

## Опыт использования интралигаментарной анестезии в клинике ортопедической стоматологии

С. Е. Жолудев, И. Ю. Кучик, Н. А. Новикова  
Уральский медицинский институт  
г. Екатеринбург

В настоящее время уровень развития ортопедической стоматологии предполагает внедрение в практику современных несъемных конструкций, требующих снятия значительного слоя твердых тканей при препарировании.

Для полноценного осуществления этапа препарирования возникает необходимость использования местной анестезии.

Однако традиционные методы проведения местной анестезии имеют, по нашему мнению, существенные недостатки: 1) введение большого объема анестезирующего вещества в ткани; 2) дополнительное введение в организм адреналина, который сам по себе является стрессовым гормоном и способен усугублять психо-эмоциональное состояние пациента, а также изменять деятельность сердечной мышцы с ухудшением коронарного кровотока; 3) травмирующие психику больного ощущения в момент введения иглы в мягкие ткани; 4) возможные осложнения: перелом иглы, посленинъекционные боли и отек, сведение челюстей, посленинъекционный некроз, повреждение лицевого нерва, парестезии, введение ошибочно других препаратов, вероятность возникновения обширных гематом, особенно после туберальной анестезии.

Все это заставляет стоматологов всего мира совершенствовать методики местной анестезии. Одним из перспективных методов местной анестезии является метод интралигаментарной анестезии. Эта анестезия впервые была предложена в 1907 г., а совершенствована Cook (1921) и затем несправедливо забыта. Вновь к разработке интралигаментарной анестезии приступили только в конце 70-х гг. Одновременно были разработаны конструкции шприцев, обеспечивающих высокое давление при небольшом усилии. В настоящее время разработаны достаточно эффективные и простые методики интралигаментарной анестезии. К позитивным мо-

ментам использования данного вида обезболивания можно отнести следующее:

— раствор анестетика подводится непосредственно к концевым веточкам тройничного нерва;

— незначительное количество вазоконстриктора;

— зона обезболивания ограничивается одним зубом, что лишает больного неприятных ощущений, сопровождающих традиционные виды анестезии;

— высокое качество анестетика, соблюдение асептики, строгое дозирование, исключение таких осложнений, как введение ошибочно других растворов, ранение иглой крупных сосудов и нервов.

Мы поставили задачу изучить качество обезболивания при препарировании твердых тканей зуба, осуществляемого традиционными методами и с применением интралигаментарной анестезии.

**Материалы и методы.** Для выполнения интралигаментарной анестезии мы применяли шприцы, позволяющие при использовании мышечной силы руки врача развивать сильное давление при помощи редуктора. Это шприцы нового поколения, которые в настоящее время используются для проведения интралигаментарной анестезии. Для проведения анестезии препараты Ultracain—D—S (forte) (фирма «Hoechst»), Xyl-Mynol (фирма «Molteni»), заключенные в капсулу из стекла, ограниченную с двух сторон эластичными силиконовыми мембранами.

При проведении анестезии использовали специальные точки для вкола иглы: с медиальной, дистальной, небной (или язычной) поверхностей зуба. В каждую точку очень медленно при постоянном давлении рычаг указательным пальцем вводили 0,06 мл раствора в течение 10—15 с. Для обезболивания однокорневых зубов использовали 0,2 мл, для многокорневых — не менее 0,4—0,6 мл анестетика. Таким образом, пользуясь дозировкой 0,06 мл, для обезболивания однокорневого зуба достаточно введение не менее 3 доз анестетика, для двухкорневого — не менее 6, для трехкорневого — не менее 9 доз анестезирующего раствора.

С целью проведения проводниковой анестезии использовали отечественные шприцы типа «Рекорд», ампульный раствор лидокаина гидрохлорида с добавлением 0,1 % раствора адреналина гидрохлорида, 1 капля на 5 мл раствора.

Для проведения интратригаментарной анестезии была организована группа больных из 48 человек, из них: в возрасте 23—25 лет—6 человек (12,5%), 25—30 лет—7 (14,5%), 31—35—4 (8,3%), 37—40 лет—9 (18,75%), 46—50 лет—4 (8,3%) (см. табл.).

Таблица

Сравнительные данные применения проводниковой и интратригаментарной анестезии для препарирования зубов, %

Проводниковая анестезия			Интратригаментарная анестезия		
Группа зубов	Обезболивание		Группа зубов	Обезболивание	
	полное	неполное		полное	неполное
Центральные резцы n=24	79,2 n=19	20,8 n=5	Центральные резцы n=26	46,15 n=12	53,85 n=14
Боковые резцы n=16	92,3 n=13	7,7 n=3	Боковые резцы n=22	95,2 n=21	4,8 n=1
Клыки n=29	62,1 n=18	37,9 n=11	Клыки n=34	41,2 n=14	58,8 n=20
Премоляры n=20	95,0 n=19	5,0 n=1	Премоляры n=21	90,4 n=19	9,6 n=2
Моляры n=48	87,5 n=42	12,5 n=6	Моляры n=52	94,2 n=49	5,8 n=2
$\Sigma_n = 137$			$\Sigma_n = 155$		

Для осуществления проводниковой анестезии отобрана группа пациентов из 42 человек, из них: в возрасте 23—25 лет—5 человек (11,9%), 26—30 лет—6 (14,2%), 31—35 лет—8 (19%), 37—40 лет—7 (16,7%), 41—45 лет—14 (33,3%), 46—50 лет—2 (4,9%) (см. табл.).

При сравнении результатов исследований обнаружено некоторое преимущество интратригаментарной анестезии перед проводниковой, очевидно, вследствие непосредственного поступления раствора к концевым веточкам тройничного нерва. При сопоставлении с данными зарубежных авторов различия статистически незначимы, и результаты наших исследований мы трактуем как достоверные. Преимущество интратригаментарной анестезии заключается в простоте метода, вы-

соком качестве анестетика, малых дозах вазоконстриктора, малой травматичности, незначительных болевых ощущений при введении иглы в периодонт, а также в отсутствии у больных так называемого ощущения раздутости, онемения больших участков мягких тканей, наступающих при проводниковой анестезии.

Отсутствие таких ошибок и осложнений, как ошибочное введение растворов других веществ, кровотечение после ранения крупных сосудов, отсутствие повреждения нервных стволов, меньшая вероятность развития аллергических реакций являются преимуществами метода.

Мы рекомендуем более широкое внедрение в практику ортопедической стоматологии метода интралигаментарной анестезии, так как овладеть им может каждый врач и этот метод обладает рядом преимуществ перед проводниковой анестезией.

### **Профилактика психогенных реакций в клинике ортопедической стоматологии**

**С. Е. Жолудев, Н. А. Новикова, М. Ю. Ганаев, Д. Е. Журавлев**  
Уральский медицинский институт  
г. Екатеринбург

Вопросы психологической подготовки больного к приему у врача-ортопеда являются чрезвычайно актуальными в связи с увеличением доли пограничных психических состояний. Среди лиц, отказывающихся от лечения у стоматологов, 89,3 % основной причиной указывают страх, 72,8 % — ожидание боли [6, 7].

Цель работы — выявление индивидуально-типологических особенностей больных и типа реагирования на болезнь и лечение с помощью опроса и наблюдения, сравнение полученных данных с результатами анкетирования (интервьюирования).

Методика и результат исследования. В качестве дополнительного метода при обследовании пациентов мы использовали методику Филимоненко и шкалу Уэксмана — Рикса.

Методика Филимоненко заключается в том, что за несколько минут до приема больному предлагают тестовую таблицу следующего содержания.