

*Пономаренко Н. В.*

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНАСТЕТИКОВ С РАЗНОЙ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ВАЗОКОНСТРИКТОРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ**

*Научный руководитель ассист. Мунтян Е. В.*

*Кафедра терапевтической стоматологии*

*Винницкий национальный медицинский университет, г. Винница, Украина*

**Актуальность.** Успех современной стоматологии зависит от внедрения новых средств и методов местного обезболивания, что позволяет увеличить объем и длительность стоматологических вмешательств. Среди современных методик местного обезболивания наиболее эффективным является внутрикостная анестезия. Высокая эффективность данной обезболивающей технологии обусловлена моментальной анестезией нескольких зубов верхней и нижней челюсти, отсутствием онемения губ и щек, возможностью использования высоких концентраций вазоконстриктора без риска дальнейшего некроза тканей.

**Цель:** оценка эффективности использования внутрикостной анестезии с помощью анестетиков Септанест фирмы Септодонт (Франция) с концентрацией адреналина 1:100000 и 1:200000 при лечении пульпита экстирпационным методом.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 40 пациентов в возрасте от 20 до 49 лет с разными формами пульпита (20 – острый диффузный пульпит, 10 – острый гнойный пульпит, 10 – хронический фиброзный пульпит), которым проводили экстирпационный метод лечения под внутрикостной анестезией. Пациенты разделены на 2 группы: в I группе использовали Септанест с концентрацией адреналина 1:100000, в II – Септанест с концентрацией адреналина 1:200000. Внутрикостную анестезию проводили с помощью аппарата QuickSleeper.

Эффективность обезболивания оценивали с помощью «Шкалы клинической эффективности» (Сохов С.Т., 2010). Порог болевой чувствительности пульпы зубов определяли с помощью аппарата ЭОД (ИВН-01 Пульптест-ПРО). Критерием пульпарной анальгезии была величина 100 мкА, которая принята в эндодонтии показателем выключения чувствительности (гибели) пульпы. Болевой порог определяли до инъекции, через 2 и 5 минут после нее. Длительность обезболивания определяли временем появления болевых ощущений во время лечения.

**Результаты и их обсуждение.** По результатам исследования установлено, что через 5 минут после проведения внутрикостной анестезии в I группе пациентов: пульпарная анестезия наступила у 18 из 20 пациентов (эффективность обезболивания составила – 90%). Максимальное повышение болевого порога отмечалось на 5 минуте и составило в среднем 160 мкА. Рабочая анальгезия около 35 минут.

Во II группе пациентов выявлено пульпарную анестезию у 16 из 20 пациентов (эффективность обезболивания составила – 80%). Максимальное повышение болевого порога отмечалось на 5 минуте и составило в среднем 150 мкА. Рабочая анальгезия около 25 минут.

Для эффективного внутрикостного обезболивания эндодонтических вмешательств средний объем местного анестетика составляет 0,2 мл на одну инъекцию для резцов верхней и нижней челюсти, 0,3 мл – клыков и премоляров, 0,4-0,5 – моляров.

**Выводы.** Полученные результаты демонстрируют преимущества внутрикостной дентальной анестезии: скорость наступления (до 2 минут), глубину эффекта ( $\approx 200$  мкА), короткую длительность (25-35 минут), высокую эффективность, которая составляет 80-90%. Незначительно более высокую эффективность в I группе, чем в II-й, наблюдали по всем показателям. Достигнутое высокое качество обезболивающего эффекта позволяет рекомендовать проводить лечение пульпита экстирпационным методом с использованием анестетиков артикаинового ряда с концентрацией вазоконстриктора 1:100000 с помощью внутрикостной анестезии в условиях психоэмоционального комфорта.