более подробно — см. полную инструкцию). Пациенты с нарушением функции почек не требуют изменения дозы. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ. Со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота, диарея. Со стороны периферической и центральной нервной системы: переходящие парестезии. Со стороны сердечно-сосудистой системы: возможно удлинение интервала QT. Реакции гиперчувствительности: сыпь, крапивница, кожный зуд. Прочие: изолированные случаи васкулита, включая пурпуру Шенлейна-Геноха (более подробно — см. полную инструкцию). ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ. У спирамицина не выявлено тератогенного действия, поэтому его можно принимать беременным женщинам. В период лактации противопоказан. УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК. По рецепту. С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции.

SARLSPH.15.07.0235

¹ Инструкция по медицинскому применению препарата Ровамицин®. Per. удостоверение – П №013418/01 от 29.12.2006.

² Segura-Egea J. J. et al. Pattern of antibiotic prescription in the management of endodontic infections amongst Spanish oral surgeons. Int. Endod. J. 2010. 43 (4): 342–350.

³ Стецок О. У., Андреева И. В., Козлов Р. С. Потенциал применения спирамицина в современной клинической практике // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. № 3. 2009. Т. 11. С. 218–238.

⁴ Яковлев С. В. Спирамицин (Ровамицин): вторая молодость макролидного антибиотика. ММА им. И. М. Сеченова, Москва // Трудный пациент. № 11. 2006.