

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ НИЖНЕЙ И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Боркова С.А.

Научный руководитель – Гатальская И.Ю., к.м.н., доцент кафедры хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии

В статье представлено описание результатов оценки эффективности интралигаментарной анестезии, сравнительного анализа скорости наступления анестезирующего эффекта и оценки риска возникновения осложнений после проведения интралигаментарной, мандибулярной и инфильтрационной анестезии на приеме врача хирурга-стоматолога.

Ключевые слова: интралигаментарная анестезия, артериальная гипертензия.

The article describes the results of evaluating the effectiveness of intraligamentous anesthesia, presents a comparative analysis of the rate of onset of the anesthetic effect and an assessment of the risk of complications after intraligamentous, mandibular, and infiltration anesthesia at the appointment of a dentist surgeon.

Key words: intraligamentous anesthesia, arterial hypertension.

Традиционно удаление зубов на нижней челюсти, в том числе с высокой степенью подвижности, осуществляется под проводниковым обезболиванием, что, на наш взгляд, является нерациональным. Пациенты отмечают дискомфорт в период действия карпульного анестетика, который может длиться до 6 часов.

Для манипуляций на верхней челюсти оптимальным считается применение инфильтрационной анестезии. Проведение инфильтрационного обезболивания в области твердого неба и верхней губы сопровождается выраженными болевыми ощущениями.

При появлении новых, более эффективных анестетиков стало возможным применение нового метода обезболивания – интралигаментарной анестезии. При использовании данного метода обезболивание наступает быстрее и только в месте проведения манипуляции, что позволяет пациенту более комфортно выходить из анестезиологического пособия. Отличие этого вида обезболивания от других состоит во введении в периодонтальную щель малого количества раствора анестетика (0,1–0,3 мл) под большим давлением. Снижение объема вводимого анестетика, а вместе с ним и вазоконстриктора позволяет снизить процент такого осложнения, как артериальная гипертензия и гипертонический криз.

В свете всего перечисленного, нами планируется исследовать возможность применения интралигаментарной анестезии при удалении зубов на верхней и нижней челюсти с диагнозами хронический пародонтит и хронический периодонтит.

Цель работы состояла в оценке эффективности и безопасности интралигаментарной анестезии комбинациями 4% артикаина с адреналином при удалении зубов на верхней и нижней челюсти.

Задачи исследования:

1. Изучить возможности применения интралигаментарной анестезии на хирургическом стоматологическом приеме;
2. Оценить преимущества интралигаментарной анестезии на приеме у врача хирурга-стоматолога.

Материалы и методы

В соответствии с поставленной целью и задачами на базе кафедры хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии ФГБОУ ВО АГМУ было проведено исследование. С этой целью нами было набрано 2 группы пациентов по 20 человек – это контрольная группа, где применялся метод интралигаментарного обезболивания, и группа сравнения с применением традиционных методов обезболивания – на верхней челюсти инфльтрационная анестезия, на нижней – мандибулярная.

Клиническое исследование было проведено на 40 пациентах: в контрольной группе 11 женщин и 9 мужчин, в группе сравнения 12 женщин и 8 мужчин.

Для включения в исследование нами были выбраны следующие нозологии: хронический периодонтит и хронический пародонтит зубов верхней и нижней челюсти.

В 60% случаев диагноз – хронический пародонтит различной степени тяжести: легкий – 2 человека, средний – 7, тяжелый – 2.

Пациентам группы сравнения и основной группы проводилось общеклиническое обследование, постановка клинического диагноза, определение показаний для проведения операции удаления зуба, а также определение общесоматического статуса.

Также пациентам обеих групп проводилось измерение АД до проведения манипуляции (определение исходного уровня АД), сразу после проведения анестезии (на предмет повышения АД и риска развития гипертензии) и после проведения операции удаления зуба (для контроля качества проведенной анестезии).

После проведения диагностического этапа пациентам группы сравнения проводили анестезию по классической методике согласно групповой принадлежности, затем операцию удаления зуба. Пациентам основной группы проводили интралигаментарную анестезию и операцию удаления зуба.

С целью контроля качества анестезиологического пособия и возникновения его осложнений у пациентов обеих групп проводилась оценка адекватности анестезии путем определения болевых ощущений при удалении зуба по шкале оценки боли Хоссли-Бергмана. Оценка производилась в баллах от 0 до 4 до и после лечения: боли нет – 0 баллов, слабая боль – 1 балл, умеренная боль – 2 балла, сильная боль – 3 балла, нестерпимая – 4 балла.

Для достижения цели исследования применялся мультипликационный прессорный шприц Miniject (Anthogyr).

Интралигаментарные инъекции совершались непосредственно в десневую борозду и периодонтальную связку обычно 3 вколами: с мезиально-щёчной, дистально-щёчной и мезиально-язычной стороны. При отсутствии анестезии дополнительно инъецировали раствор в новое место: в область бифуркации язычно или вестибулярно. Десна перед вколом тщательно протиралась стерильным марлевым шариком. В каждую периодонтальную мишень вводилось приблизительно 0,2–0,4 мл раствора местного анестетика.

Глубина проникновения иглы в периодонтальное пространство составляла от 2 мм до 4 мм, при обязательном контакте с костью. Положение в тканях скоса иглы не учитывалось.

Зона анестезии основывалась на субъективных ощущениях пациентов, указывающих на «одеревенение» зуба или чаще нескольких зубов.

Результаты и обсуждение

Время наступления анестезии у пациентов контрольной группы (с ИЛА) составляло в среднем 1,5–2 минуты.

Частота эффективности анестезии составила 100%. Интралигаментарная анестезия наступала менее чем за минуту, практически под иглой.

Время отхождения анестезии у пациентов группы сравнения после выполнения проводниковой анестезии составляло 4–5 часов. У пациентов контрольной группы 20–30 минут.

У одного пациента в группе сравнения после проведения проводниковой анестезии появилось осложнение – неврит язычного нерва. У пациентов контрольной группы осложнений не выявлено.

У пациентов группы сравнения время наступления инфильтрационной анестезии составляло в среднем 3–5 минут, а с проводниковым обезболиванием – 5–7 минут.

В обеих группах до начала проведения манипуляции АД было в пределах возрастных норм. Затем в группе сравнения АД незначительно повышалось после постановки анестезии. В основной группе не повышалось. После удаления зуба АД в контрольной группе не повышалось (что свидетельствует о качестве анестезии). В группе сравнения АД не вернулось в пределы нормы.

Выводы

1. Время наступления анестезии у пациентов контрольной группы отмечается в 4 и 6 раз быстрее, чем инфильтрационной и проводниковой анестезии в группе сравнения.
2. Анестезирующий эффект интралигаментарной анестезии у пациентов контрольной группы не уступает использованной в группе сравнения.
3. Интралигаментарная анестезия может активно использоваться на приеме врача хирурга-стоматолога.
4. При применении интралигаментарной анестезии снижается риск появления основного местного осложнения – артериальной гипертензии.
5. Интралигаментарная анестезия – важный метод профилактики гипертонического криза у пациентов с артериальной гипертензией и ГБ.
6. При интралигаментарной анестезии отсутствует повышение АД сразу после операции.

Список литературы:

1. Абабков С.Г., Авдюнина И.А., Аверин А.П., Момот А.П. и др. *Анестезиология-реаниматология. Клинические рекомендации*. Москва, 2016.
2. Астахова А.В., Афанасьев В.В., Бабак С.В., Батищева Г.А., Батурин В.А., Сидоренкова Н.Б. и др. *Клиническая фармакология. Национальное руководство*. Москва, 2014. Сер. Национальные руководства.
3. Вейсгейм Л.Д., Гаврикова Л.М. Актуальные проблемы проведения местного обезболивания при санации полости рта у пациентов групп риска. *Российский журнал боли*. 2018;2 (56): 202.
4. Конюхова А.С., Тимина А.И., Новокрещенов Н.С., Смирнова А.В. Осложнения, которые возникают во время и после анестезии в стоматологии. *Проблемы научной мысли*. 2019;4(3):39-41.
5. Кузин А.В., Воронкова В.В., Стафеева М.В., Абрамова Е.С. Особенности техники интралигаментарной и интрасептальной анестезии. *Стоматология*. 2016;95(3):56-60.
6. Кукес В.Г., Стародубцев А.К., Блинков И.Л., Сидоренкова Н.Б., Титова З.А. и др. *Клиническая фармакология и фармакотерапия*. Москва; 2003. Сер. XXI век.
7. Морозова А.С., Иванова И.Г., Медякова Н.В., Никитина Л.И. К вопросу об оценке эффективности интралигаментарной анестезии. *Академический журнал Западной Сибири*. 2013; 9(3(46)):78-80.