

## РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР АНАЛЬГЕТИКА ДЛЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЛИЦЕВОЙ БОЛИ

Боль – неприятное физическое и эмоциональное ощущение, вызванное реальным или потенциальным повреждением тканей, а также описанием такого повреждения (The International Association for the Study of Pain (IASP)® – Международная ассоциация по изучению боли).

По данным научных исследований, распространенность хронических болевых синдромов (ХБС) среди взрослого населения в крупном индустриальном центре составляет от 13,8 до 56,79% и основное место в их структуре занимают лицевые боли [3].

Лицевая боль представляет собой гетерогенную группу неврогенного, мышечно-скелетного или вегетативно-сосудистого происхождения и является синдромом даже в тех случаях, когда традиционно используется «идиопатический» термин.

Лицевая боль – это важная медицинская проблема, в первую очередь из-за хронического рецидивирующего и, в ряде случаев, достаточно устойчивого ко многим методам лечения болевого синдрома.

Частота отдельных форм лицевой боли, по данным разных исследователей, отличается разнообразием, чему способствует использование различных эпонимов для обозначения болевых синдромов лица и полости рта. В то же время отсутствие единства взглядов на распространение и структуру таких заболеваний, разнообразие диагностических критериев затрудняет проведение дифференциального диагноза. Проблема диагностики и лечения лицевых болей в практике стоматолога, невролога, оториноларинголога, офтальмолога, нейрохирурга на сегодняшний день имеет значение ведущее значение во всем мире. Это связано с оказанием неадекватной специализированной медицинской помощи (Ахадов Т.А., 1996).

Отличительной особенностью прозопалгий можно считать разнообразие важнейших сенсорных образований, расположенных вблизи друг друга в лицевой области и вблизи головного мозга, а также своеобразие лицевого скелета (придаточные пазухи носа, узкие и длинные костные каналы, в которых проходят сенсорные черепные нервы, вегетативные ганглии лица, насыщенная кровеносная система и т.д.) [6].

Одно из лидирующих мест среди лицевых болей принадлежит поражению вегетативных парасимпатических нервных узлов головы [5].

Болевые синдромы в области зубов и челюстей преимущественно возникают при ганглионите кры-



**Журавлев В.П.**

д.м.н., профессор,  
заведующий кафедрой  
хирургической стоматологии  
и ЧЛХ ГОУ ВПО УГМА,  
г. Екатеринбург



**Николаева А.А.**

клинический ординатор  
кафедры хирургической  
стоматологии и ЧЛХ ГОУ ВПО  
УГМА, г. Екатеринбург

### Резюме

Одно из ведущих мест в медикаментозной ликвидации лицевой боли занимают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). На сегодняшний день НПВП относятся к одним из самых распространенных лекарственных средств, применяемых в клинической практике врача-стоматолога. Наличие на рынке НПВП с высокой анальгетической активностью, таких как Кеторол, позволяет применять их при лицевой боли. Применение Кеторола высокоэффективно и безопасно.

*Ключевые слова:* боль, лицевая боль, НПВП, Кеторол.

### ANALGESIC RATIONAL USE FOR SYMPTOMATIC TREATMENT OF FACIAL PAIN

Zhuravlev V.P., Nikolaeva A.A.

### The summary

One of the leading places in the facial pain medical management takes nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). To date, NSAIDs are among the most common drugs used in dental clinical practice. Availability of such NSAIDs with high analgesic activity as Ketorol makes them perspective in facial pain management. Use of Ketorol in clinical practice is highly effective and safe.

*Keywords:* pain, facial pain, NSAIDs, Ketorol.

лонебных и подчелюстных вегетативных парасимпатических узлов [7].

Современные исследования показали: крылонобный узел располагается в крылонобной ямке. Он имеет 3 основных корешка: 1) парасимпатический – *n.petrosus major* (нерв Висберга); 2) симпатический – *n.petrosus profunda* от *plexus caroticus interna*; 3) соматический (чувствительный) – *r.pterygopalatina* от *n.maxillaris* и 4 ветви: 1) *n.palatinus minor et major*; 2) *n.nasalis posterior et anterior*; 3) *n.nasalis lateralis et medialis*; 4) *r.communicans n.zygomatikus*. Таким образом, имеется связь с цилиарным, ушным, верхним шейным симпатическим узлом и черепными нервами (особенно с тройничным и лицевым нервом).

Поднижнечелюстной узел расположен на медиальной стороне поднижнечелюстной слюнной железы, который имеет 2 корешка: 1) парасимпатический – ветвь, идущая от *chorda tympani*; 2) симпатический – ветвь от *plexus facialis*, отростки его клеток (постганглионарные нервные волокна) в составе железистых ветвей направляются к поднижнечелюстной слюнной железе для секреторной ее иннервации.

Каждый из перечисленных узлов имеет автономную и за счет анастомозов смешанную зоны иннервации. В этой связи при их поражении возникают как непатогномоничные, так и патогномоничные признаки заболевания.

Ганглионит (*ganglionitis* от лат.*ganglion* – нервный узел, суффикс *itis* – воспаления) – это воспаление вегетативного нервного узла. При вовлечении в процесс нескольких узлов носит название полиганглионит.

Заболевание проявляется постоянной ноющей болью в области верхних и нижних зубов, челюстей, с иррадиацией в глотку, небо, околоушную, лобную, затылочную область, а также возможно распространение боли в шею, предплечье, плечо. Кроме того, на стороне поражения выявлялся сложный симптомокомплекс вегетативно-сосудистых и секреторных расстройств в виде слезотечения, инъектирования склер, ринореи, гиперемии и отека слизистой оболочки полости рта и кожи лица [8,14].

Подход к лечению ганглионитов формируется на основании современных представлений об этиопатогенетических механизмах болевого синдрома и является комплексным [7].

Одно из ведущих мест в медикаментозной терапии лицевой боли занимают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). На сегодняшний день НПВП относятся к распространенным лекарственным средствам, применяемым в клинической практике врача-стоматолога, невролога. В Европе НПВП назначают 82% врачей-стоматологов [3].

Изучение НПВП началось в первой половине прошлого столетия. В 1827 году из коры ивы был выделен гликозид салицин. В 1869 году в лаборатории немецкой фирмы «Bayer» была получена ацетилсалициловая кислота (аспирин). В настоящее время в практической медицине используется для лечения

более 1000 наименований НПВС. Основным свойством НПВП является подавление или существенное снижение интенсивности воспалительного процесса, а также отчетливое анальгезирующее и антипиретическое действие [8].

Фармакологическая активность НПВП обеспечивает подавление продукции простагландинов, угнетение синтеза лейкотриенов, образования супероксидных радикалов и высвобождения лизосомальных ферментов. НПВП влияют на активацию клеточных мембран, агрегацию и адгезию нейтрофилов, функции лимфоцитов, синтез лейкотриенов [10].

При выборе НПВП и его суточной дозы следует учитывать противовоспалительную активность и переносимость, возможность сочетания с другими видами терапии, наличие сопутствующих заболеваний, особенности метаболизма в организме, фармакокинетику, ЦОГ (циклооксигеназа) – селективность. Большое значение имеет выявление факторов риска нежелательных явлений НПВП, к которым относятся пожилой возраст, заболевания органов пищеварения в анамнезе, сопутствующие заболевания (артериальная гипертония, сердечная недостаточность, заболевания печени и почек), прием высоких доз НПВП, комбинированная терапия НПВП с глюкокортикоидами, низкими дозами ацетилсалициловой кислоты или непрямыми антикоагулянтами [8, 10].

НПВС, относящиеся к одной и той же группе и близкие по химической структуре, несколько различаются по силе анальгетического эффекта, частоте развития и характера побочных реакций. Клиническая эффективность препарата может зависеть от вида, особенностей течения заболевания у конкретного больного, а также от его индивидуальной реакции [10].

Одним из современных НПВП, применяемых на нейростоматологическом приеме, является Кеторол. Кеторол – производное арилуксусной кислоты, неселективный ингибитор циклооксигеназы 1 и 2, главным образом в периферических тканях. Основная клиническая ценность связана с анальгезирующим действием препарата, по степени которого он превосходит другие НПВП, но при этом также обладает противовоспалительным и умеренным жаропонижающим действием [8,11]. Кеторол не влияет на опиоидные рецепторы, не угнетает дыхание, не вызывает лекарственной зависимости, не обладает седативным и анксиолитическим действием. По силе анальгезирующего эффекта сопоставим с морфином.

Кеторол хорошо всасывается в желудочно-кишечном тракте. После приема внутрь максимальная концентрация его в плазме крови достигается через 30-60 минут. Препарат обладает высокой биодоступностью (80-100%). Кеторол связывается с белками плазмы на 90-99%, подвергается печеночному метаболизму с образованием конъюгированных и гидроксильных форм, которые выводятся через почки (90%) и кишечник (6%). Период полувыведения препарата составляет 5,3 часа, у лиц старше 65 лет

этот показатель может увеличиваться в 1,5-2 раза. Продолжительность действия препарата – 6-10 часов. Выпускается в двух формах: таблетки для приема внутрь, покрытые оболочкой, по 10 мг кеторолака трометамин и раствор для парентерального введения в ампулах по 1 мл (30 мг кеторолака трометамин) [9,12] .

Кеторол в организме не вступает во взаимодействие с другими медикаментами, включая цитостатики, диуретики, сердечные гликозиды, β-блокаторы и другие, что имеет большое значение для рациональной терапии больных с сопутствующими (коморбидными) заболеваниями. Доказательная база Кеторола основана на многочисленных рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях, в которых его эффективность и переносимость сравнивалась с плацебо и основными НПВП – ЦОГ-селективными и ЦОГ-неселективными. Длительность терапии препаратом Кеторол не более 5 дней. При необходимости могут быть применены параллельно наркотические анальгетики – для снятия боли, достижения анксиолитического и/или седативного эффекта [12].

### Цель исследования

Изучение эффективности и оптимизация применения препарата Кеторол для симптоматического лечения ганглионитов головы.

### Материалы и методы исследования

В исследовании участвовало 23 пациента с поражением вегетативных парасимпатических узлов вирусной этиологии в возрасте от 27 до 83 лет, средний возраст пациентов составил 55 лет. Из них 12 женщины и 11 мужчин. Пациенты обратились за помощью в многопрофильную стоматологическую поликлинику – клиническую базу Уральской государственной медицинской академии (кафедра хирургической стоматологии и ЧЛХ). Всем пациентам одним из компонентов комплексной терапии было рекомендовано применение НПВП, в частности Кеторола по 10 мг, 2 раза в день, в течение 5 дней.

### Результаты исследования и их обсуждения

Применение Кеторола приводило к существенному уменьшению интенсивности боли (69,57%) или ее купированию (30,43%) у всех пациентов. После первого приема препарата боль уменьшилась у 43,48%. Полное купирование болевого симптома было зарегистрировано у 17,39% пациентов.

Воспалительные явления в вегетативных парасимпатических узлах стихли после проведенного курса терапии у 91,3%.

При лечении Кеторолом в единичных случаях встречались такие побочные реакции, как абдоминальная боль, гастрит, диспепсия (1,27%), желудочно-кишечные кровотечения не были зарегистрированы ни в одном случае.

Общая переносимость Кеторола, по оценкам пациентов, оказалась хорошей в 86,96% и удовлетворительной – в 13,04%.

### Выводы

При использовании Кеторола в качестве симптоматической терапии лицевой боли было отмечено его выраженное анальгезирующее и противовоспалительное действие.

Развитие побочных эффектов при применении Кеторола не было зарегистрировано ни в одном случае. В единичном случае был отмечен диспепсический симптом, не требующий отмены препарата.

Свойства данного препарата, доступность для пациента, наряду с высокой клинической эффективностью, способствуют широкому внедрению Кеторола в комплексную терапию лицевой боли.

Таким образом, Кеторол – качественный препарат, произведенный по стандартам СМР и сертифицированный в соответствии с системой контроля продукции ИСО (регистрационный номер: П №015823 от 03.06.2009; П №015823/01 от 05.06.2009), обладает высокой анальгетической активностью, позволяет применять его наравне с опиоидными анальгетиками с целью купирования лицевой боли.

### ЛИТЕРАТУРА

1. **Ахадов Т.А.** Проявления нейростоматологических симптомов / Т.А.Ахадов, Ю.В.Грачев // Журн. неврол. и психиатр. – 1996. – Вып. 1. – С. 70-74.
2. **Булыгин А.И.** Вторичные дизцефальные дисфункции у больных симпатоганглионитами и их патогенетическая терапия / А.И.Булыгин, А.Л.Леонович, С.Е.Гинзбург и др. // Журнал невропатол. и психиатр. – 1983. № 4. – С. 515-522.
3. **Вейн А.М.** Заболевания вегетативной нервной системы / А.М.Вейн // Болезни нервной системы (руководство для врачей). – М.: Медицина, 1982. Т. 2. – С. 336-365.
4. **Верткин А.Л., Прохорович Е.А., Горулева Е.А., Гирель О.И.** Эффективность и безопасность применения кеторола для купирования болевого синдрома на догоспитальном этапе. – Available from: <http://www.trimm.ru>-2010.
5. **Вознесенский А.Г.** Клиническая фармакология нестероидных противовоспалительных средств. – Available from: [www.volg-admin.ru/vorma/archiv](http://www.volg-admin.ru/vorma/archiv). – 2010.
6. **Дюкова Г.М.** Лечение хронических болевых синдромов и депрессий. – Справочник поликлинического врача. – 2007. – №12.
7. **Егорова О.А.** Эффективность и безопасность Кеторола при болевом синдроме в клинике амбулаторной хирургической стоматологии // Стоматология. – 2009. – № 6. – С. 53-54.
8. **Журавлев В.П.** Диагностика и лечение основных нейростоматологически – синдромов / В.П.Журавлев, Л.П.Мальчикова // Совершенствование медицинской помощи населению Свердловской области: Сборник научных трудов ГУЗ СОКБШ. – Екатеринбург, 2006. – С.110-113.
9. **Каннер Р.** Секреты лечения боли / Пер. с англ. – М., 2006. – 400 с.
10. **Колобов С.В.** и соавт. Терапия НПВП в общей медицинской практике. Метод. рекомендации. – М., 2006. – 31 с.