

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «НИМЕСИЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ АРТРИТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ

А.А. Тимофеев, С.В. Максимча

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Резюме. Проведено лечение 64-х больных с острыми посттравматическими артритами височно-нижнечелюстных суставов путем сравнительного использования различных нестероидных противовоспалительных препаратов. Доказано, что препарат «Нимесил» обладает более выраженным анальгетическим, жаропонижающим и противовоспалительным действием, а также имеет значительно меньшее количество побочных эффектов по сравнению с препаратом «Индометацин».

Ключевые слова: Нимесил, Индометацин, обезболивание, анальгетик, артриты височно-нижнечелюстных суставов.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «НИМЕСІЛ» ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ АРТРИТІВ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛІПНИХ СУГЛОБІВ

О.О. Тимофеев, С.В. Максимча

Резюме

Проведено лікування 64-х хворих з гострими посттравматичними артритами скронево-нижньощелепних суглобів шляхом порівняльного використання різних нестероїдних протизапальних препаратів. Доведено, що препарат «Німесіл» має більш виражену анальгетичну, жарознижнюю та протизапальну дію, а також меншу кількість побічних ефектів у порівнянні із препаратом «Індометацин».

Ключові слова: Німесіл, Індометацин, знеболення, анальгетик, артрити скронево-нижньощелепний суглоб.

APPLICATION OF PREPARATION OF «NIMESIL» AT TREATMENT OF SHARP ARTHRITIS OF TEMPORO-MANDIBULAR JOINTS

O. Tymofiyev, S. Maksimcha

Summary

Treatment is conducted 64- patients with sharp arthritis of temporo-mandibular joints by the comparative use of different antiinflammatory preparations. It is well-proven that preparation of «Nimesil» possesses more expressed analgetic and antiinflammatory action, and also has considerably a less number of side effects as compared to preparation «Indomethacin».

Key words: Nimesil, Indomethacin, analgesic effect, arthritis of temporo-mandibular joints.

Артриты (синоним — остеоартрит) — воспалительные процессы в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС). Чаще встречаются у людей молодого и среднего возраста. Среди причин развития артритов могут быть следующие: местная инфекция (пародонтит, гингивит, стоматит, отит, ангины, остеомиелит челюстей и др.), общие инфекционные заболевания (ОРЗ, грипп, пневмония, дизентерия, туберкулез, сифилис и др.), аллергические заболевания, травматическое воздействие и т. д. Возникновению воспалительных процессов в ВНЧС способствуют парааллергические факторы (переохлаждение, перегревание и др.), изменение в эндокринной и нервной системах, наличие очагов хронической инфекции (особенно в полости рта) и др. Инфекция в суставе распространяется гематогенным и контактным путями.

В зависимости от того какой этиологический фактор является причиной развития заболевания, различают: неинфекционные (обменно-дистрофические); инфекционные — специфические (туберкулезный, сифилитический, гонорейный, актиномикотический и др.) и неспецифические (после отита или остеомиелита, при ревматизме, коллагенозах и др.); посттравматические (возникают при хронической микротравме, острой травме, оперативных вмешательствах на челюстях, после удаления зубов из-за широкого открывания рта, при однократной перегрузке сустава во время откусывания большого куска яблока или при раскусывании твердой пищи).

По клиническому течению артриты различают острые и хронические. Вторичный артрит — это воспаление ВНЧС, являющееся исходом иного заболевания или повреждения. Острый артрит имеет острое начало, характеризуется резкими болями в самом ВНЧС, которые усиливаются при малейших движениях нижней челюсти и иррадируют в область лица и головы. Боли постоянные, они уменьшаются лишь при покое нижней челюсти. Сразу же появляется резкое ограничение при открывании рта, а нижняя челюсть при движении смещается в сторону больного сустава. При давлении на подбородок боль в больном суставе резко усиливается, даже при закрытом рте. Впереди козелка уха появляются отечность и инфильтрация мягких тканей, кожа может быть гиперемированной. При серозном артрите в полости сустава появляется серозный экссудат, а при гнойном артрите — гнойный. Выраженность симптомов интоксикации (повышение температуры тела, слабость, недомогание, повышение СОЭ и др.) зависит от активности воспалительного процесса и вида экссудата. Длительность течения заболевания до 2–3-х месяцев.

Таким образом, независимо от этиологии острого артрита ВНЧС все эти формы объединяет два основных клинических проявления: воспалительные явления и боль в суставе.

Целью работы являлось определение эффективности применения нестероидного противовоспалительного препарата «Нимесил» в комплексном лечении острого артрита ВНЧС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 64 пациента в возрасте от 24 до 65-ти лет, которым был установлен диагноз острый посттравматический артрит ВНЧС. Обследуемых разделили на две группы наблюдения: 1-я группа (основная) — 31 больной, у которых для лечения был применен нестероидный противовоспалительный препарат «Нимесил», и 2-я группа (контрольная) — 33 пациента, которым назначали лечение, включающее использование нестероидного противовоспалительного препарата — «Индометацин». Длительность лечения составляла 7–8 дней. После снятия острых воспалительных явлений по показаниям проводилось ортопедическое лечение.

У пациентов 1-й группы наблюдения для лечения был применен нестероидный противовоспалительный препарат «Нимесил» — международное название «Нимесулид» (номер регистрационного свидетельства в Украине UA/1445/01/01). Выпускается в гранулах для приготовления раствора для приема внутрь. Препарат оказывает противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее и антиагрегантное действие. В отличие от других НПВП селективно подавляет главным образом ЦОГ-2 (циклооксигеназу), тормозит синтез простагландинов в очаге воспаления. Оказывает менее выраженное угнетающее влияние на ЦОГ-1. После приема внутрь препарат хорошо всасывается в желудочно-кишечном тракте, достигая максимума в плазме крови через 2–3 ч. Связывание с белками плазмы в 97,5 %. Период полувыведения составляет 6 часов. Нимесил принимают внутрь, высыпая в стакан и растворяют содержимое одного пакетика гранулята (100 мг нимесулида) примерно в 80–100 мл воды. Приготовленный раствор хранению не подлежит. Обследуемые больные принимали препарат после еды два раза в сутки в течение 7–8-и дней.

Пациентам 2-й группы наблюдения назначали традиционный нестероидный противовоспалительный препарат «Индометацин» (номер регистрационного свидетельства в Украине UA/1217/01/01). Препарат выпускается фармацевтической фирмой «Дарница», Киев. Индометацин ингибирует циклооксигеназу (ЦОГ-1 и ЦОГ-2), снижает синтез простагландинов, обуславливающих в очаге воспаления развитие боли, повышение температуры и увеличение тканевой проницаемости. Оказывает антиагрегантное действие. После приема внутрь однократной дозы в 50 мг быстро абсорбируется, максимальная концентрация достигается через 2 ч. При приеме внутрь биодоступность составляет 90–98 %. Связывание с белками плазмы в 90–98 %. Период полувыведения составляет 4–9 часов. Экскретируется преимущественно почками — 70 % (30 % — в неизменном виде) и желудочно-кишечным трактом — 30 %. Препарат противопоказан при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и других язвенных процессах в кишечнике и пищеводе, при бронхиальной астме. Нельзя назначать препарат женщинам при беременности и кормлении грудью. Надо предупреждать больных о возможности появления головокружения, особенно это необходимо учитывать при назначении Индометацина водителям транспорта, лицам, работающим у станка и т. п. Больным назначали таблетки по 0,05 г (50 мг) 2–3 раза в сутки после еды, максимальная суточная доза не должна превышать 200 мг.

У всех больных применяли клинические методы обследования, которые включали: осмотр (определялись степень выраженности асимметрии лица, отек, гиперемия и инфльтрация слизистой оболочки в области патологического очага), пальпацию. Для оценки интенсивности боли применили общеизвестную словесную оценку болей — визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), метод, доступный для любого стоматологического отделения. Визуально-аналоговая шкала представляет собой линейку длиной 10 см, по которой пациенту предлагается оценить свои болевые ощущения от 0 до 10-ти баллов. Отсутствие боли соответствует 0 баллов. Невыносимая боль — 10 баллов. Оценка болевых ощущений: очень сильные боли (10 и 9 баллов), сильные (8, 7, 6 баллов), средние (5, 4, 3 балла), слабые (2, 1 балл), отсутствие болей (0 баллов).

Качество анальгезии оценивалось по пятибалльной шкале: 5 — «очень хорошая», 4 — «хорошая», 3 — «удовлетворительная», 2 — «незначительная», 1 — «отсутствует».

Противовоспалительное действие изучаемых нестероидных препаратов определяли по функциональной активности нейтрофилов, эмигрировавших в ротовую полость через слизистую оболочку щеки. Для выявления щелочной фосфатазы нейтрофильных лейкоцитов применили наиболее распространенный метод азосочетания (модификация М. Г. Шубича, 1980). Количество эмигрированных лейкоцитов и активность в них щелочной фосфатазы определяли в отпечатках, полученных со слизистой оболочки альвеолярного отростка.

Для оценки цитохимической активности применили метод Karlow L.S. В зависимости от ферментативной активности нейтрофилов их распределили на пять типов: нулевой (неокрашенные), первый (со слабой окраской цитоплазмы), второй (с умеренной окраской цитоплазмы), третий (с сильной окраской цитоплазмы) и четвертый (с очень сильной окраской цитоплазмы и диффузией красителя в область ядра). В мазке подсчитывали 100 нейтрофилов и определяли количество клеток, принадлежащих каждому типу. Это количество умножали на номер типа, полученное произведение суммировали.

Полученные цифровые данные обследований были обработаны вариационно-статистическим методом с использованием персонального компьютера. Достоверность результатов обследования вычисляли по критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Болевые проявления у обследуемых больных состояли из боли в области ВНЧС и ушей, болей при движении нижней челюсти, головной боли.

Результаты обследования интенсивности болей у больных 1-й (основной) группы наблюдения по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в динамике лечения представлены на рис. 1. Перед началом лечения у 100 % обследуемых больных 1-й группы наблюдались сильные (8, 7 и 6 баллов) боли. На следующий день после начала лечения у больных 1-й группы наблюдения (при лечении препаратом «Нимесил») сильные боли (8, 7 и 6 баллов) были обнаружены у 27 обследуемых (в 87,1 % случаев), средней (5 баллов) тяжести боли — у 4-х обследуемых (12,9 %). На 3-й день лечения сильные боли выявлены у 14 чел. (45,2 %), а средней (5, 4 и 3 балла) степени тяжести — у 17 чел. (54,8 %). На 5-й день лечения боли в 1-й (основной) группе наблюдения больных были следующими: средние (4 и 3 балла) — у 12 чел. (38,7 %) и слабые (2 и 1 балл) — у 19 чел. (61,3 %). На 7–8-й день лечения боли в 1-й группе были следующими: слабые (1 балл) — у 7 чел. (22,6 %) и отсутствовала боль у 24 чел. (77,4%).



Рис. 1. Характеристика боли при использовании препарата «Нимесил».



Рис. 2. Характеристика боли при использовании препарата «Индометацин».

Побочные эффекты при приеме Нимесила отмечены у 5-ти больных (16,2 %): гипертонзия и тахикардия наблюдались у одного обследуемого (3,2 %), тошнота, диарея и боли в эпигастральной области — у 2 обследуемых (6,5 %), сонливость — у 2-х больных (6,5 %). Побочные эффекты самостоятельно исчезли после окончания приема препарата. У препарата «Нимесил» отмечены хорошая переносимость, отсутствие изменений картины крови и мочи.

Результаты обследования интенсивности болей у больных 2-й (контрольной) группы наблюдения по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в динамике лечения представлены на рис. 2. Перед началом традиционного лечения у 100 % обследуемых больных 2-й группы наблюдались сильные (8, 7 и 6 баллов) боли. На следующий день после начала лечения у больных 2-й группы наблюдения (при традиционном лечении) сильные боли (8, 7 и 6 баллов) были обнаружены у 32-х обследуемых (97,0 %), боли средней (5 баллов) тяжести — у одного обследуемого (3,0 %). На 3-й день традиционного лечения сильные боли выявлены у 23 чел. (69,7 %), а средней

(5, 4 и 3 балла) степени тяжести — у 10 чел. (30,3 %). На 5-й день лечения боли во 2-й (контрольной) группе наблюдения больных были следующими: средние (4 и 3 балла) — у 27 чел. (81,8 %) и слабые (2 балла) — у 6 чел. (18,2 %). На 7–8-й день лечения боли во 2-й группе наблюдения были следующими: слабые (2 и 1 балл) — у 22 чел. (66,7 %) и отсутствовала боль у 11 чел. (33,3 %).

Побочные эффекты отмечены у 13 больных (39,4%). Побочные эффекты от Индометацина были следующими: головная боль и головокружение — у 2 больных (6,0 %); тошнота, рвота, потеря аппетита и боли в эпигастральной области — у 5 обследуемых (15,2 %), сонливость — у 3 больных (9,1 %), аллергические реакции — у 3-х обследуемых (9,1 %). Побочные эффекты самостоятельно исчезли после окончания приема препарата.

Сравнительная оценка анальгетической эффективности нестероидных препаратов «Нимесил» и «Индометацин» представлена на рис. 3. На основании опроса больных и результатов обследования качество анальгезии при острых артритах оценена следующим образом: 4 («хорошая») — для препарата «Нимесил», 3 («удовлетворительная») — для препарата «Индометацин».

Общая температурная реакция у пациентов в 1-й (основной) группе наблюдения в первый день после начала лечения препаратом «Нимесил» была следующей: от 37,6 до 37,8°С — у 3 чел. (9,7 %), от 37,0 до 37,5°С — у 22 чел. (71,0 %) и от 36,6 до 36,9°С — у 6 чел. (19,3 %). На третий день общая температурная реакция была следующей: от 37,0 до 37,5°С — у 24 чел. (77,6 %) и от 36,6 до 36,9°С — у 7 чел. (22,6 %). На пятый день общая температурная реакция следующей: от 37,0 до 37,5°С — у 8 чел. (25,8 %) и от 36,6 до 36,9°С — у 23 чел. (74,2 %). На 7–8-й день общая температурная реакция нормализовалась у всех обследуемых больных.

Общая температурная реакция у пациентов во 2-й (контрольной) группе наблюдения в первый день при лечении препаратом «Индометацин» была следующей: от 37,6 до 37,7°С — у 2 чел. (6,1 %), от 37,0 до 37,5°С — у 28 чел. (84,9 %) и от 36,6 до 36,9°С — у 3 чел. (9,0 %). На третий день общая температурная реакция была следующей: от 37,0 до 37,5°С — у 26 чел. (78,8 %) и от 36,6 до

Сравнительная оценка эффективности проводимого лечения в обследуемых группах

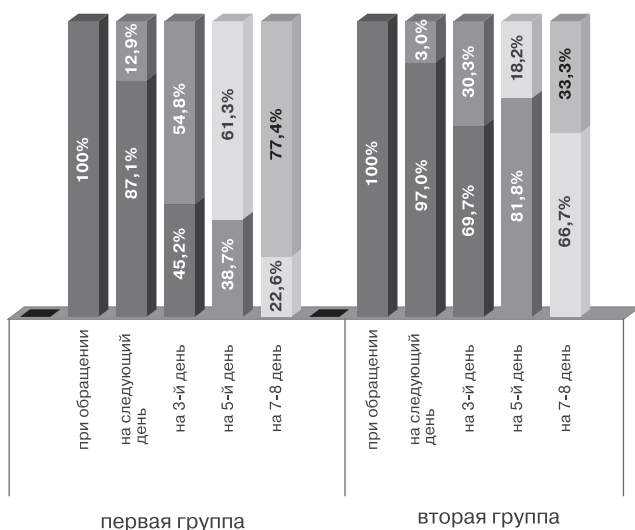


Рис. 3. Сравнительная оценка эффективности лечения в обследуемых группах.

Цитологические и цитохимические показатели в отпечатках, взятых со слизистой оболочки щеки у больных с острыми посттравматическими артритами, в динамике лечения

Группы наблюдения	Кол-во больных	Сроки обследования	Количество нейтрофилов (на 100 клеток), эмигрировавших через слизистую оболочку щеки	Активность щелочной фосфатазы в нейтрофилах, эмигрировавших через слизистую оболочку щеки, усл. ед.
			M±m	M±m
Больные первой группы (препарат «Нимесил»)	25	при обращении	42,4±3,1 p < 0,001	66,7±2,8 p < 0,001
		на 3-и сутки	38,1±1,4 p < 0,001	55,9±2,7 p < 0,001
		на 7–8-е сутки	13,4±0,9 p > 0,05	26,0±1,1 p > 0,05
Больные второй группы (препарат «Индометацин»)	24	при обращении	41,0±2,7 p < 0,001	63,7±2,4 p < 0,001
		на 3-и сутки	37,8±2,2 p < 0,001	58,9±2,7 p < 0,001
		на 7–8-е сутки	26,7±1,2 p < 0,001	44,4±1,8 p < 0,001
Здоровые люди	27		12,7 ± 0,9	31,9 ± 1,4

Примечание: p — достоверность различий по сравнению с контрольной группой (здоровыми людьми).

36,9°С — у 7 чел. (21,2 %). На пятый день общая температурная реакция следующей: от 37,0 до 37,5°С — у 22 чел. (66,7 %) и от 36,6 до 36,9°С — у 11 чел. (33,32 %). На 7–8-й день общая температурная реакция следующая: от 37,0 до 37,5°С — у 7 чел. (21,2 %) и от 36,6 до 36,9°С — у 26 чел. (78,8 %).

Таким образом, на основании этих обследований можно утверждать, что при лечении препаратом «Нимесил» происходит более эффективное снижение общей температуры тела у больных с острым посттравматическим артритом ВНЧС по сравнению с группой обследуемых, леченых препаратом «Индометацин».

По результатам обследования больных с острыми посттравматическими артритами ВНЧС было установлено, что в динамике лечения изменялось состояние местной неспецифической резистентности полости рта (табл. 4).

Из таблицы 4 видно, что количество нейтрофилов, которые эмигрировали через слизистую оболочку щеки, и активность в них щелочной фосфатазы при обращении больных и на 3-и сутки лечения достоверно (< 0,001) увеличивались по сравнению со здоровыми людьми в обеих группах наблюдения. На 7–8-е сутки лечения данные показатели нормализовались только при использовании для лечения препарата «Нимесил», а при лечении

больных с острыми артритами ВНЧС препаратом «Индометацин» изучаемые показатели сохранялись достоверно (< 0,001) повышенными даже после окончания лечения.

Качество противовоспалительного действия у больных обеих групп наблюдения мы оценили также по пятибалльной шкале. Оценка была следующей: 5 («очень хорошая») — для препарата «Нимесил» и 3 («удовлетворительная») — для препарата «Индометацин».

ВЫВОДЫ

Проведено лечение 64-х больных с острыми посттравматическими артритами височно-нижнечелюстных суставов путем сравнительного использования различных нестероидных противовоспалительных препаратов в разных группах наблюдения. Доказано, что препарат «Нимесил» обладает более выраженным анальгетическим, противовоспалительным и жаропонижающим действием, а также имеет значительно меньшее количество побочных эффектов по сравнению с препаратом «Индометацин».

Установлено, что препарат «Нимесил» является эффективным обезболивающим и противовоспалительным медикаментозным средством и может быть рекомендован для лечения больных с острыми посттравматическими артритами височно-нижнечелюстных суставов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. — Киев. — 2012. — 1048 с.
2. Тимофеев А. А. Основы челюстно-лицевой хирургии. — М.: «Медицинское инфор-

мационное агентство», 2007. — 696 с.
3. Тимофеев А. А. Челюстно-лицевая хирургия. — Киев: «Медицина». — 2010. — 576 с.