

С.А. Рабинович,
профессор, зав. кафедрой стоматологии
общей практики и анестезиологии

Е.В. Зорян
профессор кафедры стоматологии общей
практики и анестезиологии ФПКС

МГМСУ

Конгресс Европейской Федерации по развитию обезболивания в стоматологии

17 сентября в Москве впервые состоялся конгресс Европейской Федерации по развитию обезболивания в стоматологии (EFAAD), в котором приняли участие ученые из Великобритании, Италии, Франции, Германии, России и Украины.

Российские ученые принимают участие в международных форумах по обезболиванию в стоматологии с 2000 г. В 2001 г. в EFAAD вступила Российская секция по развитию обезболивания в стоматологии, а в 2003 г. — во Всемирную Федерацию стоматологических анестезиологических обществ IFDAS. В 2010 г. на конгрессе в Эвиане в президенты EFAAD на 2011—2012 гг. был рекомендован, а затем единогласно избран наш соотечественник — руководитель секции Стоматологической Ассоциации России (СтАР) «Обезболивание и неотложная помощь в стоматологии», заведующий кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии МГМСУ профессор Соломон Абрамович Рабинович.

По традиции EFAAD конгресс, на котором избирается следующий президент, происходит в стране действующего президента, поэтому очередной проходил в Москве. Оргкомитет подготовил научную программу конгресса и опубликовал тезисы докладов. Накануне конгресса прошло рабочее совещание делегаций стран-участников EFAAD.

С приветственным словом 17 сентября на открытии конгресса в «Крокус-центре» выступили: президент СтАР — проф. В.Д. Вагнер и главный анестезиолог-реаниматолог МЗ РФ, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии РМАПО проф. И.В. Молчанов. Отметив достижения анестезиологии в стоматологии и роль конгресса в распространении знаний и образования, он пожелал дальнейших успехов в развитии этой области медицины, необходимой для оказания не только эффективной, но и безопасной помощи пациентам.

Первый доклад председательствующего проф. **С.А. Рабиновича** (Россия) был посвящен вопросам повышения эффективности и безопасности современных средств и методов обезболивания, используемых на амбулаторном стоматологическом приеме. В современных условиях, когда предъявляются все более высокие профессиональные требования к специалистам сферы практического здравоохранения, контроль над болью и беспокойством становится фундаментальной частью практической стоматологии. Проведение международных конгрессов позволяет ученым разных стран обсуждать наиболее актуальные проблемы обезболивания и седации, обмениваться новыми достижениями в этой области. Наши контакты с ведущими учеными мира позволили в короткие сроки внедрить современное анестезиологическое обеспечение в стоматологические учреждения нашей страны, в первую очередь стала широко использоваться карпульная технология местного



обезболивания, появились современные отечественные местноанестезирующие препараты. Для повышения эффективности и безопасности стоматологической помощи населению необходима разработка новых и совершенствование применяемых методов анестезии, внедрение в практику современных препаратов и инструментов для их проведения, методик снятия у пациентов страха, волнения и напряжения с использованием фармакологических препаратов или без их применения (гипноз, ятрогенная седация и т.д.), внимательное отношение к оценке соматического и психоэмоционального состояния пациента. Это особенно важно в амбулаторной стоматологии, учитывая массовость приема и разновозрастной состав пациентов, нередко имеющих сопутствующую патологию. В докладе отмечались разработки отечественных ученых, получившие международное признание (специальный приз за лучшую научную работу в 2006 г. на Всемирном конгрессе IFDAS в Иокогаме), в том числе: по изучению влияния скорости введения местноанестезирующих растворов при помощи компьютерных шприцев на эффективность местного обезболивания; пародонтальных способов местной анестезии; по клинко-анатомическим исследованиям подбородочного нерва и на их основе созданной модификации анестезии внутрикостной части подбородочного нерва. При высоком уровне тревожности и напряжения пациента применение даже самых современных местноанестезирующих средств неэффективно без коррекции психоэмоционального состояния больного. Для снятия страха используются различные средства и методы, но наиболее эффективным методом является седация, проводимая с использованием общих анестетиков или анксиолитиков, вводимых ингаляционно, внутривенно, внутримышечно, орально или интраназально. Совершенствование аппаратуры для проведения наркоза и седации, использование современной методики оценки уровня седации с помощью мониторов биспектрального индекса (BIS), что позволяет получить параметрическое выражение гипнотического компонента седации, повышает безопасность и эффективность анестезиологической помощи в амбулаторных условиях. Особое внимание было уделено закиси азота (N_2O), которая в последнее время стала использоваться без надлежащего врачебного контроля. Было сказано решительное «Нет!» немедицинскому применению старейшего средства для обезболивания.

В докладе проф. **Enrico Facco** (Италия) отмечалось, что, несмотря на достижения в области местного обезболивания, у многих пациентов страх и волнение перед посещением стоматологического кабинета, повышенный рвотный рефлекс, неэффективность местной анестезии, длительность или инвазивность вмешательства остаются препятствием для проведения эффективного и безопасного лечения. Врач-стоматолог должен быть компетентным в оценке психоэмоционального состояния пациента и уметь снять страх и беспокойство поведенческими методами, применением психотерапевтических техник (гипноз, ятрогенная, аудиовизуальная седация и т.д.) или лекарственных препаратов (например, транквилизаторов

бензодиазепинового ряда или закиси азота). Страх перед стоматологическими вмешательствами является универсальным феноменом, на который может оказывать влияние поведение на приеме врача. Одним из методов подготовки пациента к стоматологическому вмешательству является гипноз, с помощью которого можно модифицировать состояние сознания, модулировать восприятие боли, от гипералгезии до местной анестезии, безразличия к боли, управлять ощущением беспокойства и нейровегетативными реакциями, предотвращать сердечно-сосудистые реакции на болевые стимулы и развитие неотложных состояний на стоматологическом приеме. Индукция гипноза является довольно простой и быстрой (до пяти минут) процедурой в руках опытного специалиста. Время, необходимое для последующих индукций гипноза, может быть уменьшено соответствующей подготовкой, что позволяет получить полную релаксацию почти немедленно, то есть быстрее, чем при внутривенном использовании лекарственных препаратов. Важным преимуществом гипноза является способность получать эффекты глубокого успокоения и потери памяти при сохранении контакта пациента с врачом, поэтому каждый врач-стоматолог должен получить специальные знания в области гипноза. По нашему мнению, данная методика подходит для ограниченного круга пациентов, а для ее проведения необходимо получать специальные знания и навыки, которые в настоящее время не входят в компетенцию врача-стоматолога.

Доклад проф. **Nigel D. Robb** (Великобритания) был посвящен проблемам стоматологического образования и дальнейшего последипломного совершенствования уровня теоретической подготовки и практических навыков врачей-стоматологов по вопросам обезболивания и седации на амбулаторном стоматологическом приеме. Развитие стоматологии сопровождается увеличением объема планируемых вмешательств, в связи с чем большинство из них не может быть качественно выполнено не только без достаточного обезболивания, но и правильно подобранной седации. Сегодня методы и средства для проведения седации интегрированы в практическую стоматологию, в связи с чем необходимо проводить обучение этим вопросам на всех уровнях подготовки врача-стоматолога. В Великобритании первый курс последипломного обучения для стоматологов по проведению седации с использованием закиси азота был зарегистрирован в 1949 г., а с 1958 г. на этих курсах стали обучать и проведению внутривенного общего обезболивания. Традиционный последипломный курс, включающий необходимую теоретическую подготовку, клиническую демонстрацию и практику седации, должен длиться 2–3 дня. Только постоянное обучение и совершенствование практических навыков под контролем преподавателя позволяет сделать безопасными премедикацию, обезболивание и вмешательство. Как правило, навыками ингаляционной седации врач овладевает после работы с 10 пациентами, внутривенной седации — с 20 пациентами. В Великобритании разработана новая обучающая программа курса по продвинутой

седации для стоматологов, с использованием сочетанных технологий (нескольких путей доставки, разных препаратов и длительности их внутривенного введения; использование различных общих анестетиков для ингаляционной седации). Эта программа предусматривает, что начинать обучение седации необходимо на додипломном уровне, и оно должно быть включено в программу подготовки врача-стоматолога. При окончании института студенты должны иметь знания по препаратам и методам седации, уметь оценить функциональное состояние пациента и выбрать наиболее эффективный и безопасный метод седации, иметь практические навыки по проведению венопункции и внутривенной седации с использованием мидазолама. Для обучения по этой программе врач за последние 3 года должен провести не менее 100 седаций. Для поддержания профессиональных навыков нужно как минимум в течение 5 лет посещать различные курсы, конференции, читать научную литературу и т.д.

Доклад проф. **G. Zanette** (Италия) посвящен оригинальной собственной методике проведения операций по установке скуловых имплантатов под местным обезболиванием с использованием длительно действующего местного анестетика бупивакаина в сочетании с седацией с сохранением сознания, что позволяет выполнять вмешательства безопасно и комфортно. Предложен периперативный протокол ведения пациентов. Перед операцией необходимо оценить психосоматический статус пациента (по ASA) и информировать его о планируемом анестезиологическом пособии. За 1 час до операции пациент принимает нестероидные противовоспалительные средства для преаналгезии, а за 40 мин до операции ему проводится антибиотикопрофилактика и премедикация, для защиты желудочно-кишечного тракта назначают мизопростол. При проведении операции для внутривенной седации используется диазепам, для местной анестезии — бупивакаин. Во время операции проводится мониторинг, парентерально вводится бетаметазон. После операции для снятия боли через каждые 6 ч назначается парацетамол и нестероидный противовоспалительный препарат (напроксен) каждые 12 ч в течение 2 дней. Осложнений во время и после операции при такой медикаментозной поддержке не наблюдалось.

Доклад **J.-F. Andre** (Франция) посвящен возможности использования метода седации с сохранением сознания в условиях частного стоматологического кабинета. Хотя методы седации с сохранением сознания давно описаны и применяются в различных областях медицины, большинство стоматологов считают, что использование этих методов вне их компетенции. Двадцатилетний опыт работы в амбулаторной стоматологии позволил выбрать самую легкую, безопасную, быстро наступающую, эффективную и доступную по стоимости технику седации, которую может провести врач-стоматолог без анестезиолога, чтобы создать наибольший комфорт для его пациента. Предложен протокол проведения седации пациентам, относящимся к группе ASA I или ASA II, с использованием одного из бензодиазепиновых

препаратов (диазепама или мидазолама), вводимого внутривенно. Лекарство и его доза зависят от длительности вмешательства и необходимой степени амнезии. В течение всей операции производится мониторинг и постоянная регистрация уровня оксигенации, пульса и кровяного давления. Наличие венозного доступа позволяет во время операции при необходимости вводить другие лекарственные препараты или проводить забор крови для получения тромбоцитарной массы. Проведение современных методов седации при амбулаторных стоматологических вмешательствах требует наличия в клинике соответствующего оборудования, медикаментов и подготовленного персонала.

Доклад проф. **J. Meechan** (Великобритания) посвящен вопросам эффективности и безопасности местной анестезии. Проведенное сравнительное исследование эффективности мандибулярной анестезии при быстром (15 с) и медленном (60 с) введении местноанестезирующего препарата выявило преимущество медленного его введения. Рассмотрены проблемы проводниковой анестезии: возможность повреждения тканей (в том числе нерва, мышц и развитие тризма), внутрисосудистое введение, приводящее к системным осложнениям, неэффективность местной анестезии из-за нарушения техники анестезии или не учета особенностей топографической анатомии. Альтернативой мандибулярной анестезии могут быть внутрикостная, интралигаментарная, интрасептальная, внутрипульпарная, инфильтрационная анестезия, блокада резцового и ментального нерва.

Доклад проф. **M. Wood** (Великобритания) был посвящен проблеме снятия страха у детей. Современная седация безопаснее общей анестезии, но стоматолог, проводящий ее, должен пройти соответствующее обучение. Для снятия страха у детей используются психологические, фармакологические (седация, общая анестезия — ингаляционная или внутривенная) методы и их сочетания. При проведении седации у детей необходимо проводить коррекцию дозы препарата для предупреждения развития глубокой седации и общей анестезии, что может привести к нарушению дыхания и функции сердечно-сосудистой системы. Разрабатываются методы трансмукозальной седации (ректальная и интраназальная седация с использованием мидазолама).

Доклад российских участников — **Е. Небольсиной и В. Александровского** — был посвящен проблеме седации с использованием смеси закиси азота и кислорода в детской стоматологии. Докладчики подтвердили необходимость строгого медицинского контроля за использованием закиси азота с кислородом.

В докладе проф. **A. Franchino** (Италия) были представлены данные о применении компьютерных технологий в имплантологии, что позволяет большинство предполагаемых местных реконструктивных вариантов оценить в дохирургический период. Использование компьютерных технологий и проведение имплантации под седацией с сохранением сознания обеспечивает свободное от стресса и максимально комфортное для пациентов лечение. Ретроспективный анализ результатов

лечения пациентов, выполненный по показателям выживания имплантатов и наличию осложнений после лечения, показал более высокую выживаемость имплантатов при использовании указанного метода по сравнению со стандартной методикой.

Доклад проф. **С.Т. Сохова** и к.м.н. **Н.В. Косаревой** (Россия) посвящен изучению клинической эффективности и безопасности внутрикостного обезболивания терапевтических стоматологических вмешательств с использованием препаратов артикаина с различным содержанием вазоконстриктора. Внутрикостное обезбоживание проводилось с помощью автоматизированной инъекционной системы «Quick Sleeper». Проведенное исследование позволило уточнить выбор местноанестезирующего раствора и его дозы, скорость наступления и продолжительность анестезии, распространение местного анестетика в костной ткани при этом виде обезбоживания и зависимость влияния препарата на центральную гемодинамику от концентрации в его составе вазоконстриктора.

В докладе проф. **А.А. Кулакова**, проф. **С.А. Рабиновича**, к.м.н. **А.С. Добродеева** и к.м.н. **Г.А. Ремез** (Россия), посвященном особенностям амбулаторного стоматологического лечения больных с сердечно-сосудистой патологией, особое внимание было уделено вопросу безопасности пациента и повышению комфорта работы врача-стоматолога и анестезиолога. Доказанные корреляции между традиционными субъективными шкалами оценки и BIS-индексом, демонстрирующим объективную меру глубины седации и анальгезии, свидетельствуют о целесообразности его использования при проведении стоматологических вмешательств пациентам, находящимся под седацией и общей анестезией.

Доклад проф. **И.В. Молчанова**, проф. **С.А. Рабиновича**, к.м.н. **А.С. Бабинова**, проф. **С.А. Наумова** и **Г.Г. Костромитиной** (Россия) посвящен результатам клинической апробации метода ксеноновых ингаляций в амбулаторной стоматологии. Рассмотрены правовые, клинические и организационные аспекты использования этого весьма перспективного метода седации.

Доклад **М. Дунаева**, **О. Поликушина**, **Е. Кириченко** и **Т. Белозерцевой** (Россия) был посвящен проблеме повышения эффективности лечения и безопасности пациента на стоматологическом приеме и ее решению в Центральной стоматологической поликлинике ФСБ России, приоритетным направлением работы которой является максимальная защита каждого пациента от возможных рисков, связанных со стоматологическим лечением. Для повышения безопасности пациентов и качества проводимого лечения в поликлинике предусмотрено использование одноразового инструментария, высокотехнологичных методов стерилизации, дезинфекции, цифровой рентгеновской аппаратуры, разработан и внедряется в практику алгоритм анестезиологического обеспечения в стоматологии с использованием современных методов анестезиологического пособия

(местной анестезии, премедикации, седоаналгезии, общей анестезии).

Накануне конгресса, 16 сентября, состоялось рабочее совещание, в котором приняли участие С.А. Рабинович и С.Т. Сохов (Россия), Enrico Facco и G. Zanette (Италия), J.-F. Andre (Франция), Nigel D. Robb, M. Wood и J. Meechan (Великобритания). Были рассмотрены организационные вопросы. Предложено во время проведения следующего заседания IFDAS рассмотреть особенности стоматологической помощи в Европе, провести дискуссию о различиях американской и европейской школ по вопросу седации в стоматологии на заседании IFDAS в Берлине.

Президент EFAAD С.А. Рабинович доложил о работе, проведенной по подготовке к конгрессу 17 сентября, и подчеркнул, что на нем будут присутствовать ректор МГМСУ проф. О.Р. Янушевич, президент СтАР В.Д. Вагнер, главный анестезиолог-реаниматолог МЗ РФ проф. И.В. Молчанов, представители прессы и ТВ. Кроме того, С.А. Рабинович рассказал об образовательных программах, которые Российская секция EFAAD обсуждала в различных регионах Российской Федерации, и о желании группы украинских коллег во главе с проф. С.Т. Шуваловым вступить в EFAAD, что подтверждает присланное ими заявление.

Представитель украинской группы по продвижению обезбоживания в стоматологии к.м.н. А. Малаховская представила своих коллег, желающих вступить в члены EFAAD.

Избранный президент Enrico Facco поблагодарил Соломона Абрамовича за большую работу, проделанную в период его президентства, и сообщил, что следующий конгресс EFAAD будет проходить в Италии в 2014 г. под возможным лозунгом «Безопасная стоматология для трудных пациентов». Enrico Facco подчеркнул необходимость более широкой дискуссии о различии европейской и американской концепции обезбоживания, пути дентальной седации на следующем конгрессе EFAAD, а затем на конгрессе IFDAS. Enrico Facco сообщил об изменениях, внесенных ADEE (Европейской ассоциации стоматологического образования) о компетенции европейских стоматологов: сейчас документ ADEE говорит, что стоматолог «должен быть компетентен» в лечении беспокойства и не только «иметь знания», а немного идти вперед...

Пост-президент J.-F. Andre сообщил об использовании седации в стоматологии во Франции и о создании нового «Французского общества седации в стоматологии». Следующее рабочее совещание организационного комитета EFAAD намечено провести 13 мая 2013 г. в Кардиффе (Великобритания).

Сегодня российские стоматологи и анестезиологи уже начали готовиться к «Дентал-ревю», где 12 февраля 2013 г. состоится симпозиум «Современные подходы к обеспечению безопасности и качества стоматологического лечения», а 13 февраля — «Хроническая боль в стоматологии».