



Конгресс Европейской Федерации по развитию обезболивания в стоматологии — 2010 (EFAAD 2010)

Е.В. Зорян – к.м.н., профессор кафедры стоматологии общей практики и анестезиологии МГМСУ, вице-Президент Российской секции IFDAS

14-15 октября 2010 года в г. Эвиан – Лес – Бэинс (EVIAN-LES-BAINS, Франция) прошел авторитетный представительный Конгресс Европейской Федерации по развитию обезболивания в стоматологии - 2010 (www.efaad2010.squarespace.com). Научная программа Конгресса была посвящена наиболее актуальным проблемам обезболивания и седации в стоматологии, а также вопросам подготовки врачей - анестезиологов для амбулаторной стоматологической практики. В работе этого Конгресса приняла участие и российская делегация.

Справка редакции:

▪ EFAAD является некоммерческой организацией, продвигающей достижения самых высоких стандартов в местной анестезии, седации, общей анестезии. Организация постоянно проводит работу по анализу чрезвычайных ситуаций со стоматологическими пациентами всех возрастов, всюду по Европе. Организация способствует свободному обмену идеями и наработками между своими членами; поддерживает усилия для учреждения стандартов европейской клинической практики с целью сделать стоматологическое лечение эффективным, безопасным, комфортным.

▪ Время проведения ежегодных Конгрессов EFAAD приурочено к Всемирному Дню анестезиолога (16 октября).

▪ В 2001 г. состоялось вступление Российской секции по развитию обезболивания в стоматологии в EFAAD, а в 2003г. - во Всемирную Федерацию стоматологических анестезиологических обществ IFDAS.

▪ В 2010 г. действующий президент EFAAD Жан Фредерик Андре (Франция) объявил о том, что руководство EFAAD рекомендует в президенты на **следующий срок (2011-2012гг.)** Соломона Рабиновича. Выборы состоялись во Франции, в г. Галлиарде. Кандидатура была поддержана единогласно.

▪ В 2011 г. впервые Президентом Европейской Федерации по обезболиванию в стоматологии станет наш соотечественник - заведующий кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии МГМСУ, проректор, заслуженный врач РФ, профессор Соломон РАБИНОВИЧ. Введение в должность состоялось на данном ноябрьском конгрессе EFAAD, где Ж. Ф. Андре передал ему свои полномочия Президента.

▪ Кафедра стоматологии общей практики и анестезиологии МГМСУ является пионером внедрения и обучения современным технологиям анестезии и оказания неотложной помощи. На ее базе в течение многих лет проводятся клинические и психофизиологические исследования по изучению эффективности и безопасности различных способов, препаратов и инструментов для проведения обезболивания в амбулаторной стоматологической практике. Их результаты отражены в учебных программах курсов подготовки врачей-стоматологов, видеофильмах, учебно-методических пособиях, научных публикациях, диссертациях, патентах и монографиях.

Кафедра регулярно проводит различного формата мероприятия – мастер - классы, семинары, конференции, выездные циклы обучения по всей стране - от Калининграда и Пскова до Сахалина, включая Южный, Уральский, Сибирский, Дальневосточный и Центральный регионы. Программа обучения этих курсов включает изучение проблем, с которыми приходится сталкиваться врачу-стоматологу при амбулаторном лечении стоматологических заболеваний - анестезиологические, фармакологические, психологические, патофизиологические, геронтологические аспекты. Ежегодно осенью (сентябрь-октябрь) на базе кафедры совместно со СТАР проводятся Всероссийские конкурсы профессионального мастерства в номинации «Обезболивание и не-

отложная помощь в стоматологии». Кафедра имеет аудиторию-музей, где собраны уникальные экспонаты, связанные с анестезией и оказанием неотложной помощи.

С приветствием и вводной лекцией двухдневный Конгресс Европейской Федерации по развитию обезболивания в стоматологии - 2010 открыл действующий на период 2009-2010 г.г. Президент EFAAD - д-р Жан-Фредерик Андре.

За время работы конгресса прошли следующие секции: «Менеджмент взаимодействия с пациентами» (PATIENT MANAGEMENT SESSION); «Местная анестезия» (LOCAL ANESTHESIA SESSION); «Седация с применением закиси азота» (NITROUS OXIDE SEDATION SESSION); «Внутривенная седация» (INTRAVENOUS SEDATION SESSION).

Проф. Е. KAUFMAN (Израиль) выступил с лекцией о необходимости седации в современной стоматологии, осветив пройденный в этом направлении путь.

Сложившейся ситуации в Европе посвятил свое выступление проф. N.D. Robb (Великобритания). В его докладе прозвучали темы и современные проблемы, являющиеся ключевыми для EFAAD: в современных условиях предъявляются все более высокие профессиональные требования к специалистам сферы практического здравоохранения, в связи с чем - контроль над болью и беспокойством становится фундаментальной частью практической стоматологии. Изменения в законодательстве Европейских стран увеличивают свободу передвижения работающих специалистов в странах, входящих в состав Евросоюза. Но в различных странах используются неодинаковые вопросники для оценки боли и разные лекарственные средства и методики проведения местной и общей анестезии; отмечается



неодинаковый уровень теоретической подготовки и практических навыков специалистов. Стоматологическое образование и дальнейшее постдипломное обучение по вопросу контроля над болью и беспокойством значительно варьирует в странах Европы. Это может являться потенциальным барьером для перспектив в работе и постдипломном образовании при переезде специалиста в другую страну. Все это свидетельствует о необходимости создания согласованной программы по обучению специалистов в различных странах. Методы и средства для проведения седации интегрированы в практическую стоматологию, причем пока – на разном уровне. В связи с этим их изучение необходимо проводить на всех уровнях подготовки врача-стоматолога.

В ходе выступлений на Конгрессе известных ученых и докторов особенно четко была высвечена проблема разработки общей и единой терминологии. Даже европейский термин «седация» (что в переводе с английского – «успокоение») у нас стал использоваться не так давно. В России чаще использовались термины «премедикация» или «комбинированное обезболивание». А именно «СЕДАЦИЯ» во время стоматологических вмешательств была ключевой темой этого Конгресса, т.к. она позволяет регулировать состояние пациента, его психологические способности, обеспечивает лучшие условия работы стоматолога и повышает качество лечения. Сегодня в различных странах методы, позволяющие снять страх, волнение, напряжение, стресс обозначают разными терминами: седация, седация с сохранением сознания, седация без сохранения сознания, премедикация, седоанальгезия и др.

В нашей стране и некоторых других странах глубокая седация или седация без сохранения сознания правомерно называется общей анестезией или наркозом. Единой классификации седации не существует.

(В российских стоматологических клиниках можно проводить седацию, если только в штате есть врач-анестезиолог и соответствующее оборудование. Следует иметь в виду, что в настоящее время врачам - стоматологам запрещено в процессе постдипломного обучения получать специальность анестезиолога-реаниматолога).

В своей речи проф. С.А. Рабинович, вступающий в должность президента EFAAD, отметил, что разработка и внедрение единой терминологии будет одной из приоритетных задач организации в ближайшие годы.

На съезде подробно рассматривались вопросы местного обезболивания, которое занимает лидирующее место во всех странах среди всех предлагаемых методов обезболивания при лечении стоматологических заболеваний.

Доклады С.А. Рабиновича (Россия), С.Т. Сохова (Россия) и J. Meechan (Великобритания) были посвящены проблемам местного обезболивания и поискам путей их решения (совершенствованию методов анестезии, препаратов и инструментов для их проведения, внимательному отношению в оценке соматического состояния пациента).

Особенности **внутрикостной анестезии**, техники ее выполнения и использования в детской практике были **рассмотрены в докладе J.-L. Sixou (Франция).**

В докладе С.Т. Сохова (Президента Российской секции EFAAD) рассматривались основные проблемы местного обезболивания, с которыми сталкиваются как врач, так и пациент. Было отмечено, что на выбор средств и способов местной анестезии оказывают влияние такие показатели, как:

- социально-экономическое состояние страны и уровень предоставляемых услуг в сфере здравоохранения,
- требования общества к качеству предоставляемой стоматологической помощи;
- финансовые возможности клиники и пациентов,
- квалификация врачей.

Врачу необходимо учитывать, что выбор местного обезболивания зависит от возраста пациента, продолжительности, объема и травматичности вмешательства, особенно у пациентов с сопутствующей соматической патологией.

В докладе С.А. Рабиновича было отмечено, что большинство современных местноанестезирующих препаратов появилось в России сравнительно недавно, и нередко врачи испытывают трудности при выборе критериев для оценки их эффективности и безопасности. Это свидетельствует о необходимости активизации процесса познаватель-

ной деятельности врача, осуществляемой в системе постдипломного образования. В России переходят к новой программе обучения студентов стоматологических факультетов, в которой предусмотрено увеличение часов на изучение **проблемы обезболивания и седации в амбулаторной стоматологии**. В докладе были представлены основные компоненты современных технологий местного обезболивания в стоматологии необходимые для повышения его эффективности и безопасности: знания и практические навыки по вопросам нейрофизиологии, психологии, анатомии, фармакологии, геронтологии, анестезиологии и стоматологии, умение осуществлять выбор местноанестезирующих препаратов с учетом возраста, соматического состояния пациента и планируемого вмешательства, знание способов местного обезболивания и инструментов (шприцы и иглы, дополнительные аксессуаров) для их выполнения. Рассмотрены современные способы местного обезболивания, препараты и инструменты для их выполнения, в том числе новейшие компьютерные автоматизированные инъекторы и безыгольные шприцы. Было отмечено, что общее обезболивание в амбулаторной стоматологической практике используется только по строгим медицинским показаниям.

Большое внимание на конгрессе уделялось вопросам безопасности обезболивания в стоматологии. **В докладах W. Jakobs (Германия) и M. Daudlander (Германия)** отмечалось, что, несмотря на то, что местное обезболивание в современной стоматологии считается наиболее безопасным и надежным методом контроля боли, после применения местных анестетиков могут наблюдаться местные и системные осложнения.

Системные осложнения на местноанестезирующие препараты включают токсические реакции на местные анестетики, вазоконстрикторы или аллергические реакции на консерванты, стабилизаторы и другие компоненты раствора. Осложнения могут быть также обусловлены наличием у пациента соматической патологии или приемом лекарственных препаратов для ее лечения. Местные осложнения чаще обусловлены не применяемыми местноанестезирующими препаратами, а наруше-



ниями техники выполнения анестезии.

Доклад W. Jakobs был посвящен возможным после проведения местной анестезии причинам развития временного нарушения чувствительности, таким как пролонгированная анестезия, парестезия, диестезия (извращенная чувствительность). Риск временного или постоянного повреждения нерва варьирует в зависимости от места и техники введения, дозы анестетика и вазоконстриктора. Данные литературы не позволяют выделить конкретный местноанестезирующий препарат, являющийся наиболее вероятной причиной этого осложнения. Временная или постоянная парестезия, диестезия или анестезия чаще наблюдается после блокады нижнеальвеолярного нерва. Причиной повреждения нерва в области проведения местной анестезии могут являться механические нарушения и токсические химические реакции (нейротоксичность анестезирующего раствора, высокая концентрация действующих компонентов, чрезмерное давление жидкости в ограниченном пространстве, разрыв нервных фибрилл или перинеурия инъекционной иглой, гематома или воспаление в месте инъекции). Согласно данным литературы в большинстве случаев (94%) нарушение чувствительности проходит через 6-8 недель. Если дисфункция сенсорного нерва сохраняется более 12 месяцев, повреждение считается необратимым.

В выступлении M. Daudlander отмечалось, что побочные реакции после применения местной анестезии наблюдаются примерно у 4,5% пациентов. В 20% случаев они обусловлены частичным внутрисосудистым введением препарата. За счет содержания вазоконстриктора в местноанестезирующем растворе возможно развитие тахикардии и повышение артериального давления. Для уменьшения риска данных осложнений используются местноанестезирующие препараты с низким содержанием эпинефрина (1: 400 000) и компьютерный шприц, регулирующий скорость и/или давление в месте введения раствора. Использование компьютерного шприца позволяет уменьшать боль во время инъекции, ускорить начало анестезии и уменьшить необходимый для обезболивания объем препарата.

В докладах E. Фассо (Италия) и E. Kaufman отмечалось, что не-

смотря 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 (хирургические операции на костной ткани, в т.ч. имплантологические операции) остаются препятствием для проведения эффективного и безопасного лечения. 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 эффективной является **седация**, проводимая с использованием общих анестетиков или анксиолитиков, вводимых ингаляционно, в/в, в/м, орально или интраназально. Наиболее часто при проведении седации используют мидазолам, пропофол, фентанил. Для повышения эффективности и безопасности применяемого метода можно применять **психотерапевтические техники** (гипноз, поведенческие стратегии, ятрогенная седация, акупунктура, аудиоанальгезия и т.д.). Опрос пациентов показал, что лечиться с применением седации хочет значительно большее количество пациентов, чем ее получают.

Доклады J.F.Andre (Франция), G.Zanette (Италия), M.Wood (Великобритания), M.Chanavaz (Франция), V.Collado (Франция) были посвящены проблемам внутривенной седации.

Andre J.F. подробно остановился на методе седации, получаемой при внутривенном введении одного препарата – **анксиолитика**. Преимуществами этого метода являются:

- легкость выполнения,
- достаточно высокий уровень безопасности.
- хорошая переносимость пациентами.

Для использования на амбулаторном стоматологическом приеме данного метода седации необходима профессиональная подготовка персонала, наличие соответствующего оборудования в клинике, информация пациента о предстоящей медикаментозной подготовке и наличие его согласия на ее проведение.

Совместная работа с физиологами и фармакологами помогла

в разработке метода седации, контролируемой пациентом. С использованием компьютерной техники создана целевая контролируемая инфузионная система, которая позволяет на основе фармакокинетического моделирования распределения и метаболизма лекарства быстро достигать и повышать его терапевтические концентрации в крови или мозге, а метод **биспектрального анализа позволяет** определять глубину обезболивания по ЭЭГ регистрации мозговой активности.

Препаратами выбора для проведения седации в стоматологической анестезиологии были признаны **транквилизаторы бензодиазепинового ряда – диазепам и мидазолам (дормикум).** В выступлении **G. Zanette** были представлены результаты сравнительного изучения глубины седации при внутривенном введении производных бензодиазепина (диазепама и мидазолама), имеющих различный фармакокинетический профиль. Для повышения достоверности полученных результатов, кроме клинического наблюдения, в работе использовался метод биспектрального анализа, позволяющий оценить глубину седации. Проведенное исследование показало, что **диазепам является более безопасным лекарством для устранения беспокойства пациентов при проведении амбулаторных стоматологических вмешательств.** Диазепам позволяет получить состояние минимальной седации, во время которой сохраняется вербальный контакт с пациентом, а достаточная широта терапевтического действия позволяет предотвратить потерю сознания.

В докладе M. Wood был представлен **обзор методов дентальной седации в педиатрии**, проведенных в специальной клинике седации Соединенного Королевства за 2008 год. Наряду с внутривенной седацией с использованием различных лекарств, включая кетамин, пропофол и мидазолам, применялась **оральная и интраназальная седация, а также комбинация этих методов.**

В выступлении **M. Chanavaz** был обобщен опыт использования **внутривенной седации** с сохранением сознания при проведении инвазивных процедур, имплантации и реконструктивной хирургии перед протезированием. Внутривенная



седация позволяет снять беспокойство пациента перед или во время проводимых стоматологических вмешательств, но не может рассматриваться как метод обезболивания. Седация является незаменимым дополнением к местной анестезии при проведении ряда амбулаторных челюстно-лицевых операций, длительность которых превышает 45 минут. Этот метод в амбулаторных условиях может быть использован только для пациентов, относящихся по состоянию здоровья к ASA I или ASA II (по классификации оценки состояния здоровья пациента):

ASA I - «нормальные здоровые пациенты» без клинических проявлений сопутствующей патологии и без упоминания о ней в анамнезе.

ASA II - пациенты с умеренно выраженными системными заболеваниями).

Чтобы внутривенная седация была безопасной и успешной, специалисты, проводящие ее, должны проходить специальное обучение. Этот метод позволяет снять беспокойство, при этом пациент во время вмешательства остается в сознании и отвечает на вербальные команды, а после его проведения у него наблюдается состояние амнезии.

Метод седации часто используется при работе с пациентами, имеющими физические или психосоциальные нарушения.

В докладе V. Collado были приведены результаты сравнительного изучения эффективности и безопасности различных методов (ингаляционного и внутривенного) седации при проведении стоматологического лечения у пациентов с интеллектуальной нетрудоспособностью и пациентов, испытывающих беспокойство перед лечением. Проведенное исследование продемонстрировало эффективность и безопасность у данных групп пациентов **внутривенной седации с использованием мидазолама.**

Доклады M. Hennequin (Франция), E. Bouvy-Berends (Нидерланды), C. Lassauzay (Франция) и D. Faulks (Франция) были посвящены проблемам седации с использованием азота закиси.

В своем выступлении M. Hennequin отметила, что несмотря на большое количество исследований по проведению седации с использованием ингаляционных препаратов, нет жестких стандар-

тов фармакологического тестирования лекарств, даже если они используются для терапевтических целей. Так, согласно стандартам доказательство переносимости и активности в сравнении с ожидаемым определенными критериями эффективности и безопасности должно быть установлено для четко установленной концентрации закиси азота. Однако такую оценку не удастся провести, если закись азота и кислород подводятся отдельно. При таком методе процент закиси азота, получаемый пациентом, не является постоянным, что снижает достоверность полученных результатов. Большинство исследований, проведенных по изучению седации в стоматологии, не соответствуют принципам, предусмотренным для клинических испытаний. Это служит барьером для развития **ингаляционной седации в стоматологии.** Для обеспечения достоверности доказательств безопасности и эффективности ингаляционной седации, была проведена серия клинических исследований с использованием предварительно подготовленной 50% смеси закиси азота и кислорода во время оказания стоматологической помощи. Проведенные исследования **позволили получить разрешение на применение данного способа седации стоматологами Франции,** что следует учитывать при обучении студентов последнего курса и на постдипломной подготовке врачей.

Опыту применения **азота закиси при проведении стоматологических вмешательств у пациентов - инвалидов** был посвящен доклад **E. Bouvy-Berends.** В Нидерландах с 1981 года **около 500 врачей обучены проведению седации с помощью закиси азота с кислородом,** но только около половины из них применяют эту технику регулярно. Проведенные исследования выявили высокие показатели эффективности и хорошо документированную безопасность, если при выборе метода учитываются физические и интеллектуальные нарушения у пациента. **Седация позволяет регулировать состояние пациента, его психологические способности, обеспечивая лучшие условия работы стоматолога, повышая качество лечения.** Использование данной хорошо контролируемой техники седации для указанной группы пациентов тре-

бует дополнительной профессиональной подготовки персонала.

C. Lassauzay (Франция) сообщила о результатах выполненного в гериатрической клинике проспективного **исследования по изучению эффективности и переносимости седации, проводимой 50% смесью азота закиси и кислорода, у пожилых пациентов с деменцией.** Результат седации оценивали по возможности выполнить намеченное лечение, наличию побочных эффектов и показателю уровня кортизола (маркера беспокойства) в крови. **Анализ полученных результатов показал, что этот метод седации является подходящим для пожилых пациентов с деменцией. Однако, следует учитывать, что поскольку у пожилых пациентов с возрастом болезнь продолжает развиваться, в дальнейшем им может понадобиться общая анестезия.**

В разных странах используются различные методы и разное оборудование при проведении седации с применением азота закиси. В частности, различия касаются системного применения кислорода в период выхода из состояния седации. В своем выступлении **D. Faulks (Франция)** представил результаты рандомизированного сравнительного двойного слепого исследования, показавшего, что использование в период восстановления после седации закисью азота медицинского кислорода не имеет клинически значимых различий перед использованием медицинского воздуха. Полученные результаты позволяют заключить, что системная реоксигенация после применения предварительно смешанных 50% азота закиси и кислорода не является необходимой для пациентов, которые по состоянию здоровья относятся к группам ASA I и ASA II.

По окончании Конгресса 15 октября был представлен будущий Президент EFAAD (с января 2011г) профессор **Рабинович С.А.,** который выступил с краткой благодарственной речью и планами на будущее.

16 октября состоялся президиум EFAAD, на котором наряду с другими вопросами было утверждено проведение **следующего Конгресса в Москве, в сентябре 2012 года.** (Более подробно с деталями конгресса Вы сможете ознакомиться на сайтах www.efaadonline.org, www.easy-sedation.com, [50](http://www.lib-med.ru/dental/).</p>
</div>
<div data-bbox=)