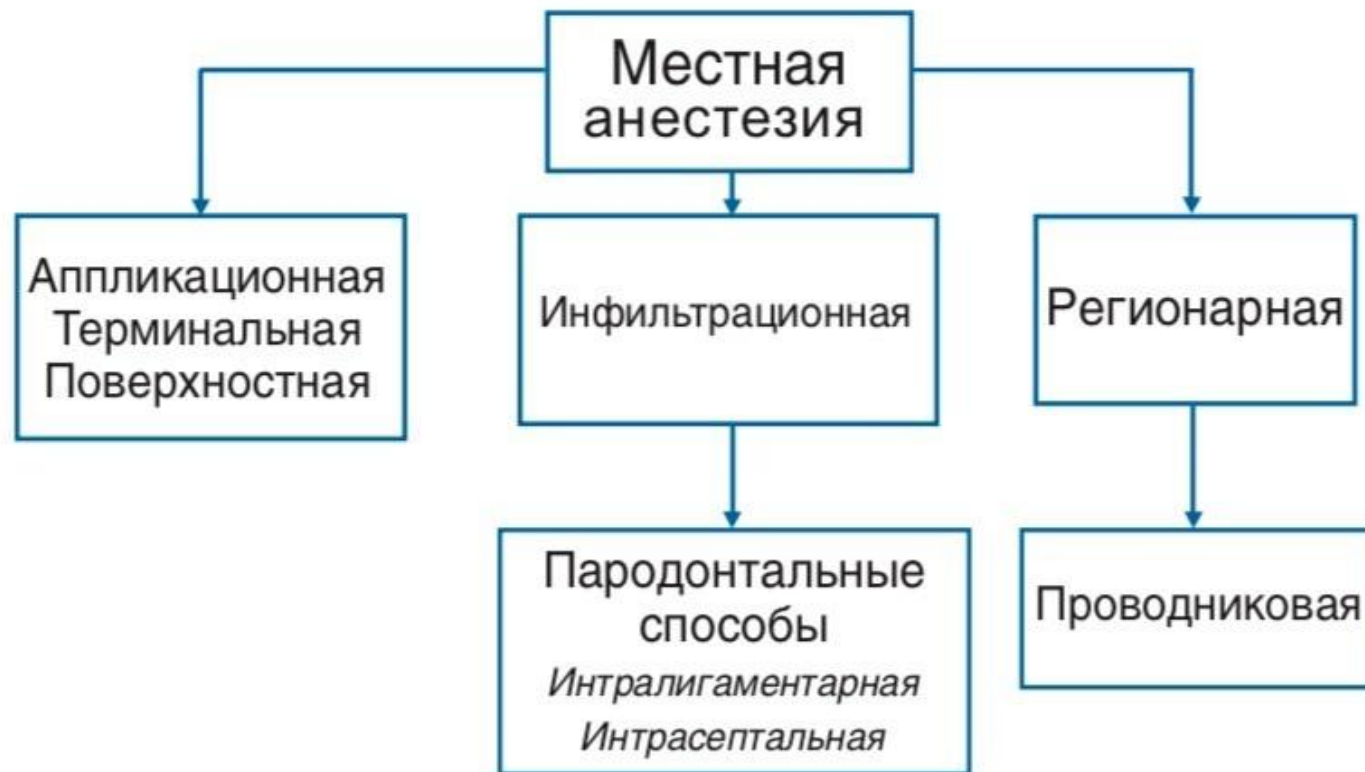


Пародонтальные
способы местного
обезболтвания.

Способы местного обезболивания



Инфильтрационная анестезия

- ▶ Под техникой инфильтрационной анестезии понимают пропитку анестетиком тканей в области предполагаемого обезболивания с целью блокады нервных образований. В амбулаторной стоматологии - это наиболее распространенный способ обезболивания, используемый для работы на мягких тканях челюстно-лицевой области, при операциях на альвеолярном отростке, при удалении и лечении зубов. Инфильтрационная анестезия может выполняться с введением анестетика и созданием депо под- и внутри слизистой оболочки, наднадкостнично, в периодонтальную щель и при внутрикостном введении.

Методы инфильтрационной анестезии

- ▶ Инфильтрационная анестезия по переходной складке

При инфильтрационной анестезии создается депо анестетика в подслизистом слое переходной складки преддверия полости рта. На верхней челюсти зона депо ориентируется несколько выше проекции корней зубов, а на нижней челюсти - чуть ниже проекции корней зубов.



Алгоритм проведения инфильтрационной анестезии:

- ▶ пальцами левой руки, шпателем или стоматологическим зеркалом широко отводят губу для обзора и подхода к переходной складке;
- ▶ наносят (через 2-3-минуты удаляют) поверхностный анестетик в зону предполагаемого вкола иглы;
- ▶ иглу вводят под углом 45° к кости альвеолярного отростка под слизистую оболочку переходной складки;
- ▶ скос иглы должен быть ориентирован на кость, не касаясь надкостницы;
- ▶ анестетик вводят медленно, продвигая иглу вдоль альвеолярного отростка;
- ▶ для того, чтобы отвлечь внимание пациента и снизить болевые ощущения при инъекции, рекомендуется пациенту сделать глубокий вдох, а врач легким движением пальцев сдавливает губу во время вкола иглы.

► **Инfiltrационная анестезия на небе**

Инfiltrация анестетика на нёбе проводится только в зону наличия подслизистого слоя. Небольшое количество подслизистого слоя, где проходят нервные волокна, имеется на границе неба с альвеолярным отростком верхней челюсти и в зоне небного отверстия. Количество вводимого анестетика в данные участки неба не должно превышать 0,5 мл.

► **Инfiltrационная анестезия альвеолярного отростка с язычной стороны**

При необходимости инfiltrации альвеолярного отростка с язычной стороны, где проходят периферические веточки язычного нерва, вкол иглы проводится в месте перехода слизистой оболочки альвеолярного отростка в подъязычную область. Количество анестетика не должно превышать 0,2-1,0 мл

Интралигаментарная (пародонтальная) анестезия

- ▶ Интралигаментарная анестезия (пародонтальная) является разновидностью инфильтрационного метода обезболивания и осуществляется путем введения анестезирующего раствора через десневой желобок в периодонт под давлением, преодолевая сопротивление тканей.



Показания к проведению интралигаментарной анестезии

- ▶ Лечение зубов по поводу кариеса и его осложнений.
- ▶ Препарирование твердых тканей зубов под несъемные ортопедические конструкции. Как дополнительный метод при недостаточной эффективности проводникового способа обезболивания моляров на нижней челюсти.

Противопоказания к проведению интралигаментарной анестезии

- ▶ Неудовлетворительная гигиена полости рта.
- ▶ Воспалительные заболевания тканей пародонта и периодонта.
- ▶ Эндокардит в анамнезе (Rah R. et al., 1986).
- ▶ Наличие неминерализованного зачатка постоянного зуба при обезболивании временного зуба. Для проведения анестезии используются иглы длиной 8, 10, 12, 16 мм и диаметром 0,3 мм).

Алгоритм проведения интралигаментарной анестезии:

- ▶ удаление налета и антисептическая обработка (0,06%-ным раствором хлоргексидина биглюконата) десневой бороздки и поверхности обезболиваемого зуба перед инъекцией;
- ▶ проведение инъекций у каждого корня с апроксимальных (медиальной и дистальной) поверхностей зуба. Инъекцию нельзя проводить в области бифуркации и с вестибулярной поверхности;
- ▶ иглу направляют срезом к поверхности корня под углом 30 градусов к центральной оси зуба. Игла, скользя по поверхности зуба, прокалывает десневую бороздку, продвигается на глубину 1-3 мм до появления у врача ощущения сопротивления тканей. После этого можно выводить раствор путем нажатия на рычаг инъектора. Каждую порцию раствора (0,06-0,07 мл) выводить медленно, в течение 10-15 сек. Объем анестезирующего раствора на каждый корень составляет 0,12-0,18 мл. Интервал введения между каждой порцией раствора составляет 10-15 сек;
- ▶ количество инъекций соответствует числу корней зуба;
- ▶ по окончании инъекции иглу извлекают спустя 10-15 сек с целью предотвращения вытекания раствора. Ишемия десны вокруг обезболиваемого зуба указывает на правильность проведения анестезии. Обезболивание наступает через 15-20 сек после проведения анестезии. Длительность анестезии составляет 1-3 мин. при использовании анестетика без вазоконстриктора и 20-30 мин. при применении артикаинсодержащих анестетиков с адреналином



Интралигаментарная анестезия

Преимущества интралигаментарной анестезии

- ▶ Безболезненное проведение анестезии. Быстрое наступление анестезии (через 15-45 сек. с момента введения анестетика). Длительность обезболивания (20-30 мин.) достаточна для проведения основных амбулаторных стоматологических вмешательств. Минимальный расход местного анестетика.

Интрасептальная анестезия

- ▶ Интрасептальный (внутриперегородочный) способ является разновидностью инфильтрационной анестезии и состоит во введении местнообезболивающего раствора в костную перегородку между лунками соседних зубов

Интрасептальная анестезия на верхней челюсти



Интрасептальная анестезия на нижней челюсти



Показания к интрасептальной анестезии

- ▶ Лечение кариеса и его осложнений.
- ▶ Препарирование твердых тканей зубов под ортопедические конструкции.
- ▶ Удаление зубов.

Противопоказания к проведению интрасептальной анестезии

- ▶ Воспалительные заболевания слизистой оболочки рта, пародонта и периодонта.

Для интрасептальной анестезии используются иглы длиной 8-10 мм и диаметром 27 G (Ø 0,4мм).

Алгоритм проведения интрасептальной анестезии:

- ▶ короткая игла вводится в костную ткань межзубной перегородки. Как правило, костная ткань перегородки расположена на 2-4 мм ниже выступа десны, но при заболеваниях пародонта это расстояние может значительно изменяться. Более точное расположение перегородки определяют по рентгеновским снимкам;
- ▶ игла прокалывает десну в основании десневого сосочка с вестибулярной (язычной) поверхности под углом 90° к поверхности на равном расстоянии между соседними зубами. Вкол иглы ориентирован на попадание в верхушку межзубной перегородки;
- ▶ после введения небольшого количества анестетика ее погружают до контакта с костью и затем, преодолевая сопротивление, вкалывают в костную ткань межзубной перегородки на глубину 1-2 мм. Наличие сопротивления — признак того, что раствор вводят не в мягкие ткани, а в кость. Во время введения раствор не должен попадать в полость рта пациента. Если это происходит, следует перенаправить иглу и повторить ее погружение на большую глубину;
- ▶ медленно вводят 0,2-0,4 мл раствора.

Преимущества ИА:

- ▶ Простота проведения интрасептальной анестезии с небольшим количеством вводимого анестетика (0,4-0,6 мл).
- ▶ Быстрый и глубокий обезболивающий эффект, который наступает в течение одной-трех минут и длится около 35-40 минут.
- ▶ Редкое возникновение местных и системных постинъекционных осложнений (например, отсутствие онемения мягких тканей и др.).
- ▶ Проведение анестезии возможно традиционным инъектором.

Недостатки ИА:

- ▶ Ограниченная область обезболивания, захватывающая только соседние с местом инъекции ткани.
- ▶ Непродолжительный период анестезии пульпы зубов.
- ▶ Неприятный привкус во рту, возникающий при случайном вытекании местноанестезирующего раствора из места его введения.
- ▶ Невозможности доступа к проведению инъекции (при лечении моляров)



Спасибо за внимание!