

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕСТЕРОИДНЫХ АНТИВОСПОЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИЗЛЕЧЕНЬЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО АЛЬВЕОЛИТА

Исматов Фаррух Аслиддинович
Мустафоев Абдулложон Абдурасулович
Фуркатов Шохжахон Фуркатович

Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан.

Аннотация. Альвеолит является одним из наиболее частых местных осложнений операции по удалению зуба, развивающимся через 2-4 дня после удаления и характеризующимся нарушением заживления места удаления из-за разрушения и/или отсутствия тромба, присоединением инфекции и развитием выраженных болевых симптомов различной степени тяжести [1, 2]. Сообщается, что распространенность этого осложнения достигает 35% возможных послеоперационных проблем (3, 5). Несколько других названий этого патологического процесса - альвеолярный остейт, "сухая дыра" - можно найти в МКБ-10 и в литературе. Например, в работе J. Matouin (2018) приводится такое описание: "ненаучный термин "сухая лунка" - это обнажение части или всей кости внутри лунки или по периметру в день или дни после извлечения из-за отсутствия первоначального стойкого сгустка крови или если края лунки не были покрыты слоем жизнеспособного, плотного, регенерирующего эпителия" [6]. Согласно клиническому опыту, эти различия в терминологии напрямую связаны со сроками и тяжестью воспалительного процесса. Несколько факторов считаются основными причинами, приводящими к развитию этого патологического состояния в месте удаления зуба: травматическое удаление зуба; воспалительный процесс в периапикальных тканях; эндодонтическое лечение и его осложнения, такие как повреждение зоны сращения, перфорация корня; использование лечения резорцином [7]. Кроме того, также важны такие факторы риска, как пол, курение и использование оральных контрацептивов.

Ключевые слова: альвеолит, одонтогенные воспалительные заболевания, противовоспалительные препараты.

Введение. Одонтогенные воспалительные заболевания характеризуются выраженным чувством боли из-за особенностей тканей челюстно-лицевой области, в частности обильной иннервации и

васкуляризации. Интенсивность ощущения боли требует адекватной анальгезии не только для хирургических вмешательств, необходимых для лечения одонтогенных воспалительных заболеваний, но и для послеоперационного ведения пациентов [10].

Сильная боль увеличивает нагрузку почти на все жизненно важные системы организма. Это в первую очередь реакция вегетативной системы и связанная с ней тахикардия, усиленная работа сердечной мышцы и потребление кислорода сердцем. Неадекватная анестезия в послеоперационном периоде может привести к нарушению функций дыхательной, эндокринной и иммунной систем, истощению энергетических запасов и психического здоровья, а также значительно увеличивает риск таких состояний, как респираторный дистресс-синдром, парез кишечника и сердечно-сосудистые происшествя[12].

Одним из триггеров послеоперационной боли является возбуждение множества периферических медиаторами- альгогенами (простагландинами, кининами), высвобождающимися во время хирургической травмы [13].

Поэтому периферические анальгетики - ингибиторы вышеуказанных периферических альгогенов - должны быть важным компонентом обезболивания в различных хирургических областях. Напроксен успешно применяется для облегчения боли в различных областях медицины благодаря своему обезболивающему эффекту, сравнимому с действием трамадола.

Однако выраженный обезболивающий эффект напроксена сочетается с такими побочными эффектами, как ulcerогенное воздействие на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта и ингибирование агрегации тромбоцитов, учитывая что длительное применение препарата не рекомендуется. Разрабатываются новые, так называемые селективные нестероидные противовоспалительные препараты, которые оказывают мощное противовоспалительное действие, обладая при этом менее выраженным обезболивающим эффектом. Примером таких препаратов является ацеклофенак, который широко применяется в медицине [11].

Подавляющее большинство исследований терапевтического потенциала и безопасности ацеклофенака было проведено у лиц, страдающих ревматическими заболеваниями. Однако в научной литературе мы не нашли никаких научных исследований этого препарата в стоматологической практике.

В доступной литературе мы не обнаружили информации об иммунологической активности ротовой жидкости во время применения

нестероидных противовоспалительных препаратов для лечения одонтогенных воспалительных заболеваний.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения верхнечелюстного альвеолита с применением нестероидных противовоспалительных препаратов.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением и лечением находились 27 человек с верхнечелюстным альвеолитом и 17 здоровых добровольцев без серьезной сопутствующей соматической патологии и с санированной полостью рта. Для проведения собственного исследования пациенты с одонтогенными воспалительными заболеваниями были разделены на 3 группы, рандомизированные по возрасту и полу, обследование которых проводилось теми же методами, но набор вводимых препаратов отличался (таблица 1). Группа 4 была сформирована для анализа и оценки результатов лабораторных иммунологических тестов и состояла из здоровых добровольцев ("чистый контроль").

Количество обследованных пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями и их распределение по группам

	Группа 1 (Монокурс НПВП)	Группа 2 (последовательный курс НПВП)	Группа №3 (Сравнения)
Альвеолит челюсти	10	8	9

Критериями отбора пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями в ту или иную группу были: интенсивность боли в первые часы после хирургического вмешательства, характер сопутствующей соматической патологии. Критерием отбора пациентов в 1-ю группу была боль "низкой интенсивности". Критерием отбора пациентов во 2-ю группу было ощущение боли от "умеренной до высокой интенсивности": от 4 до 10 баллов. GroupВ 3-ю группу вошли пациенты с различной степенью боли

1-ю группу составили пациенты, лечение которых включало монокурс нестероидного противовоспалительного препарата (нимесулида). 1-ю группу составили 10 пациентов (5 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 18 до 60 лет.

2-я группа - пациенты, медикаментозное лечение которых включало последовательный курс нестероидных противовоспалительных препаратов (кеторолак, трометамин, нимесулид). 2-ю группу составили 8 пациентов (4 мужчины и 4 женщины) в возрасте от 19 до 74 лет (средний возраст $30,1 \pm 0,76$ года).

3-ю группу составили пациенты, чье медикаментозное лечение исключало применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Group3-ю группу составили of9 пациентов (4 мужчины и 5 женщин) в возрасте 17-70 лет.

4-ю группу составили 18 здоровых добровольцев в возрасте от 20 до 27 лет (средний возраст $23,2 \pm 0,53$ года).

Обследование пациентов состояло из основных и дополнительных методов исследования. Основные методы обследования проводились пациентам при первоначальном и каждом последующем посещении и включали тщательный сбор анамнеза, наружный и внутриротовой осмотр.

Степень воспалительной контрактуры жевательных мышц определяли в зависимости от наличия и характера ограничения открывания рта. Для последующего анализа полученных данных каждой степени воспалительной контрактуры был присвоен балл, эквивалентный значению степени.

"1" - открытие рта до 3 см - незначительная степень воспалительной контрактуры - 1 балл

"2" - открытие рта до 2 см - умеренная степень воспалительной контрактуры - 2 балла

"3" - раскрытие рта до 0,5 см - выраженная степень воспалительной контрактуры - 3 балла.

Во время внутриротового обследования обращали внимание на состояние слизистой оболочки: изменение цвета, влажность слизистой оболочки, наличие отека, язв или ран, инфильтратов, экссудата. Оценивался уровень гигиены, характер взаимоотношений зубных рядов, состояние зубов, тканей пародонта.

Дополнительные методы обследования включали рентгенологические (рентген и ультразвук) и лабораторные анализы.

Рентгенологические методы исследования проводились в день первоначального обращения пациентов с целью уточнения диагноза и дифференциальной диагностики и включали внутриротовую рентгенографию или ортопантомографию.

Лабораторные анализы смешанной слюны использовались для оценки показателей местных факторов иммунной защиты полости рта, как в норме, так и в качестве критериев эффективности проведенного лечения. Местные факторы иммунной защиты изучали в день лечения и на 7-й день после начала лечения.

Пациенты с одонтогенными воспалительными заболеваниями были тщательно оценены на предмет их ощущения боли, как во время первичного обследования до начала лечения, так и во время фазы терапии. Для оценки динамики боли использовалась Z-шкала, разработанная профессором С. Т. Sokhov.

1 балл - послеоперационное течение абсолютно безболезненно: в течение 2 часов, 4 часов, 6 часов, 12 часов, первый день, второй день, третий день, четвертый день, пятый день после стоматологического вмешательства;

2 балла - послеоперационный курс слегка болезненный в течение - 2 часов, 4 часов, 6 часов, 12 часов, первый день, второй день, третий день, четвертый день, пятый день после стоматологического лечения, которое не требует дополнительного приема лекарств и обезболивания

3 балла - послеоперационное течение сопровождается значительной болью в течение - 2 часов, 4 часов, 6 часов, 12 часов, первого дня, второго дня, третьего дня, четвертого дня, пятого дня после стоматологического вмешательства, требующего дополнительного приема лекарств и обезболивания.

Обследование здоровых добровольцев было аналогично обследованию пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями и включало сбор анамнеза, наружный и внутриротовой осмотр, а также лабораторные анализы.

Результаты исследования: установлено, что наиболее значительное и достоверное уменьшение клинических симптомов воспаления в процессе лечения было зарегистрировано при применении монокурса НПВП ($P < 0,05$), что свидетельствует о его выраженном противовоспалительном действии. Однако наиболее выраженный анальгетический эффект был зарегистрирован при применении последовательного курса НПВП (напроксен и ацеклофенак) ($P < 0,02$). В нашей работе мы обнаружили, что интенсивность ощущения боли различалась в зависимости от нозологии и периода заболевания. Например, в период обращения в клинику боль была наиболее выражена у пациентов с диагнозом альвеолит.

При анализе ощущения боли мы обнаружили, что снижение интенсивности боли в конце лечения было зафиксировано в каждой группе обследованных пациентов. К 5-му дню наблюдения интенсивность боли была примерно одинаковой во всех группах, на что указывает отсутствие достоверных различий в это время ($P > 0,05$). Однако течение и характер болевых проявлений при различных фармакологических курсах имели существенные различия, особенно в первые послеоперационные часы, вплоть до первого дня наблюдения.

Так, к 4-му часу наблюдения в группе №1 интенсивность болевого ощущения достоверно не снизилась на 6,85% ($P > 0,05$), в группе №2 достоверно снизилась на 27,4% ($P < 0,05$), в группе сравнения достоверно увеличилась интенсивность болевого ощущения на 50% (Был определен $P < 0,001$). Через 6 и 12 часов наблюдения интенсивность боли была

значительно ниже при моно- и последовательных курсах НПВП, чем в группе сравнения ($P < 0,0001$; $P < 0,02$).

Следует отметить, что снижение интенсивности боли во время применения напроксена было статистически значимым во всех случаях, в отличие от применения ацетилофенака, где снижение интенсивности боли не было статистически значимым. Недостоверный характер изменений интенсивности боли между периодами наблюдения у пациентов, применявших ацетилофенак, был обусловлен менее выраженным обезболивающим эффектом последнего. Значительное снижение интенсивности боли при применении напроксена указывает на более выраженный обезболивающий эффект напроксена.

Выводы: Таким образом, монокурс НПВП эффективен в борьбе с болью "низкой интенсивности". Последовательный курс оказывает эффективное обезболивающее действие в случаях "умеренной или сильной" боли при применении напроксена. При переходе на ацетилофенак при болях высокой интенсивности обезболивающий эффект ослабевает. Последнее может оправдать продление применения напроксена в случаях "умеренной или сильной" боли.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Азимов М. И., Шомуродов К.Э. Методика пластики расщелины неба. Журнал исследований в области науки о здоровье. Том 1, № 2, 2018, с. 56-59.
2. Джураев А. М., Халимов Р. Дж. (2020). Новые методы хирургического лечения болезни Пертеса у детей. Международный журнал психосоциальной реабилитации, 24 (2), 301-307.
3. Джураев А., Усманов Ш., Рахматуллаев Х. и Халимов Р. (2021). Наш опыт хирургического лечения врожденного подъема лопатки у детей раннего возраста. Медицина и инновации, 1 (4), 37-44.
4. Джураев А. М., Халимов Р. Д. (2012). Наш опыт хирургического лечения болезни Пертеса у детей. Врач-аспирант, 50(1.3), 377-383.
5. Джураев А., Усманов Ш., Рахматуллаев Х. и Халимов Р. (2021). Наш опыт хирургического лечения врожденного подъема лопатки у детей раннего возраста. Медицина и инновации, 1 (4), 37-44.
6. Ходжиева Д.Т., Пулатов С.С., Хайдарова Д.К. Все о геморрагическом инсульте у лиц пожилого и старческого возраста (собственные наблюдения) // Наука молодежи (Eruditio Juvenium). 2015. №3. С. 87-96.

7. Шомуродов К.Е. Особенности цитокинового баланса в десневой жидкости при одонтогенной флегмоне челюстно-лицевой области. // Доктор-аспирант 2010.-42 т.-№5.1.-С.187-192;
8. Ильхомовна К. М., Ериигитович И. С. и Кадырович К. Н. (2020). Морфологические особенности микрососудистой ткани головного мозга при геморрагическом инсульте. Американский журнал медицинских наук и фармацевтических исследований, 2 (10), 53-59. <https://doi.org/10.37547/TAJMSPR/Volume02Issue10-08>
9. Ходжиева Д. Т., Хайдарова Д. К., Хайдаров Н.К. Комплексная оценка клинических и инструментальных данных для обоснования оптимальных лечебных мероприятий у пациентов с резистентными формами эпилепсии. Американский журнал исследований. США. № 11-12, 2018. С.186-193.
10. Ходжиева Д. Т., Хайдарова Д. К. Клинико-нейрофизиологические и нейрофизиологические особенности течения постинсультных когнитивных расстройств и вопросы оптимизации терапии. Центральноеазиатский журнал педиатрии. Декабрь 2019. Стр. 82-86
11. Садриддин Сайфуллаевич Пулатов. (2022). Эффективность эпидакрина в восстановительном периоде ишемического инсульта. Всемирный бюллетень общественного здравоохранения, 7, 28-32.
12. France CR, Page GD. Assessing parental history of hypertension: father (and mother) knows best! Psychophysiology.1998;35(3):341-3. doi:10.1017/S0048577298000833.
13. Исхакова, З. Ш., Исхакова, Ф. Ш., Нарзиева, Д. Б., Абдуллаев, Т. З., & Фуркатов, Ш. Ф. (2023). ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСТЕОГЕННОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ПОЛОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ. *FORMATION OF PSYCHOLOGY AND PEDAGOGY AS INTERDISCIPLINARY SCIENCES*, 2(15), 43-48.
14. Хазратов, А. И., Абдуллаев, Т. З., Фуркатов, Ш. Ф., & Нарзиева, Д. Б. (2023). ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У ПОДРОСТКОВ. *PEDAGOGICAL SCIENCES AND TEACHING METHODS*, 2(19), 87-94.
15. Rizaev, J. A., Rustamova, D. A., Khazratov, A. I., & Furkatov, S. F. (2022). THE NEED OF PATIENTS WITH SYSTEMIC VASCULITIS AND CORONAVIRUS INFECTION IN THE TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASES. *Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny)*, 25(4), 40-45.
16. Rizaev, J. A., Khazratov, A. I., Furkatov Sh, F., Muxtorov, A. A., & Ziyadullaeva, M. S. (2023). CLINICAL AND RADIOLOGICAL

CHARACTERISTICS OF PERIODONTIC INTERWEAVES IN PATIENTS WITH CHEW RECESSIONAL. *European Journal of Interdisciplinary Research and Development*, 11, 36-41.

17. Bekmuratov L. R. et al. CARDIOVASCULAR DISEASES IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS //TA'LIM VA RIVOJLANISH TAHLILI ONLAYN ILMIY JURNALI. – 2023. – Т. 3. – №. 1. – С. 193-198.

18. Ахмедов А. А., Фуркатов Ш. Ф. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПЛАНОВОЙ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ //Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. – 2022. – №. 1. – С. 145-147.

19. Зоиров Т., Ярашова Ш., Фуркатов Ш. Микробиологическое исследование содержимого периапикальных и краевых тканей при обострении хронического периодонтита //Дни молодых учёных. – 2022. – №. 1. – С. 234-235.

20. Sh, A. Sodikova, F. Furkatov Sh, and N. A. Kholbaeva. "Optimization of therapeutic and preventive measures for periodontal diseases of pregnant women with iron deficiency anemia." (2022).

21. Akhmedov A. A., Furkatov S. F. To determine the effectiveness and safety of planned local anesthesia in patients with arterial hypertension //Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. – 2021. – Т. 31. – №. 1. – С. 145-147.

22. Ярашова Ш. И., Фуркатов Ш. Ф. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ //Редакционная коллегия. – С. 126.

23. Sodikova S. A., Sh F. Furkatov, NA Kholbaeva." //Optimization of therapeutic and preventive measures for periodontal diseases of pregnant women with iron deficiency anemia. – 2022.

24. Хасанова Л. Э., Исмаев Ф. А. Комплексная социально-гигиеническая характеристика условий, образа жизни и здоровья студентов. преимущества обследования студенческой молодежи //Проблемы биологии и медицины. – 2020. – №. 1. – С. 286-293.

25. Шодиев, С. С., Исмаев, Ф. А., Нарзиева, Д. Б., Тухтамишев, Н. О., & Ахмедов, Б. С. (2019). Эффективность применения отвара аниса при лечении периимплантитов. *Достижения науки и образования*, (11 (52)), 99-103.

26. Хасанов Х. Ш., Исмаев Ф. А., Мардонова Н. П. ПРИМЕНЕНИЕ" PRF" В КАЧЕСТВЕ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ

ОДОНТОГЕННЫХ КИСТАХ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ //Вестник
магистратуры. – 2022. – №. 2-1 (125). – С. 13-14.