

С.А. Рабинович,

д.м.н., профессор, зав. кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии ФПДО, проректор МГМСУ

Е.В. Зорян,

д.м.н., профессор кафедры стоматологии общей практики и анестезиологии ФПДО МГМСУ

А.Х. Бобкова,

соискатель кафедры стоматологии общей практики и анестезиологии ФПДО МГМСУ

Т.В. Сухова,

к.б.н., ведущий научный сотрудник НИМСИ

Т.Д. Бабич,

к.м.н., доцент кафедры стоматологии общей практики и анестезиологии ФПДО МГМСУ

Выбор анксиолитических препаратов на амбулаторном стоматологическом приеме

Стоматологическая помощь является одной из наиболее массовых и проводится в основном в амбулаторных условиях. При этом следует учитывать, что во время приема пациенты могут испытывать физиологический и эмоциональный стресс. Физиологический стресс обусловлен болью, неудобным положением, длительностью лечения, применением медикаментов во время стоматологического вмешательства. Основной причиной эмоционального стресса являются страх и волнение, связанные с ожиданием боли и ее последующим переживанием. Страх перед стоматологическим вмешательством проявляется как следствие негативного опыта предыдущих посещений стоматолога, а также из информации, полученной от других людей.

Для профилактики физиологического стресса создаются высокоактивные местноанестезирующие и анальгетические препараты, совершенствуются методы обезболивания, позволяющие повысить эффективность и безопасность стоматологической помощи. Однако это не помогает снять эмоциональный стресс, особенно у пациентов с высоким уровнем личностной тревожности. Уже при проведении местной анестезии врачу приходится сталкиваться с психоэмоци-

ональным напряжением пациентов, затрудняющим проведение обезболивания и последующего стоматологического лечения. По данным зарубежной литературы, около 5% взрослых испытывают психоэмоциональное напряжение перед стоматологическим вмешательством, 20–30% — сильный или умеренный страх [13]. К врачам-стоматологам обращаются пациенты различного возраста, нередко имеющие в анамнезе общесоматические заболевания, поэтому повышение эффективности и безопасности стоматологической помощи напрямую зависит от обезболивания проводимых вмешательств. Во время стоматологического лечения у пациентов, особенно имеющих сопутствующие заболевания, повышенную тревожность и эмоциональное напряжение, может наблюдаться изменение физиологических показателей: силы, ритма и частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания (ЧД), уровня артериального давления (АД). Даже от звука бормашины возможно увеличение ЧСС до 180–200 уд/мин, АД на 15–20 ед. [10, 14].

Ожидание боли или воспоминание о ней становится впоследствии причиной, заставляющей пациентов отказываться от своевременной стоматологической

помощи. Так, по данным S. Malamed [15], страх боли является основной причиной негативного отношения к посещению врача-стоматолога более чем у 50% опрошенных взрослых американцев. Это свидетельствует об актуальности проблемы снятия эмоционального стресса. Для повышения качества проводимого лечения стоматолог должен владеть арсеналом разнообразных способов и средств, позволяющих уменьшить психоэмоциональное напряжение пациентов.

Многочисленные исследования с использованием различных групп психотропных препаратов (нейролептиков, транквилизаторов, седативных, антидепрессантов и т.д.) позволили выделить наиболее эффективные и безопасные анксиолитики — транквилизаторы [1, 3, 7, 11]. Все препараты этой группы устраняют страх, тревогу, волнение, снижают внутреннее напряжение и уменьшают выраженность стрессовых реакций. Наибольшее применение в амбулаторных условиях нашли производные бензодиазепина. Препараты этой группы усиливают ГАМКергическое (ГАМК — γ -аминомасляная кислота) синаптическое торможение в системах мозга, ответственных за регуляцию эмоциональных реакций (лимбическая система, таламус,

гипоталамус и ретикулярная формация), снимают страх, волнение, напряжение, оказывают седативное, снотворное, миорелаксантное, вегетостабилизирующее, противосудорожное действие и обладают амнестическим эффектом [1, 10, 16]. В амбулаторной практике широкое применение нашли диазепам (реланиум, седуксен) и мидазолам (дормикум), оказывающие быстрый и выраженный анксиолитический эффект. Однако наряду со снятием страха, напряжения и агрессии, эти препараты в большей или меньшей степени обладают седативно-снотворным и миорелаксантным действием, снижают концентрацию внимания и быстроту психомоторных реакций. Вышеперечисленные побочные явления затрудняют использование бензодиазепинов в поликлинических условиях у пациентов, которые после лечения должны сесть за руль, выполнять работу, требующую особого внимания, подписывать важные документы и т.д. Кроме того, было выявлено, что большинство этих транквилизаторов вызывает привыкание и развитие лекарственной зависимости. Это заставило отнести их к препаратам строгого учета и контроля, в связи с чем они могут применяться только в стоматологических клиниках, имеющих анестезиологическую службу. Поэтому, несмотря на необходимость проведения премедикации у пациентов с повышенной тревожностью на амбулаторном стоматологическом приеме, только 16% врачей-стоматологов в государственных клиниках и 46% — в негосударственных используют ее в своей практике (Максимовский Ю.М., Ларенцова Л.И., 2006). Это свидетельствует о необходимости поиска эффективных и безопасных средств и методов для снятия страха, волнения и напряжения, которые могут быть использованы в любой стоматологической поликлинике.

Цель настоящего исследования: оценить клиническую эффективность и безопасность премедикации для снятия эмоционального стресса перед стоматологическим приемом при выборе анксиолитических средств с учетом особенностей эмоционально-личностной сферы и вегетативного статуса пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы 134 пациента: 89 женщин и 45 мужчин, средний возраст

пациентов составил 36 лет ($\pm 1,5$ года). Пациентам предстояло провести следующие стоматологические вмешательства: лечение кариеса и его осложнений, удаление зубов, гемисекцию, премоляризацию, цистэктомию, терапевтическое и хирургическое лечение заболеваний пародонта, вестибулопластику, имплантацию, синус-лифтинг и др. При проведении исследования изучали стоматологический, психологический и вегетативный статус пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме.

В дальнейших исследованиях приняли участие 96 пациентов без выраженных сопутствующих заболеваний. Основную группу составил 81 пациент (56 женщин и 25 мужчин), испытывавший страх и волнение перед вмешательством. Этой группе пациентов перед лечением для уменьшения психоэмоционального напряжения назначались анксиолитики разных фармакологических групп — гидроксизина и тенотена. С учетом соматического состояния пациента, объема и длительности предполагаемого вмешательства местную анестезию проводили растворами артикаина с вазоконстриктором (эпинефрин 1:200000, 1:100000) или без вазоконстриктора. Из основной группы 5 человек от премедикации отказались, им проводилось только местное обезболивание. В контрольную группу вошли 15 обследованных (5 мужчин и 10 женщин) с низким уровнем личностной тревожности (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ), не имеющих показаний для премедикации, в связи с чем у них применялась только местная анестезия.

Клиническое обследование включало сбор анамнеза, акцентируя внимание на наличии сопутствующих заболеваний, осмотр, измерение АД и ЧСС, определение интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ боли). Психологическое исследование проводили с применением тестов «Самочувствие, Активность, Настроение» (САН); эмоциональную сферу оценивали с помощью тестов М. Люшера (Собчик Л.Н., 2001); Спилберга—Ханина (Малкина-Пых И.Г., 2004) и Кораха (Кудрявая Н.В., 2007) для определения уровня тревожности; теста ММПИ (Березин Ф.Б., 1992) для составления психологического портрета, опросника на выявление вегетативных изменений (Вейн А.М., 1998).

Статистическую обработку результатов проводили с помощью t-критерия Стьюдента и программы «Statist».

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 26% пациентов выявлены сниженные показатели самочувствия, у 32% — настроения и у 53% пациентов — показатели активности (тест САН), высокие показатели по шкале боли опросника ВАШ ($M \pm m$; $5,3 \pm 0,08$), у 38% пациентов наличие психологического стресса по тесту Люшера. У 40% обследованных наблюдали высокие показатели уровня ЛТ (Спилбергер—Ханин) и у 19% пациентов — высокие показатели РТ. Кроме того, у 60% испытуемых показатели ЛТ ($42,4 \pm 3,6$) преобладали над РТ ($39,6 \pm 3,1$), и у 3% больных выявлена стоматофобия по тесту Кораха. У 61% пациентов наблюдались вегетативные изменения ($22 \pm 1,4$ балла при норме 15) (Вейн А.М., 1998).

По тесту ММПИ у 71 пациента основной группы установлено повышение показателей по шкалам психастении, аутизма и ипохондрии, т.е. эти пациенты — люди эмоционально неустойчивые, со смешанным типом реагирования и конфликтным сочетанием разноплановых тенденций, с преобладанием психастенических черт личности и избыточной эмоциональной напряженностью, которые выбирают механизм психологической защиты по типу «бегство в болезнь», что создает почву для психосоматических расстройств. Для этих пациентов характерна повышенная тревожность как состояние личности, раздражительность, нервозность, неустойчивая самооценка, трудности в межличностных отношениях.

Кодированный профиль по Уэлшу в основной группе имеет следующий вид: 7`81—946/32:LK/F.

Результаты психологического тестирования у испытуемых контрольной группы констатировали высокие показатели по тесту самочувствия, активности и настроения (тест САН); отсутствие психологического стресса (тест Люшера); небольшие вегетативные изменения (тест Вейна); низкие уровни тревоги (тест Спилберга—Ханина).

Кодированный профиль по Уэлшу (тест ММПИ) в контрольной группе имеет следующий вид: 501839 24/76: K/FL: — профиль гармоничных личностей.

Исходя из результатов проведенного исследования, нами принято решение провести пациентам основной группы комбинированное обезболивание с применением премедикации и местного обезболивания, за исключением 5 пациентов, отказавшихся от премедикации из-за характера работы, у которых лечение проводили только под местной анестезией. С учетом соматического состояния пациента, объема и длительности предполагаемого вмешательства местную анестезию проводили растворами артикаина с вазоконстриктором (эпинефрин 1:200000, 1:100000) или без вазоконстриктора.

Пациентам проводился мониторинг АД и пульса от момента приема препарата до окончания лечения с интервалом 30 мин.

Транквилизаторы бензодиазепинового ряда, угнетающие структуры мозга, ответственные за регуляцию эмоциональных реакций, в настоящее время недоступны для врача-стоматолога, в связи с чем поиск анксиолитиков для амбулаторной практики до настоящего времени является актуальным. Нами изучалась эффективность и безопасность гидроксизина и тенотена, которые можно приобрести без специального рецепта и использовать на амбулаторном стоматологическом приеме.

Гидроксизин (атаракс) применялся в качестве премедикации 40 пациентам с нормальными или повышенными значениями АД (выше 130 мм рт. ст.) в дозе 25–50 мг за 1 ч до начала лечения. У 6 пациентов этой группы рвотный рефлекс был повышен настолько, что проведение диагностических и лечебных манипуляций на нижних молярах не представлялось возможным.

Гидроксизин блокирует H_1 -гистаминовые рецепторы в подкорковых структурах головного мозга, в том числе в миндалинах, которая вовлечена в процесс возникновения симптомов тревоги, обладает анксиолитическим действием, уменьшает тревогу, агрессивность, снижает мышечное напряжение у больных с повышенной тревожностью. Кроме того, гидроксизин оказывает седативное, антигистаминное, М-холиноблокирующее, противорвотное, спазмолитическое, бронхорасширяющее действие, снижает саливацию. Препарат уступает по анксиолитической активности бензодиазепинам, но не вызывает

ухудшения когнитивных функций и даже при длительном его применении не наблюдается синдрома отмены. Сочетание противорвотных свойств с противорвотным и антигистаминным действием позволяет использовать гидроксизин перед проведением стоматологического вмешательства у пациентов с повышенным рвотным рефлексом и склонностью к аллергическим реакциям.

В качестве премедикации 36 пациентам со склонностью к гипотонии назначали гомеопатический препарат тенотен в дозе 2–4 таблетки за 30 мин до приема.

Препарат Тенотен создан на основе смеси сверхмалых доз (гомеопатических разведений С12, С30, С200) аффинно очищенных антител к мозгоспецифическому белку S100. Тенотен модифицирует активность белка S100, регулирующего интегративную деятельность мозга и осуществляющего сопряжение синаптических и метаболических процессов. Повышенная экспрессия S100 приводит к гиперактивности и нарушению функций гиппокампа. Препарат оказывает ГАМК-миметическое и нейротрофическое действие, нормализует нейрональную пластичность, ингибирует процессы перекисного окисления липидов. Препарат обладает анксиолитическим, антидепрессивным, ноотропным, стрессопротективным, антиастеническим, антиамнестическим, противогипоксическим и нейропротективным действием, не снижает внимания и скорости двигательных реакций, не вызывает привыкания и лекарственной зависимости (Эпштейн О.И. и соавт., 2005).

Через 20 мин после проведения премедикации 74% пациентов основной группы отмечали снижение тревоги с высокого уровня до низкого (по тесту Корха); а 25% испытуемых — исчезновение умеренной тревоги; 97% пациентов отметили уменьшение боли до 0 по шкале ВАШ боли.

Объективно после премедикации у пациентов, принявших гидроксизин, наблюдали урежение пульса в среднем на 10–12 уд/мин (с $84 \pm 1,2$ до $75 \pm 1,9$), снижение АД (со 127/87 до 105/75 мм рт. ст.). Препарат снижал повышенный рвотный рефлекс, у некоторых пациентов наблюдалась сонливость.

В таблице приведен пример мониторинга АД и пульса у пациента Ч., 50 лет, который получил для премедикации

1,5 таблетки гидроксизина в 13.00, с 14.00 до 16.30 продолжался стоматологический прием, во время которого проводилось эндодонтическое лечение 48, 47 и 37 зубов (11 каналов).

ИССЛЕДОВАНИЕ АД И ПУЛЬСА ВО ВРЕМЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА

Время	АД	ЧСС
13:00	155/94	96
13:30	148/88	75
14:00	134/84	66
14:30	137/81	70
15:00	135/83	62
15:30	138/89	64
16:00	139/91	63
16:30	138/86	69

У пациентов, принимавших тенотен, также наблюдали урежение пульса в среднем на 10–12 уд/мин (с $86 \pm 2,1$ до $76 \pm 1,7$), небольшое изменение АД (со 119/80 до 115/79 мм. рт. ст.).

У 5 пациентов с повышенными показателями ЛТ и РТ, отказавшихся от премедикации, не удалось провести планируемое стоматологическое лечение в полном объеме: у двоих не удалось добиться адекватной анестезии без дополнительных методов местного обезболивания, у одной пациентки прием был отложен в связи с повышенным рвотным рефлексом. В следующее посещение с премедикацией гидроксизином лечение было успешно проведено. Еще двое пациентов вели себя в кресле очень беспокойно: у них повысилось АД до 140/100 мм рт. ст., ЧСС до 110 уд/мин, что привело к изменению плана стоматологического лечения в этот день.

Пациенты, получившие премедикацию, чувствовали себя в стоматологическом кресле спокойно, свободно и сам процесс лечения перенесли хорошо. Многие пациенты основной группы заявили, что от однократного обращения с острой болью они намерены перейти к лечению остальных зубов.

Пациенты контрольной группы с низким уровнем ЛТ и РТ перенесли лечение без особенностей. Во время стоматологического приема АД и ЧСС увеличивались незначительно, в среднем на 5–7 ед.

Таким образом, анализ особенности эмоционально-личностной сферы па-

циентов на амбулаторном стоматологическом приеме помогает врачу оценить структуру субъективных ощущений больных, индивидуально подобрать адекватное комбинированное обезболивание и оказать эффективную помощь.

Проведенные исследования позволяют рекомендовать пациентам с повышенной тревожностью, проявляющейся вегетативными функциями по гипертензивному (симпатомиметическому) типу и/или имеющим повышенный рвотный

рефлекс, назначение гидроксизина (атаракса), с вегетативными проявлениями по гипотензивному типу — тенотена.

ЛИТЕРАТУРА:

.....

1. **Бизяев А.Ф., Лепилин А.В., Иванов С.Ю.** Премедикация в условиях стоматологической поликлиники.— Изд-во Саратун-та, 1992.— 136 с.
2. **Вейн А.М.** Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. — М.: Мед. информ. агентство, 1998.— 752 с.
3. **Грицук С.Ф.** Анестезия в стоматологии. — М.: Мед. информ. агентство, 1998. — 304 с.
4. **Малкина-Пых И.Г.** Психосоматика: Справочник практического психолога. — М.: Изд-во Эксмо, 2004.— 992 с.
5. Миннесотский многоаспектный личностный опросник MMPI (Березин Ф.Б. и др., ММИЛ), Изд-во Архангельского обл. ин-та переподготовки и повышения квалификации работников образования. 1992. — 104 с.
6. **Максимовский Ю.М., Ларенцова Л.И.** Диагностика эмоционального состояния пациентов — профилактика рисков в стоматологии.— *Мастро стоматологии*.— 2006.— № 22.
7. **Николаенко С.А.** Стресс-протекторная премедикация больных с сердечно-сосудистой патологией на стоматологическом приеме: Автореф. дис. ...к.м.н. (ОГМА), 2001.— 22 с.
8. Психология для стоматологов./Под ред. проф. Н.В. Кудрявой. — М.: ГОТАР-Медиа, 2007.— 360—362 с.
9. **Собчик Л.Н.** МЦФ-метод цветowych выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Практическое руководство.— СПб.: Речь, 2001, 112 с.
10. **Стош В.И., Рабинович С.А., Зорян Е.В.** Руководство по анестезиологии и оказанию неотложной помощи в стоматологии.— М.: МЕДпресс-информ, 2002, 287 с.
11. **Фишер В.В.** Клинико-фармакологическое обоснование выбора лекарственного комплекса для премедикации при оперативных вмешательствах в челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ...к.м.н. (ВМА), 2003.— 24 с.
12. **Эпштейн О.И., Старк М.Б., Дыгай А.М. и др.** Фармакология сверхмалых доз антител к эндогенным регуляторам функций.— М.: Изд-во РАМН, 2005. — 226 с.
13. **Berggren U.S.** Factors to consider in understanding and managing the adult fearful dental patient./9-th International Dental Congress on Modern pain control. Jerusalem, Israel, 2—5 May, 2000.— P. 52—54.
14. **Gans M.J., Tefl L.** Psychophysiology. 1975.— Vol. 12— P. 423—426.
15. **Malamed S.F.** Лечение боли и страха: [Пер. с англ.] Эндодонтия / Под ред. С. Коэна, Р. Бернса. — СПб: Интерлайн, 2000. — С. 566—581.
16. **Yagiela J.A., Dowd F.J., Neidle E.A. (ed).** Pharmacology and Therapeutics for Dentistry. 5-th ed. Mosby, Inc. 2004: 940 p.

3rd Pan-European Dental Congress

КИЕВ (Украина) 9-11 Декабря 2009

8 клинических симпозиумов!

Уникальный шанс для каждого Европейского стоматолога, для каждого гостя из зарубежья.
Почувствуйте себя членом единой стоматологической Европы. Восток и Запад - есть только одна Европа!

Под эгидой:

European Regional
Organization of FDI



Организаторы:

International Association
of Dental Promotion



Ассоциация
Стоматологов Украины



Менеджмент:

Европейская Академия
Образования и Просвещения



ГЛОБАЛЬНЫЙ ПАРТНЁР **Colgate®**

Число билетов ограничено. Наши контакты: info@pedc2009.com тел.: +7 (495) 250 05 28