

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНЫХ И БЕЗОПАСНЫХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ



Хасанова Л.Э.

**Ташкентский
государственный
стоматологический институт**

Боль – актуальная проблема современной медицины. Согласно мнению экспертов Международной ассоциации по изучению боли, 90% всех заболеваний сопровождается болевым синдромом. Боль – постоянный спутник большинства патологических процессов и вмешательств в полости рта, что определяется богатой смешанной (соматической и вегетативной) иннервацией этой области. Длительная активация болевых путей часто приводит к хронизации боли. По данным статистики, около 8% взрослого населения страдают от орофациальных болей, которые отягощают состояние пациента, угнетают психику, вызывают стресс, депрессию, снижают качество жизни, приводят к материальным, социальным и нравственным потерям. Болевые ощущения, возникающие в челюстно-лицевой области, наиболее часто обусловлены развитием воспалительного процесса либо хирургическими вмешательствами. Сильная и длительная боль значительно нарушает регуляцию гомеостаза и деятельность вегетативной нервной системы, угнетает психику, вызывает стресс, депрессию, является причиной иммунной недостаточности, истощает физиологические и эмоциональные ресурсы, превращается в повреждающий фактор, способствуя развитию новых патологических процессов, часто индуцирует генерализованные процессы, представляющие опасность для организма, и, приобретая статус самостоятельной болезни, оказывает негативное воздействие на качество жизни.

Фундаментальные и прикладные работы по изучению этиопатогенеза болевых синдромов челюстно-лицевой области позволяют расширить возможности их фармакологической регуляции. Однако адекватная терапия боли до сих пор во всем мире представляет трудности как врачебного, так и социального характера. Наличие на фармацевтическом рынке большого количества болеутоляющих средств, обладающих различным механизмом действия, повышает ответственность за выбор не только эффективной, но и безопасной лекарственной терапии, что свидетельствует о необходимости

формирования у врача профессиональной компетентности, позволяющей индивидуализировать выбор препарата в соответствии с особенностями течения патологического процесса у данного пациента и учетом наличия у него сопутствующих соматических заболеваний. Выбор адекватной и безопасной фармакотерапии требует современных знаний о патофизиологии боли, принципах действия лекарств, показаниях и противопоказаниях к их применению, а также умения оценивать соотношение пользы и риска возникновения потенциальных осложнений при использовании фармакологических препаратов. Результаты лечения болевого синдрома зависят от знаний врача и умения выбрать для каждого пациента адекватное нестероидное противовоспалительное средство (НПВС) и способ его применения.

В стоматологической практике болевой синдром наиболее часто обусловлен наличием воспалительных процессов (пульпит, периодонтит, пародонтит, альвеолит, периостит, остеомиелит, острый герпетический гингивостоматит и т.д.) или травмы тканей, в том числе при проведении не только хирургических, но многих терапевтических, ортопедических и ортодонтических вмешательств в челюстно-лицевой области. Широкое использование нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) в стоматологии связано со спектром их фармакологических свойств, наличием противовоспалительного, анальгетического и жаропонижающего действий. В амбулаторной стоматологической практике НПВС применяют не только при проведении комплексной терапии воспалительных процессов челюстно-лицевой области, но и для преднаркозной аналгезии, в составе медикаментозной подготовки перед выполнением операций и травматичных вмешательств, для уменьшения послеоперационной, краниофациальной и зубной боли, отека и воспаления. Арсенал НПВС насчитывает более 80 молекул и около 1000 созданных на их основе готовых лекарственных форм. Ежегодно в мире НПВС принимают более 300 млн человек. Выделяют несколько основных групп НПВС. Большинство НПВС относится к неселективным ингибиторам ЦОГ-1 и ЦОГ-2 (диклофенак, ибупрофен, декскетопрофен, кетопрофен, кеторолак и др.). Выделяют группы преимущественно селективных ингибиторов ЦОГ-2 (нимесулид, мелоксикам) и высокоселективных ингибиторов ЦОГ-2. Механизм действия НПВС связан с ингибированием изоферментов ЦОГ: ЦОГ-1 и ЦОГ-2. ЦОГ-1 – структурный, конституциональный фермент, который постоянно присутствует в эндоплазматическом ретикулуме клеток (за исключением эритроцитов). Он участвует в продукции простагландинов (ПГ), регулирующих физиологические процессы в организме (например, катализирует образование простаглицлина – вазодилатор и антиагрегант), гастропротективных ПГ, а также ПГ, повышающих почечный кровоток, клубочковую фильтрацию. Влияние НПВС на ЦОГ-1 определяет развитие нежелательных эффектов. Фермент эндоплазматического ретикулума и ядерной мембраны – ЦОГ-2 – является структурным только в головном мозге, почках, костях, репродуктивной системе у женщин. Продукция ЦОГ-2 в 10–80 раз возрастает при воспалении, что в три раза повышает уровень ПГ в воспаленной ткани. Образующие под влиянием ЦОГ-2 ПГ участвуют в развитии и прогрессировании острого и хронического

воспаления. Так, ПГ E2, расширяя артериолы, увеличивает приток крови в зону воспаления, а ПГ F2a суживает вены и затрудняет отток крови, что способствует развитию экссудации. Кроме того, ПГ вызывают гипералгезию и потенцируют действие других медиаторов воспаления. Противовоспалительный эффект НПВС обусловлен именно блокадой ЦОГ-2. НПВС также снижают чувствительность болевых рецепторов, уменьшают отек тканей в очаге воспаления, ослабляя механическое сдавливание рецепторов. НПВС оказывают влияние на течение важнейших патологических процессов (болевого синдром, воспаление, агрегация тромбоцитов и т.д.), но, несмотря на общий механизм действия, выраженность отдельных эффектов у разных препаратов неодинакова, что позволяет осуществлять индивидуальный выбор терапии для каждого пациента в соответствии с особенностями течения заболевания и наличием сопутствующей патологии. Выраженной болеутоляющей активностью обладают препараты, ингибирующие ЦОГ-1 и ЦОГ-2, такие как декскетопрофен, кеторолак, кетопрофен, лорноксикам, что позволяет использовать их при болях травматического характера, в пред- и послеоперационном периодах. Эти препараты оказывают влияние на синтез ПГ не только в очаге воспаления, но и в центральной нервной системе, что предотвращает формирование болевой памяти и препятствует хронизации боли. В то же время, у кеторолака, превосходящего по болеутоляющей активности большинство НПВС, противовоспалительное действие выражено умеренно, а наличие выраженного антиагрегантного эффекта затрудняет использование препарата при операциях в высоко-васкуляризированной челюстно-лицевой области. В последние годы в арсенале стоматологов появился современный оригинальный лекарственный препарат декскетопрофена трометамол – Кейвер, обладающий выраженным анальгетическим действием. Механизм действия основывается на уменьшении синтеза простагландинов вследствие подавления циклооксигеназной системы. Однако декскетопрофену присущи и уникальные особенности – препарат обладает двойным механизмом анальгетического действия, который связан с ингибированием синтеза простагландинов на уровне циклооксигеназы (ЦОГ), как на периферическом (в месте поражения), так и на центральном уровне (на уровне ЦНС). Другими словами, декскетопрофен блокирует ЦОГ в тканях, поврежденных в результате воспаления и травмы, так и на уровне гипоталамуса. Благодаря двойному механизму действия и отличным фармакокинетическим и фармакодинамическим характеристикам Кейвер обладает: выраженным противовоспалительным и анальгетическим эффектом, практически моментальным началом действия и хорошей переносимостью. Декскетопрофен является эффективным препаратом для купирования острых ноцицептивных (т.е. связанных с активацией болевых рецепторов) болевых синдромов различного происхождения, в частности боли в челюстно-лицевой области.

Результаты рандомизированных контролируемых исследований свидетельствуют не только о высокой эффективности, быстром наступлении лечебного действия, но и о безопасности кратковременного применения декскетопрофена при острой боли разного генеза. Декскетопрофен

редко вызывает серьезные побочные эффекты, превосходя по переносимости такие популярные анальгетики, как кетопрофен и кеторолак. При пероральном применении препарата Кейвер, анальгетическое действие наступает через

30 мин после приема и продолжается от 4 до 6 ч. В зависимости от вида и интенсивности боли рекомендуемая доза составляет 1/2 таблетки от 1 до 6 раз в сутки с промежутками между приемами 4–6 ч или по 1 таблетке от 1 до 3 раз в сутки с промежутками 8 ч. Общая доза таблеток не должна превышать 75 мг/сут. Кейвер предназначен для коротких терапевтических курсов. Рекомендованный прием препарата должен ограничиваться 3–5 днями, что как раз актуально для обезболивания после стоматологических манипуляций. Возможность самостоятельного перорального применения и быстрое наступление анальгетического действия обусловили востребованность препарата в амбулаторной стоматологии. Его применяют как для купирования приступов зубной боли, так и после проведения консервативного и хирургического лечения, сопровождающегося болевым синдромом.

Таким образом, нестероидный противовоспалительный препарат Кейвер обладает выраженным анальгезирующим, противовоспалительным эффектом. Эффективное купирование болевого синдрома способствует уменьшению отека тканей.

Литература

1. Бякова С.Ф., Ерохин А.И. Дексалгин и его применение для купирования болевого синдрома в стоматологической практике // DENTAL TRIBUNE Russian Edition. – 2011. – №6- Т.10. – С. 2-3. 2. Грудянов А.И., Борискина О.А. Использование Дексалгина в стоматологической практике // Российская стоматология. – 2011. – № 6. – С. 55–56.
2. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. – Киев. – 2000.
3. Зорян Е.В., Рабинович С.А. Основные направления профилактики и устранения боли в амбулаторной стоматологии // Российская стоматология. Научно-практический журнал. – 2008. – Т. 1. – № 1. – С. 22–28.
4. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.: МИА, 2001. – 296 с. 6. Куракина Н.В., Алексеева О.А. Хирургические вмешательства на тканях пародонта. – М. – 2004. – С. 3–4, 145–146.
5. Муляр А.Г., Рабинович С.А., Зорян Е.В. Патофизиологические аспекты болевого синдрома и его фармакологическая коррекция. Руководство для врачей с тестовыми заданиями. – М.: МГМСУ, 2005. – 112 с.
6. Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты (перспективы применения в медицине). – М.: Анко, 2000. – 143 с. 19.
7. Овечкин А.М. Послеоперационный болевой синдром: клинико-патофизиологическое значение и перспективные направления в терапии // Consilium Medicum. – 2005. – Т. 7. – № 6. – С. 486–490. 10. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта. – М.: Поли Медиа Пресс, 2004. – 432 с.
8. Павленко О.В., Мазур І.П. Лікувально-реабілітаційні заходи у хворих на генералізований пародонтит // Новинистоматології. – 2003. – № 2. – С. 4–8.
9. Сечко О.Н. Использование современных противовоспалительных препаратов в комплексном лечении пародонтита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1998. – 24 с.
10. Clark J.D. Chronic pain prevalence and analgesic prescribing in a general medical population. J. Pain Symp. Manag, 2002. – 23. – 131–137.
11. Seymour R.A., Kelly P.J., Hawkesford J.E. The efficacy of ketoprofen and paracetamol (acetaminophen) in postoperative pain after third molar surgery. Br. Clin. Pharmacol, 1996; 41: 581–585. ketoprofen and paracetamol (acetaminophen) in postoperative pain after third molar surgery. Br. Clin. Pharmacol, 1996; 41: 581