

УДК 616.31. 089.5

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

О.В.СЕРИКОВА

Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н.Бурденко, ул. Студенческая, 10, Воронеж, 394030

Аннотация: в настоящее время местная анестезия является основным видом обезболивания в амбулаторной стоматологии и выполняется во всех случаях стоматологических вмешательств, сопровождающихся болью. Широкое применение в стоматологии местного обезболивания обусловлено его относительной безопасностью, сравнительной легкостью и быстротой выполнения. Умение стоматолога обеспечить эффективное обезболивание всего спектра выполняемых вмешательств – абсолютно необходимое условие качественного стоматологического лечения. Однако опрос, проведенный среди врачей, обучающихся на циклах тематического усовершенствования и переподготовки, создал представление о состоянии проблемы обезболивания в терапевтической стоматологии, выявив недостаточный уровень знаний по ряду вопросов, касающихся важных аспектов проведения процедуры анестезии подтвердил необходимость совершенствования программ постдипломного обучения по вопросам местной анестезии.

Ключевые слова: местная анестезия, обезболивание, постдипломное обучение.

RESULTS OF DOCTORS' QUESTIONING ON LOCAL ANESTHESIA IN PREVENTIVE DENTISTRY

O.V. SERIKOVA

Voronezh State N.N. Burdenko Medical Academy

Abstract: currently, local anesthesia is the primary anesthesia in outpatient dental and performed in all cases of dental procedures, accompanied by pain. The widespread use of local anesthesia in dentistry due to its relative safety, relative ease and speed. The ability to provide effective pain relief dentist full range of interventions carried out – is a necessary condition for quality dental treatment. However, the survey of physicians enrolled in a course of improvement and re-created a presentation on the state of anesthesia in dentistry, bringing to light the lack of knowledge on a number of issues related to important aspects of the procedure, anesthesia confirmed the need to improve the post-graduate training programs for local anesthesia.

Key words: local anesthesia, analgesia, post-graduate studies.

Качество терапевтического стоматологического лечения во многом определяется использованием адекватного обезболивания, обеспечивающего высокую эффективность и безопасность проводимых врачом манипуляций [1,5,8-10].

Не вызывает сомнений факт чрезвычайной болезненности стоматологических манипуляций. Это связано с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области, большой концентрацией рецепторов на единицу поверхности твердых тканей зуба и пульпы, широкой иррадиацией болевого раздражителя по подкорковым структурам.

Проблемой местной анестезии в стоматологии является то, что целый ряд вмешательств достаточно трудно обезболить, например, при пульпите, при препарировании в области эмали-дентинной границы и т.д. [11,12]. Болезненность стоматологических манипуляций может приводить к так называемому «ятрогенному» стрессу – состоянию, вызванному действием медицинских

факторов. Болевые ощущения во время стоматологических процедур доставляют беспокойство как пациенту, так и врачу, не позволяя выполнить полный объем вмешательства, снижая качество выполняемой работы, способствуя формированию у пациента негативного отношения к посещению стоматологического кабинета и развитию дентофобии.

За последние десятилетия с внедрением в России современных анестетиков (артикаин, мепивакаин) и карпульной технологии ситуация кардинально изменилась. Однако одновременно повысились и требования пациентов к качеству анестезиологического обеспечения [6]. Если ранее боль являлась непременным атрибутом стоматологических манипуляций и воспринималась как неизбежность, то в настоящее время для большинства пациентов приемлемо лишь полностью безболезненное стоматологическое вмешательство. Современные пациенты уже не готовы испытывать какие-либо неприятные

ощущения во время визита к стоматологу. Поэтому умение стоматолога обеспечить эффективное обезболивание всего спектра выполняемых вмешательств – абсолютно необходимое условие качественного стоматологического лечения [11]. Адекватное обезболивание стоматологических манипуляций является важной составляющей комплексного врачебного воздействия на организм больного, направленный не только на устранение болевых ощущений, но и на предупреждение осложнений общего порядка, которые наблюдаются в стоматологической практике у 0,5-1,2% больных [2].

В настоящее время местная анестезия является основным видом обезболивания в амбулаторной стоматологии и выполняется во всех случаях стоматологических вмешательств, сопровождающихся болью. Широкое применение в стоматологии местного обезболивания обусловлено его относительной безопасностью, сравнительной легкостью и быстротой выполнения [6,7].

Совершенствование местного обезболивания развивается не только по пути изыскания и внедрения в практику новых анестезирующих препаратов, но и модернизации инструментального и материального обеспечения анестезии. В последнее десятилетие появились на рынке и были внедрены в практику врача-стоматолога специальные шприцы, вибронасадки, автоматизированные устройства для местного обезболивания «Wand», «QuickSleeper» и др. Внедрение высокотехнологичных инъекторов не только повысило эффективность и безопасность общепринятых методов местной анестезии (инфильтрационная, проводниковая), но и способствовало совершенствованию их эффективности и безопасности, а также внедрению в практику различных вариантов пародонтальной анестезии (интралигаментарной, интрасептальной и внутрикостной).

Учитывая большой спектр препаратов для местной анестезии и методов ее проведения, очевидно, что необходим определенный уровень знаний и практических навыков врача-стоматолога по вопросам обезболивания для грамотного выбора в каждой конкретной ситуации анестетика, метода анестезии и соответствующего инструментария. Это позволит обеспечить высокое качество обезболивания, которое определяется такими факторами, как эффективность и безопасность ее проведения, а также предотвратить возникновение тяжелых осложнений [3].

Материалы и методы исследования. На кафедре стоматологии института дополнительного профессионального образования ВГМА им. Н.Н. Бурденко в период с 2009 по 2012 год было проведено анкетирование врачей-слушателей для оценки качества местного инъекционного обезболивания на терапевтическом

стоматологическом приеме. С этой целью на кафедре была разработана специальная анкета для стоматологов-терапевтов. Исползованная анкета являлась модификацией анкеты профессора А.Ж. Петрикаса [4], и включала 25 вопросов, касающиеся различных аспектов применения местной анестезии в терапевтической стоматологической практике.

В анкетировании приняли участие 153 врача-стоматолога терапевта из Воронежа и других регионов, обучающихся на циклах тематического усовершенствования и переподготовки.

Результаты и их обсуждение. Стаж работы врачей, участвовавших в анкетировании, составил от одного до 37 лет. Большинство из врачей – 82,4% работали в государственных учреждениях, из них – 32,3% в отделениях платных услуг. Практически все врачи (93,4%) самостоятельно выполняли анестезию и только пять врачей бюджетного отделения (6,6%) ответили, что направляют пациентов к хирургу-стоматологу для анестезии.

При лечении неосложненного кариеса инъекционную местную анестезию применяли не всегда, всего в 73,2% случаев, при лечении пульпита значительно чаще – в 89,5%, однако ряд врачей еще пользовался девитальными методами лечения воспаления пульпы. При хронических периодонтитах местную инъекционную анестезию использовали только около половины опрошенных – 55,1%.

Обработка места вкола антисептиком врачами проводилась в 25,2% случаев, аппликационная анестезия – в 63%, в большинстве случаев препаратами лидокаина в виде гелей.

Сложности с ответами возникли у большинства врачей на вопрос «Проводите ли Вы аспирационную пробу перед введением раствора анестетика и в каких случаях?» Из 153 опрошенных врачей семь человек (4,6%) вообще не ответили на этот вопрос, 83 (54,2%) ответили, что не используют, 15 (9,8%) ответили, что проводят, но мотивировали это наличием или возможностью аллергической реакции на анестетик. Из 48 (31,4%) врачей, которые проводят аспирационную пробу, только 25 человек (52,1%) указали, что проводят ее при проводниковой анестезии. Указанные ответы на данный вопрос свидетельствуют о незнании или непонимании сути аспирационной пробы, что может повлечь за собой риск развития такого осложнения, как внутрисосудистое введение анестетика.

На вопрос «Какую концентрацию вазоконстриктора в местном анестетике Вы используете чаще всего?» большинство опрошенных – 53,7% ответили, что концентрация вазоконстриктора, которую они чаще используют при стоматологических терапевтических вмешательствах – это 1:100000, несмотря на то, что во всех практических рекомендациях по местному обезболиванию в стоматологии предпочтительной концентрацией вазоконстриктора при большин-

стве вмешательств является – 1:200000. Повышение концентрации адреналина в 4% растворе артикаина до 1:100000 не приводит к достоверному повышению эффективности обезболивания, но может быть причиной осложнений, связанных с применением вазоконстрикторов в составе раствора анестетика. Ряд опрошиваемых врачей – 9 (5,9%) на данный вопрос ответили – «не знаю», «не помню» или «фабричную», 27 (17,6%) не ответили на вопрос вообще, один врач указал, что «набирает адреналин самостоятельно на кончике иглы». Все эти варианты ответов, к сожалению, свидетельствуют о непонимании роли наличия вазоконстрикторов в растворе анестетиков и опасностях, связанных с их применением.

По данным опроса, основной анестетик, используемый на терапевтическом приеме, это анестетик артикаинового ряда: убистезин применяют 53% опрошенных врачей, ультракаин – 48%, септанест – 3%. Два врача основным анестетиком, применяемым на практике, назвали лидокаин.

Все врачи (100%) назвали карпульный шприц основным инструментом для местной анестезии, кроме того из них 10% пользуются в некоторых случаях и одноразовыми шприцами.

Из пародонтальных и других дополнительных методов обезболивания при стоматологических терапевтических вмешательствах 83,2% врачей назвали внутрипульпарную, 45,1% – интралигаментарную и 5,4% – внутрикостную анестезию. Но в то же время ни один из опрошенных врачей не использует кроме карпульного шприца другие виды инъекторов, необходимых для проведения пародонтальных методов обезболивания. Это свидетельствует о недостаточной информированности врачей о пародонтальных методах местной анестезии и отсутствии в оснащении большинства стоматологических кабинетов современных видов инъекторов для альтернативных методов местной анестезии.

На вопрос «Используете ли Вы премедикацию в своей практике?» положительно ответили 17 врачей (11,1%). В основном они назначали ее «редко». Все ответившие положительно на этот вопрос из препаратов назвали только седативные средства (валериана и пустырник, назначаемые внутрь за 12 часов или перед стоматологическим приемом).

Из 153 опрошенных врачей 25 (16,3%) указали на то, что сталкивались в своей практике с тяжелыми нарушениями общего состояния в связи с введением анестетика перед стоматологическим вмешательством у своих пациентов. Были перечислены следующие реакции: обморок – 10 случаев, коллапс – 6, аллергические реакции и анафилактический шок – 6, гипертонический криз – 3.

На вопрос «Чувствуете ли Вы страх или напряжение при проведении проводниковой анестезии?» только пять опрошенных врачей (3,3%) ответили положительно. На вопрос же «Чувствуете ли Вы страх

или напряжение при проведении инфильтрационной анестезии?» все 100% ответили отрицательно.

Таблица

Анкета по использованию местной анестезии в практике терапевтической стоматологии

Вопросы	Варианты ответов
1. Специальность – стоматолог, зубной врач?	Указать
2. Закончили институт в каком году?	Указать год окончания
3. Стаж работы по специальности?	Указать стаж в годах
4. Стоматологические специальности, по которым работаете?	Терапевт, хирург, ортопед
5. Лечебное учреждение?	Государственное, частное
6. Отделение, в котором работаете?	Бюджетное, платное
7. Выполняете ли анестезию самостоятельно?	Да. Нет, направляю к хирургу, анестезиологу
8. Проводите ли Вы сбор анамнеза с помощью анкетирования для выяснения сопутствующих заболеваний?	Да. Нет
9. Сколько инъекций местных анестетиков проводите за рабочий день?	Указать количество
10. Применяете ли инъекционную местную анестезию при лечении неосложненного кариеса?	Нет, редко, часто: приблизительная частота в %
11. Как часто используете инъекционную местную анестезию при лечении пульпита?	Приблизительная частота в %
12. Как часто используете инъекционную местную анестезию при лечении хронического периодонтита?	Приблизительная частота в %
13. Обработываете ли место вкола антисептиком?	Да. Нет
14. Проводите ли аппликационную анестезию места вкола иглы?	Да, нет. Если да, то чем?
15. Проводите ли аспирационную пробу перед введением раствора анестетика и в каких случаях?	Да. В каких случаях? Нет
16. Какую концентрацию вазоконстриктора в местном анестетике Вы используете чаще всего?	1:100000, 1:200000
17. В каких случаях Вы используете местную анестезию без вазоконстриктора?	Указать
18. Какой инъекционный местный анестетик является основным в Вашей работе?	Указать
19. Какие шприцы Вы используете для анестезии?	Указать
20. Используете ли Вы другие виды инъекторов для местной анестезии, какие?	Да, указать, какие. Нет
21. Используете ли Вы следующие виды местной анестезии?	Внутрипульпарную, интралигаментарную, внутрикостную, электрообезболивание
22. Используете ли премедикацию в своей практике?	Да, редко, нет. Если да, то какие препараты используете и как?
23. Испытываете ли Вы нервное напряжение или страх при проведении проводниковой анестезии?	Да. Нет
24. Испытываете ли Вы нервное напряжение или страх при проведении инфильтрационной анестезии?	Да. Нет
25. Встречались ли с какими-либо тяжелыми, возможно даже смертельными, реакциями больных, как связанных с анестезией, так и без неё?	Да, нет. Если да, не могли бы Вы указать подробности?

Вывод. Проведенный среди врачей-терапевтов опрос создал представление о состоянии проблемы обезболивания в терапевтической стоматологии,

выявив недостаточный уровень знаний по ряду вопросов, касающихся важных аспектов проведения процедуры анестезии, подтвердил необходимость совершенствования программ постдипломного обучения по вопросам местной анестезии в терапевтической стоматологии.

Литература

1. Бабинов, А.С. Применение автоматизированного инъектора «Анаджект» в амбулаторной стоматологической практике / А.С. Бабинов, С.А. Рабинович, А.В. Федорин // Клиническая стоматология.– 2009.– №1.– С. 22–24.
2. Иорданишвили, А.К. Советы врачу-стоматологу по выполнению инъекционных методов обезболивания на челюстях / А.К. Иорданишвили // Институт стоматологии.– 2005.– №2.– С.64–65.
3. Обезболивание в условиях стоматологической поликлиники / А.Ф. Бизяев, С.Ю. Иванов, А.В. Лецилин, С.А. Рабинович.– ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002.– 144 с.
4. Петрикас, А.Ж. Местная анестезия пульпы и твердых тканей зубов: Автореф. дис. ...д-ра м. н./ А.Ж. Петрикас.– Калинин, 1987.– 20 с.
5. Петрикас, А.Ж. Обезболивание в эндодонтии: Учебное пособие / А.Ж. Петрикас.– М.: ООО «Медицинское информационное агентство, 2009.– 212 с.
6. От новокаина к артикаину/ С.А. Рабинович [и др.]– М.: ООО «Медицинское информационное агентство, 2005.– 248 с.
7. Рабинович, С.А. Анатомо-топографические и инструментальные аспекты местного обезболивания в стоматологии / С.А. Рабинович, Ю.Л. Васильев.– М., 2011.– 144 с.
8. Рабинович, С.А. Проблема боли и обезболивания в стоматологии. Современное состояние стоматологической анестезиологии и перспективы ее развития/ С.А. Рабинович, О.Н. Московец // Боль.– № 3 (24).– 2009.– С. 12–17.
9. Сохов, С.Т. Эволюция инъекторов для внутрикостной анестезии в стоматологии / С.Т. Сохов // Дентал Таймс.– 2010.– №1.– С. 22–23.
10. Столяренко, П.Ю. Клинические особенности современных местных анестетиков / П.Ю. Столяренко // Стоматолог-практик.– 2009.– №3.– С. 56–58.
11. Стягайло, С.В. Проблема недостаточной эффективности местного обезболивания в клинике терапевтической стоматологии / С.В. Стягайло // Стоматология.– 2006.– №6.– С.6–10.
12. Шайда, Л.П. Опыт стоматологического лечения пациентов группы риска на базе кафедры терапевтической стоматологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова в СПбГУЗ «Стоматологическая поликлиника №30»/ Л.П. Шайда, С.В. Стягайло, Э.А. Бодякина // Пародонтология.– 2004.– №1.– С. 28–32.