

УДК: 616.716.8+617.52]-089.5

Г.П. Рузин, Г.Г. Бида

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Харьковский национальный медицинский университет, ХОКБ

Сегодня необходимость и возможность обеспечения соответствующего качества обезболивания при операциях любой сложности и продолжительности является аксиомой для хирурга любого профиля. Благодаря постоянному расширению фармакологического арсенала обезболивающих, анальгезирующих, седативных препаратов, используемых анестезиологами, значительно расширился объем хирургических вмешательств во всех разделах хирургии, в том числе и в челюстно-лицевой хирургии.

Однако расширение объема оперативных вмешательств, возрастание их травматичности влияют не только на метаболические реакции пациента, но и на его психоэмоциональный статус, вызывая различную степень реакции на послеоперационные проявления боли. Возникающие при этом нарушения гомеостаза могут приводить к развитию осложнений разнообразного характера и степени тяжести, удлинять послеоперационный период реабилитации.

Кратковременное обезболивание, достигаемое в послеоперационном периоде с помощью различных опиатов, нельзя сегодня признать адекватным требованиям современной медицины.

Поэтому все большее внимание привлекает разработка методов адекватного обезболивания в послеоперационном периоде у больных, которым проведено оперативное вмешательство того или другого объема.

Расширение исследований в этом направлении стало возможным из-за появления в арсенале хирургов и анестезиологов новых лекарственных

средств группы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), обладающих, кроме противовоспалительного действия, еще и выраженным анальгезирующим.

Если в клинике общей хирургии, травматологии вопросу послеоперационного обезболивания посвящено значительное количество исследований [1, 2, 3], то в челюстно-лицевой хирургии эта проблема практически не затронута [4, 5, 6]. В то же время вмешательства на тканях и органах лица, имеющих обширную иннервацию и соответствующее представительство в коре головного мозга, так же сопровождаются послеоперационными болями различной интенсивности.

Преобладающий контингент послеоперационных больных – это больные, перенесшие операцию вскрытия и дренирования флегмон различной тяжести, операцию остеосинтеза, репозицию скуловой кости, вмешательства на придаточных пазухах и пр. Наличие предшествующего операции патологического процесса, сопровождающегося часто выраженными болевыми реакциями, делает проблему послеоперационного обезболивания весьма актуальной.

В связи с вышесказанным нами была поставлена цель: изучить возможности профилактики и снижения степени интенсивности болевых ощущений в ближайшем послеоперационном периоде у больных после операций различного объема в челюстно-лицевой области.

Для достижения этой цели ранее использовались НПВП группы кетопрофена. Кетопрофен представляет собой рацемическую смесь двух стереоизомеров. Активным в отношении основного (антиноцептивного) эффекта является только один, в то время как другой обладает слабо выраженными основными эффектами, но значительно повышает частоту развития побочных эффектов. Было установлено, что только S(+)-изомер (правовращающий) ингибирует ЦОГ (Mauleon D. et al., 1996). В организме кетопрофен подвергается непрямому превращению из неактивного R-

изомера в активный S-изомер. У человека примерно 10% R(-)-кетопрофена конвертируется в S(+)-изомер, хотя эта величина значительно варьирует. В дальнейшем исследователи создали препараты, лишенные негативных свойств кетопрофена.

В настоящее время широкое применение для послеоперационного обезболивания получил дексалгин, препарат фирмы «BERLIN-CHEMIE MENARINI». Действующим веществом дексалгина является трометамоловая водорастворимая соль. Соль декскетопрофена трометамола имеет улучшенные физико-химические свойства, степень очистки (от R(-)-кетопрофена) составляет 99,9%. Результаты фармакокинетических исследований свидетельствуют, что декскетопрофена трометамол быстро и полностью абсорбируется после приема внутрь, а максимальная концентрация в плазме крови достигается быстрее, чем у кетопрофена, и составляет 15-45 мин. До 70-80% препарата выводится с мочой в течение первых 12 ч. в основном как ацилглюкуроноконъюгат. Отсутствие в моче после приема декскетопрофена R(-)-изомера свидетельствует об отсутствии у человека биоинверсии S(+)-изомера. Препарат может применяться как в таблетированной форме, так и в ампульном виде для инъекций.

Мощная ингибирующая активность дексалгина в отношении ЦОГ предопределяет его анальгезирующий эффект на периферическую и центральную нервную систему, при этом высокая противовоспалительная активность препарата сочетается с хорошей переносимостью.

Материалы и методы

Для оценки эффективности послеоперационного обезболивания изучены результаты применения дексалгина в послеоперационном периоде у 60 больных, оперированных по поводу околочелюстных флегмон (34), одонтогенных гайморитов (17), слюннокаменной болезни (9). Больные в возрасте от 20 до 65 лет без соматической патологии.

Выраженность послеоперационного болевого синдрома оценивали по 10 – балльной визуально-аналоговой шкале ВАШ (Visual Analogue Scale, VAS), а также по шкале вербальной оценки боли ШВО (0-4 балла). Регистрировали артериальное давление и частоту сердечных сокращений 4 раза в сутки, а также субъективные ощущения больного.

При оперативных вмешательствах под комбинированным (местная анестезия +внутривенная) наркозом и при внутривенном обезболивании препарат начинали использовать интраоперационно в дозе 50 мг внутривенно капельно, т.о. введение наркотических препаратов во время операции уменьшалось в 2-3 раза, соответственно, снижалась доза наркотических средств. В послеоперационном периоде через 8 ч. пациентам назначалось внутримышечное введение дексалгина по 50 мг дважды в сутки в течение 3 дней, что позволило отказаться от применения наркотических средств в постоперационном периоде, а, следовательно, снизить риск развития побочных эффектов. Контрольная группа в количестве 25 больных с аналогичным характером вмешательств получала наркотические анальгетики в послеоперационном периоде.

Обсуждение результатов

При сопоставлении оценок субъективных ощущений в группах больных было установлено, что в первые сутки после операции у больных основной группы значительно снижалась степень выраженности болевых ощущений, в том числе и при перевязке операционной раны после вскрытия флегмоны, по сравнению с больными контрольной группы. На 2-3 сутки в опытной группе болевых ощущений в покое не было у 83% больных, при пальпации зоны вмешательства они сохранялись у 17% пациентов, преимущественно, оперированных по поводу глубоких флегмон нескольких клетчаточных пространств. В контрольной группе болевые ощущения снимались с помощью 1-2-3-кратного введения промедола у 78% оперированных больных в течение 2 суток.

Сравнительная характеристика гемодинамики в группах больных также показала позитивные результаты применения дексалгина в первые трое суток после операции (табл.1).

Таблица 1

Параметры гемодинамики у больных I и II групп

	24 часа	48 часов	72 часа
ЧСС I группа	84±3,2	76,4±5,83	77,4±8,37
АД _с I группа	143,4±11,32	131,41 ±10,3	133,3± 4,6
АД _д	77,3±8,4	71,3±6,43	72,1± 8,31
ЧСС II группа	88,35 ±6,81	81,3±8,11	77,4±5,43
АД _с I I группа	139,3± 11,21	140,71± 11,37	127±13,43
АД _д	85,4 ±9,3	79,11± 6,43	73,4±8,27

Как видно из таблицы, в обеих группах отмечается стабильная гемодинамика, но в контрольной группе это достигается за счет опиатов, что нельзя считать позитивным.

Количественные характеристики выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ и по шкале вербальной оценки также свидетельствуют о положительном эффекте применения дексалгина (табл.2).

Таблица 2

Балльная оценка болевого синдрома при применении дексалгина

	6 часов	24 часа	48 часов
ВАШ	3,24± 9,9	2,47±1,03	1,73±0,93
ШВО	0,94±0,64	0,77±0,35	0,73±0,27

Анализ данных, полученных в ходе проведения исследования, показал высокую эффективность и хорошую переносимость дексалгина.

Таким образом, использование дексалгина дает ряд преимуществ для пациентов: использование активного изомера, короткий период полувыведения и быстрая элиминация снижают риск развития серьезных побочных явлений.

Также большим преимуществом дексалгина является наличие двух форм выпуска: раствора для инъекций и таблеток, что значительно расширяет возможности анальгетической терапии, позволяет переводить пациента на таблетированные формы (как только это станет возможным при уменьшении выраженности болевого синдрома, способности принимать препараты перорально), использовать дексалгин в амбулаторных условиях. Кроме того, ампулированная форма дексалгина универсальна в плане путей и способов введения препарата: его можно вводить как в/мышечно, в/венно болюсно (струйно), так и в/венно капельно, что выгодно отличает его от других анальгетиков группы НПВП.

Литература

1. Осипова Н.А. Мультиמודальная системная фармакотерапия послеоперационного болевого синдрома / Осипова Н.А., Береснев В.А., Петрова В.В. // *Consilium medicum*, 2001. - № 9. – Т. 3. - С.432 – 437.
2. Осипова Н.А. Кетопрофен (Кетанол) – средство профилактики и лечения послеоперационной боли / [Осипова Н.А., Береснев В.А., Ветшева М.С., Долгополова Т.В] // *Анестезиология и реаниматология*.- 1999. – № 6. – С.71 – 74.
3. Насонова В.А. Клиническая оценка нестероидных противовоспалительных препаратов в конце XX века / Насонова В.А. // *Русский медицинский журнал*, 2000. - № 17.–Т. 8.– С.716 –717.
4. Яковлева Л.В. Современные аспекты рационального обезболивания в медицинской практике / Яковлева Л.В., Шаповал О.Н., Зупанец И.А. – К.: Морион, 2000. – С.6 –12.

5. Рузин Г.П. Проблемы адекватного обезболивания при оперативных вмешательствах в челюстно-лицевой хирургии / Рузин Г.П., Бида Г.Г. // Матер. конф. «Сучасна стоматологія та щелепно-лицева хірургія». - К., 2008. - С. 149.

6. Рузин Г.П. Опыт применения дипривана в ТВА при операциях в ЧЛЮ / Рузин Г.П., Бида Г.Г. // XII Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. - Санкт-Петербург, 2007. – С. 46.

Стаття надійшла
10.12.2008 р.

Резюме

У статті висвітлюються актуальність і можливості післяопераційного знеболювання у хворих із щелепно-лицевою патологією. Наводяться результати використання НПЗП – дексалгіну.

Ключові слова: післяопераційне знеболювання, щелепно-лицева ділянка, дексалгін.

Summary

The actuality and possibility of postoperative anesthesia in patients with oral and maxillofacial pathology are discussed in the given article. The results of using NSAS – dexalgin are given.

Key words: postoperative anesthesia, oral and maxillofacial area, dexalgin