

DOI 10.11603/2311-9624.2023.2-3.14186
УДК 616.314-006.3-089.16-615.217

©Н. І. Гелей, В. М. Гелей, Л. В. Мельник, М. М. Желізняк, Ю. О. Мочалов

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
e-mail: nazariy.heley@uzhnu.edu.ua

Особливості схеми премедикації стоматологічних амбулаторних маніпуляцій у пацієнтів зі злякисними новоутвореннями різного генезу

ІНФОРМАЦІЯ

Надійшла до редакції/Received:
01.02.2023 р.

Ключові слова: онкопатологія; порожнина рота; стоматологічні захворювання; премедикація; знеболювання.

АНОТАЦІЯ

Резюме. У даній статті висвітлено основну проблему виникнення больового синдрому в пацієнтів із онкопатологією на етапі перед та після активного спеціалізованого лікування й обґрунтовано ключові аспекти розробки схеми премедикації під час стоматологічної санації даних пацієнтів. Больовий синдром супроводжує більшість захворювань і втручань у щелепно-лицевій ділянці, обтяжуючи перебіг основного захворювання та ускладнюючи роботу лікаря-стоматолога. Удосконалення місцевого знеболювання стоматологічних маніпуляцій та хірургічних втручань на щелепно-лицевій ділянці (ЩЛД) у пацієнтів з онкопатологією на етапі та після активного спеціалізованого лікування також є актуальним і малодослідженим питанням у медицині. Наявність комплексних патологічних змін у формі паранеопластичного синдрому та вторинні зміни макроорганізму внаслідок протипухлинної променевої та хіміотерапії можуть впливати у більшості пацієнтів на больовий поріг, фармакокінетику і фармакодинаміку місцевих анестетиків. **Мета дослідження** – удосконалити лікування стоматологічних захворювань у пацієнтів із онкологічними хворобами шляхом розробки і клінічне обґрунтування алгоритму тактики премедикації при знеболюванні стоматологічних маніпуляцій у пацієнтів з онкопатологією.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебували 87 пацієнтів працездатного віку від 30 до 60 років. Серед них 47 осіб жіночої і 40 – чоловічої статей. 27 з них хворіли на гострий серозний і гнійний періодонтит, 35 – на загострення хронічного періодонтиту, 25 – хворіли на гострий гнійний одонтогенний періостит і мали одночасне видалення декількох зубів або коренів. Усі пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні в онкологічному диспансері та на диспансерному обліку в клініці, а також потребували хірургічного стоматологічного лікування у зв'язку з встановленою нозологією. 50 пацієнтів склали основну групу, яким проводили схему премедикації та знеболювання.

Результати досліджень та їх обговорення. Одержані результати свідчать про наявність проблем із порожниною рота у 100,0 % пацієнтів, які перебувають на спеціалізованій протипухлинній хіміотерапії, а також про наявність достатньо високої потреби у спеціалізованому стоматологічному лікуванні. Висока частота реєстрації больових відчуттів, і відповідно порушення якості життя їх свідчить про потребу в призначенні додаткових нестероїдних протизапальних засобів зі знеболювальним ефектом та застосування локальних анестетиків для знеболювання слизової оболонки порожнини рота (СОПР) під час споживання їжі. Отримані дані збігаються із результатами клінічних досліджень ряду авторів із близького і далекого зарубіжжя. В основній групі больові відчуття повністю зникали у 85,00 % пацієнтів, і в 15,00 % випадків зберігався біль слабкої інтенсивності. Тобто застосування пре-

дикації разом із місцевою анестезією дозволило на 15,00 % випадків більше покращити знеболювання тканин ЩЛД у пацієнтів із супутньою онкопатологією. Психологічне тестування пацієнтів із наявними злоякісними захворюваннями різної локалізації, в котрих на етапі активного лікування основного захворювання було діагностовано запальні захворювання ЩЛД (періодонтити, гострі гнійні одонтогенні періостити щелеп) за HADS-методикою показало, що найвищий рівень тривоги спостерігався при розвитку в пацієнта гострого гнійного періоститу – $(9,23 \pm 0,36)$ ($M=8,90$) бала HADS, до надання невідкладної допомоги, найменший рівень був у пацієнтів із гострими апікальними періодонтитами – $(6,83 \pm 0,38)$ ($M=6,50$) бала. Після лікування у першій групі пацієнтів рівень тривоги знижувався до $(5,3 \pm 0,25)$ ($M=5,00$) бала, у пацієнтів із гострими апікальними періодонтитами – до $(3,14 \pm 0,18)$ ($M=3,00$) бала. Можна припустити, що зростання тривоги пацієнтів при гострих гнійних періоститах пов'язано зі змінами зовнішності та потребою додаткового розтину осередку гнійного запалення в ході лікування.

Висновки. Результати дослідження часових інтервалів настання й ефективної дії місцевої анестезії тканин ЩЛД показали, що комбінація місцевого знеболювання з оригінальною схемою премедикації дозволяла наблизити час настання анестезії при гострих гнійних періоститах щелеп та гострих апікальних періодонтитах до таких показників у соматично здорових пацієнтів $(5,70 \pm 0,30)$ ($M=5,15$) хв та $5,30 \pm 0,30$ ($M=5,00$) хв і $(3,41 \pm 0,31)$ ($M=3,30$) хв та $(3,30 \pm 0,21)$ ($M=3,00$) хв відповідно). Тривалість часу знеболювання при застосуванні премедикації зростала при всіх досліджуваних видах гострої запальної патології та була більшою, ніж у контрольній групі на 6,00–27,50 хв.

Вступ. На сучасному етапі розвитку медичної науки злоякісні пухлини різної локалізації та гемобластози являють собою одну з найскладніших медико-соціальних проблем охорони здоров'я і відносяться до групи соціально-значущих захворювань, оскільки впливають на інвалідизацію та смертність осіб працездатного віку в багатьох країнах [8, 10].

У ряді досліджень доведено роль стоматологічної санації для профілактики розвитку хіміотерапевтичного і променевого мукозиту, але, як показує практика, до 98,00 % пацієнтів онкологічних та онкогематологічних стаціонарів мають несановану порожнину рота і вкрай низький рівень індивідуальної її гігієни. Тому пошук методів і засобів для мінімізації впливу несанованої порожнини рота на розвиток мукозитів слизової оболонки порожнини рота (СОПР) продовжує бути актуальним [1–3].

Поряд із тим, при виникненні загострення хронічних захворювань тканин щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) під час проведення комплексного протипухлинного лікування виникає ряд питань щодо раціонального місцевого знеболювання тканин ЩЛД у порядку надання невідкладної стоматологічної хірургічної допомоги та захисту пацієнта від больового

синдрому, який має особливості у пацієнтів з онкопатологією.

Удосконалення місцевого знеболювання стоматологічних маніпуляцій та хірургічних втручань на ЩЛД у пацієнтів із онкопатологією на етапі активного спеціалізованого лікування та після такого є актуальною проблемою для онкології та стоматології. Розвиток паранеопластичного синдрому та реакції організму на проведення протипухлинної хіміотерапії та променевого комплексного лікування змінюють у переважного числа пацієнтів больовий поріг та впливають на фармакокінетику і фармакодинаміку місцевих анестетиків. Наявність злоякісної пухлини може спричиняти ряд місцевих і загальних ефектів, які можуть впливати на толерантність пацієнта до місцевих анестетиків. Тому можна судити про формування потреби у проведенні комплексних досліджень для вирішення перерахованих завдань [4, 5].

Метою дослідження було визначити удосконалення лікування стоматологічних захворювань у пацієнтів із онкологічними захворюваннями шляхом розробки і клінічне обґрунтування алгоритму тактики премедикації при знеболюванні стоматологічних маніпуляцій у пацієнтів з онкопатологією.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебувало 87 пацієнтів працездатного віку від 30 до 60 років. Серед них 47 осіб жіночої і 40 – чоловічої статей. 27 з них хворіли на гострий серозний і гнійний періодонтит, 35 – на загострення хронічного періодонтиту, 25 – хворіли на гострий гнійний одонтогенний періостит і мали одночасне видалення декількох зубів або коренів. Усі пацієнти знаходились на стаціонарному лікуванні в онкологічному диспансері та на диспансерному обліку в клініці, а також потребували хірургічно-стоматологічного лікування у зв'язку з встановленою нозологією. 50 пацієнтів склали основну групу, яким проводили схему премедикації та знеболювання.

37 пацієнтів склали контрольну групу, де застосовували традиційні методи знеболювання («Лідокаїн» 2 % 2 мл, «Ультракаїн» 4 % 2 мл, «Убістезин» 4 % 1,7 мл, «Мепівастезин» 3 % 1,7 мл, «Септанест» 4 % 1,7 мл) без проведення премедикації.

У пацієнтів обох груп відмічалось погіршення загального стану, біль у причинних зубах, підвищення температури тіла до 37,5 °С, асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин відповідної ділянки, болучість регіональних лімфовузлів під час пальпації.

В основній групі спостереження оперативне втручання проводили під провідниковою анестезією з використанням схеми премедикації. Схема полягала у призначенні: за одну годину перед оперативним втручанням виконували ін'єкцію «Диклоберл» в/м 3 мл (75 мг), потім вводили провідникову анестезію «Ультракаїн» 4 %. Через 2 год після операції призначали «Німесил» 100 мг перорально 2 рази на добу протягом 3-х днів.

В якості контрольних тестів були вибрані: загальний стан хворого, тривалість больової реакції, відновлення функції нижньої щелепи.

Наскільки ефективнішим буде знеболювання пацієнта, тим самим покращиться якість надання лікарської допомоги (оперативного втручання), скоротиться термін перебігу захворювання та зменшиться вірогідність післяопераційних ускладнень.

Відомі ненаркотичні анальгетики та нестероїдні протизапальні препарати, що усувають помірні больові відчуття, які перш за все зумовлені запаленням. Ці засоби мають добру переносимість та не викликають лікарської залежності. Призначений лікарем анальгетик повинен відповідати певним параметрам: бути дієвим відносно інтенсивності болю і бути

безпечним для онкологічних пацієнтів, тобто має усувати біль, не викликаючи патологічних побічних ефектів. У разі призначення анальгетика, який не дає ефекту «усунення болю», останній зберігається та починає швидко наростати шляхом сумації больових подразників і перезбудження нервових сполучень, які проводять біль. У результаті формується больовий синдром, який надалі може переходити у хронічну фазу.

Існує декілька основних способів потенційованого знеболювання:

- внутрішньом'язове використання опіоїдів;
- контрольована пацієнтом анальгезія;
- епідуральна анестезія;
- застосування препаратів групи нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП).

Спосіб використання опіоїдів має низку істотних недоліків, які зводяться до наступних:

- депресія дихання;
- пригнічення ЦНС;
- блювання;
- розвиток звикання і залежності;
- проблеми обліку використання наркотичних анальгетиків на адміністративному рівні, особливі умови зберігання, застосування.

Нова стратегія протибольової терапії патологічного процесу передбачає три напрямки: етіологічний, патогенетичний і симптоматичний із використанням анестетиків, анальгетиків і НПЗП [6, 7].

Спосіб використання ненаркотичних анальгетиків із беззаспокійливим потенціалом, рівним за потужністю з «Трамаолом» («Трамаолом»), дозволило більш широко використовувати НПЗП у стоматологічній практиці при вираженому больовому синдромі різної локалізації [8, 9]. За здатністю переважно пригнічувати циклооксигеназу-1 (ЦОГ-1) або циклооксигеназу-2 (ЦОГ-2) на сьогодні виділяють НПЗП 3-х груп:

- неселективні НПЗП, що пригнічують активність обох ферментів;
- НПЗП, переважно пригнічують ЦОГ-2 і слабше ЦОГ-1;
- селективні щодо ЦОГ-2, які практично не мають ефекту на ЦОГ-1.

Найближчим за технічною сутністю та ефектом, який досягається, є спосіб застосування «Диклоберлу», який має здатність активізувати протизапальні процеси та здійснювати анальгезивний ефект, тим самим підсилюючи дію анестетиків у пацієнтів з онкологічними захворюваннями різного генезу. Протибольо-

вий ефект засобу «Диклоберл» зумовлений декількома механізмами. Основним механізмом його є пригнічення циклооксигенази – ферменту, що регулює перетворення арахідонової кислоти в простагландини – медіатори запалення, болю, підвищення температури тіла [9,10].

Завдання методу полягає у розробці способу застосування схем місцевого знеболювання у пацієнтів з онкологічними захворюваннями різного генезу. Поставлене завдання вирішується таким чином, що запропонований спосіб застосування схем місцевого знеболювання, який включає премедикацію і потенційоване знеболювання та відрізняється тим, що використовують ін'єкції препарату «Диклоберл» в/м 3,00 мл (75,00 мг) за 1 год перед проведенням оперативного втручання в ЩЛД, через 2 год після оперативного втручання призначали перорально засіб «Німесил» 100,00 мг 2 рази на добу протягом 3-х діб. У найсприятливішому прикладі реалізації способу використовують провідникове знеболювання ін'єкції «Ультракайн» 4,00 % – 2,00 мл перед хірургічним втручанням [11, 12].

Усі результати огляду пацієнтів заносили в спеціально розроблену карту дослідження і надалі копіювалися до електронної бази даних (Microsoft Excel, 2016), де проводили їх аналіз із використанням методів описової статистики. Всі дані пацієнтів знеособлювалися з метою захисту інформації, яка може становити лікарську таємницю, усі пацієнти до включення в основну групу давали на це письмову згоду та отримували повну інформацію щодо дослідження.

Спосіб реалізується таким чином. Вибір препарату «Німесулід» («Німесил») було зумовлено механізмом поєднаної терапевтичної дії (протизапальної і знеболювальної) та його властивостями:

- нижчим ризиком гастроінтестинальних геморагічних ускладнень порівняно з іншими НПЗП;

- пригніченням колагенази (до 91,90 %);

- пригніченням ІЛ-1, ІЛ-6, ІЛ-8 та субстанції Р;

- додаткове пригнічення TNF- α (до 70,00 %).

Для підвищення ефективності місцевого провідникового знеболювання стоматологічних маніпуляцій автори розробили обґрунтовані медикаментозні схеми потенційованої анестезії із застосуванням нестероїдних протизапальних препаратів «Диклоберл» і «Німесил» для онкологічно хворих пацієнтів при різній локалізації пухлин.

Зазначені схеми полягають в послідовності застосування препаратів «Диклоберл» та «Німесил», що належать до групи НПЗП, але мають різні точки впливу: більш виражену знеболювальну – «Диклоберл» і більш виражену протизапальну – «Німесил».

Спосіб застосування схеми курсу премедикації та потенційовання полягає в наступному:

- препарат «Диклоберл» внутрішньом'язово 3,00 мл (75,00 мг) за 1 год до хірургічного втручання;

- препарат «Німесил» 100,00 мг перорально 2 рази на добу через 2 год після хірургічного втручання протягом 3-х діб (рис. 1).

Запропонований спосіб має ряд суттєвих переваг, а саме:

- призначення препаратів знеболювальної та протизапальної дій (засоби «Диклоберл» і «Німесил») сприяє підвищенню знеболювального ефекту місцевих анестетиків і нормалізації загального та місцевого статусу в передопераційний та післяопераційний періоди;

- схема премедикації сприяє зменшенню інтенсивності больового синдрому, післяопераційного набряку, переходу запалення у репаративну фазу.

Результати досліджень та їх обговорення. Психологічне тестування пацієнтів із наявними злоякісними захворюваннями різної локалізації, у котрих на етапі активного лікування основного захворювання було діагностовано запальні захворювання ЩЛД (періодонтити, гострі гнійні одонтогенні періостити щелеп) за HADS-методикою показало, що найвищий рівень тривоги спостерігався при розвитку у пацієнта гострого гнійного періоститу – (9,23 \pm 0,36) (M=8,90) бала HADS, до надання невідкладної допомоги, найменший рівень був в пацієнтів із гострими апікальними періодонтитами – (6,83 \pm 0,38) (M=6,50) бала. Після лікування у першій групі пацієнтів рівень тривоги знижувався до (5,3 \pm 0,25) (M=5,00) бала, у пацієнтів з гострими апікальними періодонтитами – до 3,14 \pm 0,18 (M=3,00). Можна припустити, що зростання тривоги пацієнтів при гострих гнійних періоститах пов'язано зі змінами зовнішності та потребою додаткового розтину осередку гнійного запалення в ході лікування. Поряд із тим, оцінка рівня депресії у пацієнтів не виявила суттєвої різниці в умовних балах при вищеписаних видах запальних захворювань ЩЛД ні до, ні після виконання ургентної стоматологічної маніпуляції, яка усувала больовий синдром (табл. 1).

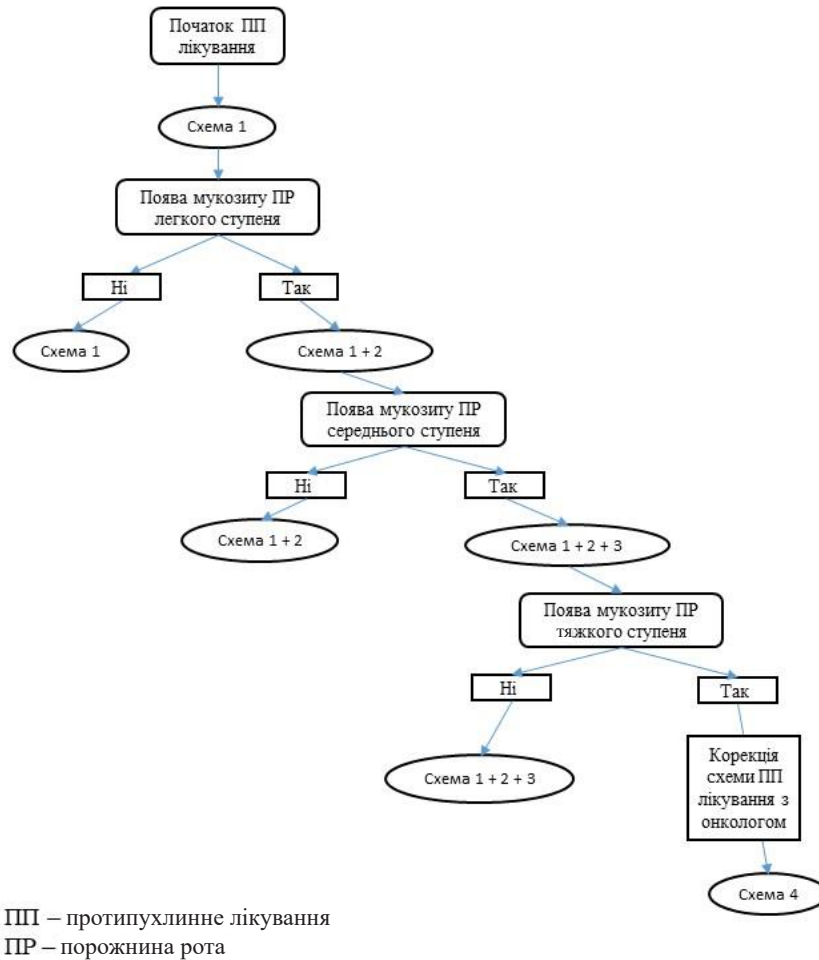


Рис. 1. Вибір лікувальної тактики в ході профілактики і лікування вторинних уражень слизової оболонки порожнини рота при комплексній протипухлинній терапії.

Таблиця 1. Порівняння показників інтенсивності больових відчуттів за шкалами VAS та NRS у пацієнтів до знеболювання

Інтенсивність больового синдрому VAS/NRS, мм	Пацієнти з онкопатологією		Пацієнти без онкопатології	
	гострий періодонтит (загострення хронічного)	гострий періостит щелеп	гострий періодонтит (загострення хронічного)	гострий періостит щелеп
Болю немає (0)	0	0	0	0
I ст. – слабкий біль (0–4)	1	2	2	4
II ст. – помірний біль (4–7)	1	2	4	4
III ст. – сильний біль (>7)	2	3	2	1
IV ст. – нестерпний біль (10)	6	3	2	1
Усього	10	10	10	10
Середній бал	8,60±1,76 (M=10,00)	7,40±2,32 (M=8,50)	6,60±2,08 (M=7,00)	4,60±2,32 (M=4,00)

Повторно дослідження було проведено через 15 хв після виконання місцевої анестезії. Оцінка результатів тестування пацієнтів показала, що загалом в групі були відсутні нестерпні та

сильні больові відчуття (IV і III ст.). Помірні больові відчуття (II ст.) були наявні у 3,33 % пацієнтів, які належали тільки до групи пацієнтів з онкопатологією, яким не виконувалася

премедикація, – 2 із 20. У 13,33 % пацієнтів групи дослідження відзначалися больові відчуття слабкої інтенсивності (I ст.), і кількість таких пацієнтів переважала в групі пацієнтів з онкопатологією, яким не виконували премедикацію (4 із 20), 3-є таких пацієнтів було в групі, в якій застосовували комбінацію місцевого провідникового знеболювання та премедикації. У групі контролю легкі больові відчуття зберігалися лише в одного пацієнта. Повна якісна анестезія була відзначена у 83,33 % пацієнтів основної групи дослідження: при оцінці в групах – у 19 пацієнтів із 20 групи контролю, в 17 із 20 пацієнтів групи онкохворих, де застосовували місцеве знеболювання та премедикацію, і у 14 пацієнтів із 20 в групі онкохворих, у яких застосовували лише провідникове знеболювання (табл. 2).

Результати дослідження інтенсивності больових відчуттів при гострих запальних процесах ШЦД у пацієнтів із наявною супутньою онкопатологією та без такої із використанням візуальних та цифрових шкал показали, що у пацієнтів із наявною супутньою онкопатологією такі больові відчуття були більш інтенсивними до проведення місцевої анестезії – біль IV ст. відзначали 25,00 % пацієнтів із супутньою онкопатологією проти 15,00 % пацієнтів без такої. Водночас, у пацієнтів без онкопатології було значно більше випадків слабого болю (35,00 %), в групах із наявною онкопатологією такі відчуття були тільки у 7,50 % пацієнтів.

Через 5 хв після проведення місцевого знеболювання ефект анестезії проявив себе у всіх групах – найбільш виразно відчуття змінювалися в групі контролю – 0,00 % пацієнтів з болем IV ст., 5,00 % – з болем III ст., 15,00 % – з помірним болем, і 60,00 % – з легкими больовими відчуттями, у 20,00 % пацієнтів больові відчуття зникли. В групі осіб з онкопатологією, яким виконували тільки місцеве знеболювання, роз-

поділ кардинально відрізнявся – 5,00 % пацієнтів із нестерпним болем, 20,00 % осіб з інтенсивним болем, 45,00 % пацієнтів із помірними болями та 30,00 % – із легким болем. Група осіб, яка отримувала премедикацію, показала проміжні результати між значеннями у двох попередніх групах – зникнення нестерпних больових відчуттів у пацієнтів, у 10,00 % був сильний біль, у 35,00 % – помірний, 50,00 % пацієнтів зі слабким болем та 5,00 % мали ефективну анестезію.

Показники інтенсивності больового синдрому VAS та NRS через 10 хв після анестезії виявили повне зникнення нестерпних больових відчуттів у всіх групах, найбільш ефективно анестезія наступала в пацієнтів контрольної групи – відсутній нестерпний і сильний біль, 5,00 % осіб мали помірні больові відчуття, 25,00 % – з болем легкої інтенсивності й зникнення больових відчуттів відзначалося у 70,00 % пацієнтів.

В осіб з онкопатологією, у яких виконувалася анестезія без премедикації, були 15,00 % випадків сильних больових відчуттів, у 50,00 % – помірний біль, у 25,00 % відзначалися больові відчуття слабкої інтенсивності й у 10,00 % пацієнтів больові відчуття зникали повністю. Група пацієнтів, яка отримувала додатково премедикацію, також показувала проміжні результати – 5,00 % пацієнтів мали сильний біль, 30,00 % – больові відчуття середньої інтенсивності, 40,00 % пацієнтів мали слабкий біль і у 25,00 % пацієнтів больові відчуття зникали.

Оцінка больових відчуттів через 15 хв показала виражену різницю між групами. У пацієнтів контрольної групи анестезія була найглибшою – 95,00 % осіб не мали больових відчуттів, лише 5,00 % мали слабкий біль. У групі пацієнтів з онкопатологією, які отримували анестезію без премедикації, больові відчуття зникали у 70,00 % випадків, 20,00 % пацієнтів мали больо-

Таблиця 2. Показники інтенсивності больового синдрому VAS та NRS у різних групах спостереження через 15 хв після введення анестетика

Інтенсивність больового синдрому VAS/NRS, мм	Усього	Анестезія	Анестезія та премедикація	Контроль
Болю немає (0)	0	14	17	19
I ст. – слабкий біль (0–4)	8	4	3	1
II ст. – помірний біль (4–7)	2	2	0	0
III ст. – сильний біль (>7)	0	0	0	0
IV ст. – нестерпний біль (10)	0	0	0	0
Усього	10	20	20	20

ві відчуття слабкої інтенсивності й 10,00 % – помірної.

Група пацієнтів з онкопатологією, яка отримувала анестезію та премедикацію, знову показала проміжні результати, проте наближені більше до групи контролю (соматично здорових пацієнтів). У зазначеній групі больові відчуття повністю зникали у 85,00 % осіб і в 15,00 % випадків зберігався біль слабкої інтенсивності. Тобто застосування премедикації разом із місцевою анестезією дозволило на 15,00 % випадків більше покращити знеболювання тканин ЩЛД у пацієнтів із супутньою онкопатологією.

Результати дослідження показали, що першого дня середня температура тіла була найвищою у пацієнтів молодшої вікової групи – $38,7 \pm 0,54$ у чоловіків та $38,5 \pm 0,61$ – в жінок. У подальшому на 3 добу в чоловіків цієї підгрупи температура тіла була у нормі, в частини жінок спостерігався слабкий субфебрилітет. На 7 добу спостереження у зазначеній підгрупі пацієнтів у всіх учасників температура тіла була в межах фізіологічної норми. Стосовно підгрупи пацієнтів середнього віку (45–54 роки), то у них також найбільш виражена температурна реакція спостерігалася першого дня, при чому більш висока температура тіла була у пацієнтів жіночої статі – $38,10 \pm 0,36$, у чоловіків – $37,90 \pm 0,28$. На 3 добу спостереження середня температура тіла в підгрупі зменшилася в напрямку нормалізації, проте була частина пацієнтів зі слабким субфебрилітетом. Стосовно

осіб старшого віку (55–64 роки), то у них першого дня спостереження не спостерігалася така яскрава температурна реакція, в окремих випадках навіть на межі з нормою – $37,4 \pm 0,42$ у чоловіків, та $37,5 \pm 0,38$ – в жінок (рис. 2). Проте в зазначеній підгрупі пацієнтів у подальшому до кінця можна було знайти слабкий субфебрилітет – на 7 добу в чоловіків середня температура була $37,0 \pm 0,15$, у жінок – $37,1 \pm 0,36$. Такі показники також вказують на ймовірно затяжний перебіг запалення ЩЛД у таких пацієнтів або можуть свідчити про формування тенденції до хронізації запального процесу (рис. 3).

Вимірювання температури тіла у пацієнтів досліджуваних груп виявило нормалізацію показника незалежно від віку пацієнта уже на 3 добу захворювання. Звичайно, коливання температури тіла в межах субфебрилітету спостерігалася на 3 добу в пацієнтів старшої вікової підгрупи, проте температурний показник не відхилявся за межі критичних $37,0$.

Отже, застосування розробленої схеми профілактичного стоматологічного лікування пацієнтів з онкопатологією, яка включала виконання екстреної попередньої стоматологічної санації порожнини рота, контроль гігієни порожнини рота та застосування місцевої проти-запальної терапії, дозволило знизити інтенсивність явищ запалення в порожнині рота пацієнтів, що проявилось у зниженні скарг, пов'язаних зі стоматологічною нозологією, на 7 добу лікування середній відсоток пацієнтів, які мали неприємні відчуття в основній групі, ста-

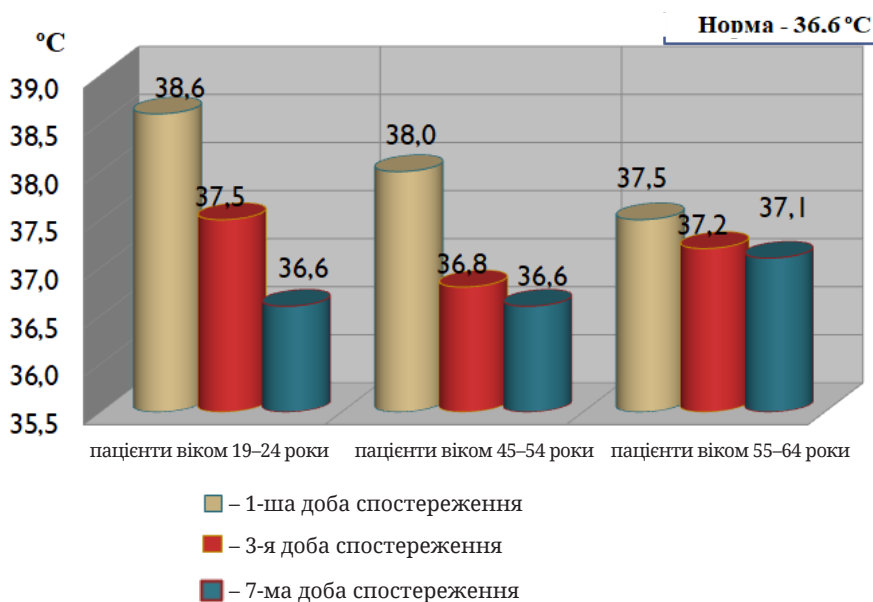


Рис. 2. Результати визначення температури тіла у пацієнтів основної групи з гострими гнійними періоститами щелеп різного віку в динаміці.



Рис. 3. Результати визначення температури тіла у пацієнтів контрольної групи з гострими гнійними періоститами щелеп різного віку в динаміці.

новив 14,17 %, разом з тим, як в групі контролю – 34,58 %; на 14 добу лікування кількість таких пацієнтів в основній групі досягла 21,67 %, а в групі контролю – 48,33 % (рис. 4).

Одержані результати свідчать про наявність проблем із порожниною рота у 100,0 % пацієнтів, які перебувають на спеціалізованій проти-пухлинній хіміотерапії, а також про наявність достатньо високої потреби у спеціалізованому стоматологічному лікуванні. Висока частота реєстрації больових відчуттів, і відповідно по-

рушення якості життя їх, свідчить про потребу в призначенні додаткових нестероїдних протизапальних засобів зі знеболювальним ефектом та застосування локальних анестетиків для знеболювання СОПР під час споживання їжі. Отримані дані збігаються з результатами клінічних досліджень ряду авторів із близького і далекого зарубіжжя (А. Pouloupoulos, 2017; Р. Jehn, 2019).

Поява болю у кістковій тканині може бути сприйнята як прояв розвитку більш грізного



Рис. 4. Порівняння скарг пацієнтів основної та контрольної груп у динаміці.

ускладнення у формі розвитку асептичних остеонекрозів щелеп або ж активації джерел хронічної одонтогенної інфекції, що потребує додаткової діагностики та призначення рентгенологічних обстежень.

Висновки. Результати дослідження часових інтервалів настання й ефективної дії місцевої анестезії тканин ЩЛД показали, що комбінація місцевого знеболювання з оригінальною схемою премедикації дозволила наблизити час

настання анестезії при гострих гнійних періодонтитах щелеп та гострих апікальних періодонтитах до таких показників у соматично здорових пацієнтів ($5,70 \pm 0,30$) хв ($M=5,15$) та ($5,30 \pm 0,30$) ($M=5,00$) хв і ($3,41 \pm 0,31$) хв ($M=3,30$) та ($3,30 \pm 0,21$) хв ($M=3,00$) відповідно). Тривалість часу знеболювання при застосуванні премедикації відчутно зростала при усіх досліджуваних видах гострої запальної патології та була навіть більшою, ніж у контрольній групі на $6,00-27,50$ хв.

©N. I. Helei, V. M. Helei, L. V. Melnyk, M. M. Zheliznyak, Yu. O. Mochalov

Uzhhorod National University

Peculiarities of the premedication scheme of dental outpatient manipulations in patients with malignant neoplasms of various geneses

Summary. This article sheds light on the main problem of the occurrence of pain syndrome in patients with oncology at the stage before and after active specialized treatment and substantiates the key aspects of developing a premedication scheme during the dental rehabilitation of these patients. Pain syndrome accompanies most diseases and interventions in the maxillofacial region, complicating the course of the underlying disease and complicating the dentist's work. Improvement of local analgesia for dental manipulations and surgical interventions for SCD in patients with oncology at the stage of and after active specialized treatment is also an urgent and understudied issue in medicine. The presence of complex pathological changes in the form of paraneoplastic syndrome and secondary changes in the macroorganism due to antitumor radiation and chemotherapy can affect the pain threshold, pharmacokinetics and pharmacodynamics of local anaesthetics in most patients.

The aim of the study – improving the treatment of dental diseases in patients with oncological diseases through the development and clinical substantiation of the algorithm of premedication tactics, during analgesia of dental manipulations in patients with oncology.

Materials and Methods. 87 patients of working age from 30 to 60 years old were under observation. Among them, 47 are female and 40 are male. 27 of them suffered from acute serous and purulent periodontitis, 35 – from exacerbation of chronic periodontitis, 25 – from acute purulent odontogenic periostitis and had simultaneous removal of several teeth or roots. All patients were under inpatient treatment in the oncology dispensary and in dispensary records at the clinic, and also needed surgical and dental treatment in connection with the established nosology. 50 patients made up the main group, which underwent a scheme of premedication and analgesia

Results and Discussion. The obtained results indicate the presence of problems with the oral cavity in 100.0 % of patients undergoing specialized anticancer chemotherapy, as well as the presence of a sufficiently high need for specialized dental treatment. The high frequency of registration of pain sensations, and, accordingly, their quality of life impairment indicates the need to prescribe additional non-steroidal anti-inflammatory drugs with an analgesic effect and the use of local anaesthetics for pain relief during meals. The obtained data coincide with the results of clinical studies by a number of authors from near and far abroad. In the main group, pain sensations completely disappeared in 85.00 % of patients, and in 15.00 % of cases pains of weak intensity remained. That is, the use of premedication together with local anaesthesia allowed for 15.00% of cases to improve the analgesia of SCLD tissues in patients with concomitant oncology. Psychological testing of patients with existing malignant diseases of various localizations, in whom, at the stage of active treatment of the main disease, inflammatory diseases of SCD (periodontitis, acute purulent odontogenic periostitis of the jaws) were diagnosed according to the HADS method showed that the highest level of anxiety was observed when the patient developed acute purulent periostitis - 9.23 ± 0.36 ($M=8.90$) HADS points, before emergency care, the lowest level was in patients with acute apical periodontitis – 6.83 ± 0.38 ($M=6.50$) points. After treatment in the first group of patients, the level of anxiety decreased to 5.3 ± 0.25 ($M=5.00$) points, in patients with acute apical periodontitis – to 3.14 ± 0.18 ($M=3.00$). It can be assumed that the increasing anxiety of patients with acute purulent periostitis is associated with changes in appearance and the need for additional dissection of the foci of purulent inflammation during treatment.

Conclusions. The study of the time intervals of the onset and effective effect of local anaesthesia of the tissues of SCD showed that the combination of local anaesthesia with the original scheme of premedication made it possible to approximate the time of onset of anaesthesia in acute purulent periostitis of the jaws and acute apical periodontitis to such indicators in somatically healthy patients (5.70 ± 0.30 (M=5.15) min and 5.30 ± 0.30 (M=5.00) min and 3.41 ± 0.31 (M=3.30) min and 3.30 ± 0.21 (M=3.00) min respectively). The duration of analgesia with the use of premedication increased in all studied types of acute inflammatory pathology and was longer than in the control group by 6.00–27.50 min.

Key words: oncopathology; oral cavity; dental diseases; premedication; analgesia.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Lalla R. V. Chemotherapy or radiation-induced oral mucositis / R. V. Lalla, D. P. Saunders, D. E. Peterson // *Dental clinics*. – 2014. – Vol. 58 (2). – P. 341–349.
2. Oral mucositis complicating chemotherapy and/or radiotherapy: options for prevention and treatment / W. J. Köstler, M. Hejna, C. Wenzel, C. C. Zielinski // *CA: a cancer journal for clinicians*. – 2001. – Vol. 51 (5). – P. 290–315.
3. Chemotherapy-induced oral mucositis is associated with detrimental bacterial dysbiosis / B. Y. Hong, T. Sobue, L. Choquette [et al.] // *Microbiome*. – 2019. – Vol. 7 (1). – P. 1–18.
4. A comparative evaluation of oral midazolam with other sedatives as premedication in pediatric dentistry / N. Singh, R. Pandey, A. Saksena, J. Jaiswal // *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. – 2003. – Vol. 26 (2). – P. 161–164.
5. Pre-medication before dental procedures: A randomized controlled study comparing intranasal dexmedetomidine with oral midazolam / M. Sathyamoorthy, T. B. Hamilton, G. Wilson [et al.] // *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. – 2019. – Vol. 63 (9). – P. 1162–1168.
6. Принципи застосування ненаркотичних анальгетиків в стоматологічній практиці / В. М. Бобирьов, Т. А. Петрова, Г. Ю. Островська [та ін.] // *Вісник проблем біології і медицини*. – 2016. – 2 (1). – С. 164–167.
7. Мухаровська І. Р. Медико-психологічні аспекти болювого синдрому в онкологічних хворих на етапах лікувального процесу / І. Р. Мухаровська // *Медична психологія*. – 2016. – 11 (4). – С. 32–36.
8. Рищенко О. О. Медичне та фармацевтичне право: особливості надання паліативної допомоги для фармакокорекції стану пацієнтів із болювим синдромом / О. О. Рищенко // *Фармацевтичний журнал*. – 2015. – № 3. – С. 84–92.
9. Мокрик О. Я. Нові результати клінічного застосування даларгіну (огляд) / О. Я. Мокрик, В. В. Винарчук-Патерега // *Вісник проблем біології і медицини*. – 2012. – № 1. – С. 28–31.
10. Sheta S. A. Intranasal dexmedetomidine vs midazolam for premedication in children undergoing complete dental rehabilitation: a double-blinded randomized controlled trial / S. A. Sheta, M. A. Al-Sarheed, A. A. Abdelhalim // *Pediatric Anesthesia*. – 2014. – No. 24 (2). – P. 181–189.
11. Dave N. M. Premedication and induction of anaesthesia in paediatric patients / N. M. Dave // *Indian journal of anaesthesia*. – 2019. – No. 63 (9). – P.713.
12. Effect of oral premedication on the anaesthetic efficacy of inferior alveolar nerve block in patients with irreversible pulpitis—A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials / S. J. Pulikkotil, V. Nagendrababu, S. K. Veetil [et al.] // *International endodontic journal*. – 2018. – No. 51 (9). – P. 989–1004.

REFERENCES

1. Lalla, R.V., Saunders, D.P., & Peterson, D.E. (2014). Chemotherapy or radiation-induced oral mucositis. *Dental clinics*, 58(2), 341-349.
2. Köstler, W.J., Hejna, M., Wenzel, C., & Zielinski, C.C. (2001). Oral mucositis complicating chemotherapy and/or radiotherapy: options for prevention and treatment. *CA: a cancer journal for clinicians*, 51(5), 290-315.
3. Hong, B.Y., Sobue, T., Choquette, L., Dupuy, A.K., Thompson, A., Bureson, J.A. & Diaz, P.I. (2019). Chemotherapy-induced oral mucositis is associated with detrimental bacterial dysbiosis. *Microbiome*, 7(1), 1-18.
4. Singh, N., Pandey, R., Saksena, A., & Jaiswal, J. (2003). A comparative evaluation of oral midazolam with other sedatives as premedication in pediatric dentistry. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 26(2), 161-164.
5. Sathyamoorthy, M., Hamilton, T.B., Wilson, G., Talluri, R., Fawad, L., Adamiak, B., & Heard, C. (2019). Premedication before dental procedures: A randomized controlled study comparing intranasal dexmedetomidine with oral midazolam. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 63(9), 1162-1168.
6. Bobirev, V.M., Petrova, T.A., Ostrovska, G.Yu., Mulyar, L.A., & Kolot, E.G. (2016). Prynysyppu zastosuvannya nenarkotychnykh analhetykyv v stomatolohichniy praktytsi [Principles of using non-narcotic analgesics in dental practice]. *Visnyk problem biolohiyi i medytsyny – Herald of problems of biology and medicine*, 2(1), 164-167 [in Ukrainian].
7. Mukharovska, I.R. (2016). Medyko-psykholohichni aspekty boliovoho syndromu v onkolohichnykh khvorykh na etapakh likuvalnoho protsesu [Medical and psychological aspects of pain syndrome in cancer patients at the stages of the treatment process]. *Medychna psykholohiya – Medical Psychology*, 1(4), 32-36 [in Ukrainian].

8. Ryshchenko, O.O. (2015). Medychne ta farmatsevychnye pravy: osoblyvosti nadannya paliatyvnoyi dopomohy dlya farmakokorektsiyi stanu patsiyentiv iz boliivym syndromom [Medical and pharmaceutical law: features of providing palliative care for pharmacocorrection of the condition of patients with pain syndrome]. *Farmatsevychnyy zhurnal – Pharmaceutical Journal*, 3, 84-92 [in Ukrainian].
9. Mokryk, O.Ya., & Vinarchuk-Paterega, V.V. (2012). Novi rezultaty klinichnoho zastosuvannya dalarhinu (ohlyad) [New results of clinical use of dalargin (Review)]. *Visnyk problem biolohiyi i medytsyny – Bulletin of problems of biology and medicine*, 1, 28-31 [in Ukrainian].
10. Sheta, S.A., Al-Sarheed, M.A., & Abdelhalim, A.A. (2014). Intranasal dexmedetomidine vs midazolam for premedication in children undergoing complete dental rehabilitation: a double-blinded randomized controlled trial. *Pediatric Anesthesia*, 24(2), 181-189.
11. Dave, N.M. (2019). Premedication and induction of anaesthesia in paediatric patients. *Indian journal of anaesthesia*, 63(9), 713.
12. Pulikkotil, S.J., Nagendrababu, V., Veetil, S.K., Jintongthai, P., & Setzer, F.C. (2018). Effect of oral premedication on the anaesthetic efficacy of inferior alveolar nerve block in patients with irreversible pulpitis—A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *International endodontic journal*, 51(9), 989-1004.