

Эторикоксиб (Аркосиа) в ежедневной практике врача-стоматолога

Е.С. Крутских, к.м.н., М.И. Сойхер, к.м.н.

Боль – один из наиболее часто встречающихся симптомов в практике врача любой специальности. Она является защитной реакцией организма на любое повреждающее воздействие, включающее ощущения угрозы или реальное повреждение тканей, и ответ организма на этот сигнал опасности.

Болевые синдромы в области лица, обусловленные различными по характеру причинами, являются наиболее сложными в диагностике и лечении на стоматологическом приеме. Несмотря на стремительный прогресс и значительные успехи, достигнутые мировой стоматологией, актуальной остается проблема боли, беспокоящей пациентов не только на этапе выполнения вмешательств в челюстно-лицевой области, но зачастую и после их завершения.

Болевой синдром в кресле стоматолога, как правило, эффективно контролируется с помощью местноанестезирующих средств. В то же время как в купировании боли, возникающей после прекращения манипуляций и действия анестезии, основная роль принадлежит нестероидным противовоспалительным средствам (НПВС) системного применения.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – одни из самых популярных и эффективных в мире лекарственных средств. Более 30 млн жителей земного шара ежедневно используют НПВП в качестве эффективного обезболивающего средства как при острых, так и при хронических состояниях.

В физиологических условиях существует баланс между ноцицептивной (проводящей болевую афферентацию) и антиноцицептивной (подавляющей болевую афферентацию, не выходящую по интенсивности за физиологически допустимые пределы) системами. Такое равновесие может быть нарушено из-за кратковременной, но интенсивной или умеренной и длительной ноцицептивной афферентации, в результате чего возникает ощущение боли. Длительно продолжающаяся боль периферического происхождения может стать причиной дисфункции центральных механизмов, что обуславливает необходимость максимально эффективного устранения периферической боли. Клинико-патологическое разделение боли на ноцицептивную, невропатическую и психогенную отражает механизмы ее формирования и является основой для патогенетической стратегии терапии боли. Ноцицептивная боль, иногда называемая воспалительной, возникает при любом повреждении ткани, вызывающем возбуждение периферических болевых рецепторов. Такая боль, как правило, острая, четко локализована и хорошо описывается пациентами. С точки зрения биологической целесообразности этот тип боли несет сигнальную функцию. Для ноцицептивной боли характерен быстрый регресс после назначения короткого курса обезболивающих средств либо несте-

роидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Невропатическая боль обусловлена повреждением или изменением функционального состояния соматосенсорной системы (ее периферических и/или центральных отделов). Невропатическая боль не выполняет защитной функции, может развиваться и сохраняться при отсутствии явного первичного болевого раздражителя, часто не имеет определенной локализации и сопровождается различными нарушениями поверхностной чувствительности. Невропатическую боль обычно классифицируют как хроническую. С точки зрения локализации уровня повреждения невропатическая боль разделяется на боль периферического, центрального или смешанного генеза.

В любом случае повреждение ткани инициирует воспалительный ответ, который характеризуется покраснением и локальным повышением температуры, отеком и болью, возникающей вследствие активации афферентных сенсорных волокон. Значительную роль в развитии этих изменений играет высвобождение субстанции P и кальцитонин-генродственного пептида (КГРП) из периферических первичных центростволчатых окончаний. Развивающееся нейrogenное воспаление стимулирует сложное взаимодействие между поврежденными клетками, лейкоцитами, тромбоцитами, симпатическими эфферентными волокнами и первичными сенсорными афферентными нейронами, которые и формируют периферическую сенситизацию. Продолжительный выброс медиаторов воспаления может вызывать длительную импульсацию с развитием сенситизации ноцицептивных нейронов и формированием вторичной гипералгезии поврежденной ткани, что способствует хронизации патологического процесса. Особенность острых и хронических болевых синдромов – это рефлекторное вовлечение мышц сначала на сегментарном уровне, а затем диффузное поражение, формирующее мышечно-тонический синдром. Мышечно-тонический болевой синдром возникает рефлекторно вследствие ноцицептивной импульса-

ции, идущей от пораженных тканей. При длительной ноцицептивной импульсации напряженная мышца сама становится источником боли, что приводит к формированию миофасциального болевого синдрома. Длительное напряжение мышц через механизмы нейрогенного воспаления способствует появлению болезненных мышечных уплотнений, что еще больше усиливает афферентный поток ноцицептивных импульсов в структуры ЦНС. Как следствие этого, сенситизируется большее количество центральных ноцицептивных нейронов. Этот порочный круг играет важную роль в хронизации боли.

Большую роль в понимании механизмов формирования боли сыграло изучение двух изоферментов циклооксигеназы (ЦОГ). ЦОГ-1 является структурным ферментом, постоянно присутствующим в большинстве тканей, он участвует в регуляции множества физиологических процессов. ЦОГ-2 в норме содержится в ЦНС, интима артериальных сосудов, яичниках. Ее экспрессия значительно увеличивается на фоне воспаления, что приводит к повышению уровня провоспалительных субстанций. Именно ингибирование ЦОГ-2 рассматривается как один из важнейших механизмов противовоспалительной и анальгетической активности, а ингибирование ЦОГ-1 – как механизм развития большинства побочных эффектов.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), влияющие на уровень ЦОГ, нашли широкое применение в клинической практике: их регулярно назначают более 80% врачей различных специальностей. НПВП представляют собой гетерогенную группу, в которую входит более ста соединений, относящихся к нескольким основным химическим группам (производные салициловой, индоловой, пропиононой, гетероарилуксусной, энолиоковой кислот и др.). К сожалению, количество пациентов, у которых отмечаются побочные эффекты при использовании НПВП, достигает 25%, что обусловлено механизмом их действия. Непрерывно проводимые исследования в области синтеза новых НПВП связаны именно с неудовлетворительным

соотношением «риск/польза» при их применении.

Эторикоксиб (Аркосиа) – относительно новый препарат на российском фармацевтическом рынке, который является представителем последней генерации высокоселективных ЦОГ-2-ингибиторов. Эффективность препарата в терапии боли при низком риске ЖКТ-осложнений подтверждена в соответствии с требованиями доказательной медицины.

Правильный выбор НПВС с учетом особенностей фармакодинамики и фармакокинетики препарата, соотношения ожидаемой пользы и риска возникновения побочных эффектов позволяет повысить эффективность и безопасность проводимого стоматологического лечения. В последнее время стали уделять большое внимание применению предупреждающей (preemptive) анальгезии, то есть созданию анальгезии до начала болезненных манипуляций. Задача состоит в создании пациенту условий полного комфорта до начала болевых манипуляций. Такая методика может применяться у пациентов, особенно с лабильной нервной системой, перед началом местной или проводниковой анестезии в стоматологии.

Для целей преанестезии Эторикоксиб (Аркосиа) необходимо назначать за 45 мин. До начала манипуляции (в случае применения местной или проводниковой анестезии). Рекомендуемая доза 90 мг один раз в сутки. Максимальная концентрация этого препарата в крови создается через 30 мин., а продолжительность анальгетического действия обеспечивает пациенту достаточное уменьшение болевого восприятия не только в период травматической манипуляции, но и на ближайшие 2-3 часа послеоперационного периода, что особенно важно после стоматологических вмешательств. Достоинством препарата является удобство его использования, то есть однократный прием (период полувыведения 22 часа) вне зависимости от приема пищи.

Появление высокоэффективных и безопасных анальгетиков значительно расширяет возможности обезболивающей терапии у пациентов с болевыми синдромами.

БЫСТРАЯ И ДЛИТЕЛЬНАЯ СИЛА ДЕЙСТВИЯ^{1,2}

В клиническом исследовании оценки скорости эффекта^{1,2,a}

- Быстрый обезболивающий эффект уже через 24 минуты
- Длительный обезболивающий эффект до 24 часов

1 РАЗ В СУТКИ

Аркосиа[®]
(эторикоксиб, MSD)

ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ПОКАЗАНИЯ ПРЕПАРАТА АРКОКСИА[®] В РОССИИ²

Остеоартроз	60 мг
Ревматоидный артрит	90 мг
Анкилозирующий спондилит	90 мг
Острая боль после стоматологических операций	90 мг
Острый подагрический артрит	120 мг ^b

Приведенные дозы для каждого показания соответствуют максимальным рекомендуемым суточным дозам.

^aПрепарат АРКОКСИА[®] 120 мг следует использовать только для купирования острой боли; длительность терапии при этом не должна превышать 8 суток².