DOI: 10.17117/na.2016.01.02.370

<http://ucom.ru/doc/na.2016.01.02.370.pdf>

Поступила (Received): 26.01.2016

Жихарева Ю.К. Местная анестезия и выбор анестетика в амбулаторной стоматологии

Zhikhareva Yu.K.
Local anesthesia and choice of anesthetic in outpatient dentistry

В статье отражаются вопросы местной анестезии в стоматологии, использование современных анестетиков и критерии их выбора

Ключевые слова: анестезия, анестетики, аппликация, стоматология

The paper begins with a local anaesthesia in dentistry, the use of modern anesthetics and the criteria for their selection

Key words: anesthesia, anesthetics, applique, dentistry

Жихарева Юлия Константиновна

Врач-стоматолог

Воронежская областная клиническая больница №1
г. Воронеж, ул. Московский проспект, 151

Zhikhareva Yuliya Konstantinovna

Dentist

Voronezh regional clinical hospital №1
Voronezh, Moskovskiy ave., 151

Безболезненное лечение – один из основных принципов деонтологии. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии показано при выполнении всех стоматологических вмешательств не только хирургического, но и терапевтического характера, а также при подготовке зубов к протезированию.

Главная цель местной анестезии – блокада болевого импульса на пути от периферических нервных окончаний к спинному мозгу при сохранении сознания.

Методы обезболивания:

- поверхностная анестезия;
- инфильтрационная анестезия;
- проводниковая анестезия;
- пародонтальные методы.

Поверхностную анестезию (аппликацию) можно отнести к инфильтрации, так как анестетик проникает через слизистые оболочки полости рта. Глубина проникновения 1-3 мм. Применяются анестетики высокой концентрации без вазоконстрикторов.

Показания к применению:

- обезболивание места вкола иглы;
- удаление зубных отложений;

- проведение кратковременных хирургических вмешательств (вскрытие поддесневых абсцессов, удаление молочных зубов и постоянных зубов, имеющих подвижность III-IV степени);

- примерка коронок и мостовидных протезов, удаление избытка цемента из десневой борозды при их фиксации;

- устранение рвотного рефлекса при снятии слепков;

- лечение эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки рта;

- снятие швов после проведения хирургических вмешательств;

- первичная обработка ран при травме.

Применяются анестетики в виде мази, крема, облатки, геля, спрея (анестогель, ксилонор-гель, ксилостезин спрей) [4, с.2].

Перед аппликацией анестетика, чтобы усилить его действие, слизистую оболочку высушивают. Анестетик наносят из спрея или при помощи тампона. Анестезия наступает через 2,5-3 мин. после аппликации. Длительность анестезии до 15 минут.

При инфильтрационной анестезии раствор анестетика вводят под слизистую оболочку для прямого контакта с костью. Следует избегать введения анестетика под надкостницу, поскольку эта процедура чрезвычайно болезненна. Анестетик диффундирует через губчатую кость и достигает окончаний терминального нерва. Это возможно только в тех участках, где кортикальная пластинка тонкая. Поэтому инфильтрационная анестезия может применяться у детей на обеих челюстях, а у взрослых – только на верхней челюсти.

Проводниковая анестезия позволяет обезболить большой участок при малых дозах анестетика. Препарат вводят вблизи нервных стволов и сплетений. В этом случае необходимо применять более концентрированный раствор анестетика.

При воспалительном ацидозе активность анестетиков снижается [3, с.124].

Для инфильтрационной и проводниковой анестезии, а также пародонтальных методов обезболивания применяют две группы препаратов.

1 группа. Сложные эфиры – новокаин, анестезин, дикаин. Они быстро распадаются в тканях, обладают коротким действием, являются угрозой для аллергиков.

Новокаин – 0,25-2%. Аллергичен. Малая эффективность. Длительный латентный период 30-40 минут. Для пролонгирования к нему добавляют адреналин 1:100 000. Максимальная доза: 1% – 20 мл., 2% – 10мл.

2 группа. Амиды – лидокаин, тримекаин, пиромекаин, артикаин. Они цитотоксичны, обладают лучшей диффузией, быстрым действием, болевая зона анестезии медленно разлагается.

Лидокаин – 0,25-2%. В 4 раза активнее, в 2 раза токсичнее, чем новокаин. Средняя сила действия, медленно рассасывается. Для усиления действия добавляют адреналин 1:100 000. Принимает через ГЭБ. Не применять при беременности, болезнях печени. Максимальная доза: 0,25-2% – до 10мл.

Мепивакаин (скандонест). Действие сходно с лидокаином. Малая аллергичность и токсичность. Не расширяет сосуды. Используют для пациентов

группы риска: сердечников, гипертоников, при эндокринной патологии, с отягощенным аллергологическим анамнезом (при бронхиальной астме, аллергических дерматозах). Максимальная доза: 3% – 10 мл.

Артикаин (ультракаин, септанест). Спазмолитик. Быстрое действие, в 2 раза сильнее лидокаина. Хорошо диффундирует. Низкая токсичность. Артикаин является анестетиком выбора у беременных женщин, поскольку он обладает способностью связывать белки плазмы, что снижает его проникновение через плаценту. Лучше использовать этот анестетик во 2 триместре беременности (с 14 по 25 неделю). Максимальная доза: 4% – 12 мл.

Эпинефрин (адреналин) – это единственный препарат, рекомендуемый для применения в стоматологии в качестве вазоконстриктора. В концентрации 1:100 000 или 1:200 000 он вызывает выраженное сужение сосудов в месте инъекции, уменьшает токсичность местных анестетиков за счет замедления всасывания, обеспечивает пролонгирование действия анестетика, повышает эффективность анестезии [1, с.28-33].

Критериями выбора местного анестетика при наличии системных заболеваний являются вид и продолжительность стоматологического вмешательства, опыт врача. Рекомендации, приведенные ниже в таблице, помогут врачу сделать правильный выбор [2, с.114].

Пациент без сопутствующих заболеваний	Тип лечения	Пациент с сопутствующими заболеваниями
Лидокаин с эпинефрином	Короткая процедура	Мепивакаин без вазоконстриктора (скандонест 3%)
Лидокаин с эпинефрином или артикаин с эпинефрином (ультракаин Д-С форте, септанест 1:100 000)	Плановое лечение	Мепивакаин без вазоконстриктора (скандонест 3%) или артикаин с эпинефрином (не более 1:200 000) (септанест 1:200 000)
Артикаин с эпинефрином (ультракаин Д-С форте, септанест 1:100 000)	Длительная процедура	Артикаин с эпинефрином (не более 1:200 000) (ультракаин Д-С, септанест 1:200 000)
Лидокаин с эпинефрином	Лечение на большем участке	Лидокаин с эпинефрином или артикаин с эпинефрином (не более 1:200 000)

Список используемых источников:

1. Грицук С.Ф. Анестезия в стоматологии. Москва: Медицинское информационное агентство, 1998. 304 с.
2. Бер Р., Бауман М., Ким С. под редакцией Виноградовой Т.Ф. Атлас по стоматологии. Москва: МЕДпресс-информ, 2006. 368 с.
3. Губин М.А., Подольский И.В., Оганесян А.А. Хирургические осложнения эндодонтического лечения. Воронеж: Новый взгляд, 2010. 200 с.
4. Научно-информационный журнал «S.T.I.dent», 2014. 60 с.