

*Вавуло П.И.*

## **СПОСОБ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ И ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ**

*Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Шевела Т.Л.*

*Кафедра хирургической стоматологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Традиционно анестезию зубов на верхней челюсти проводят следующими методами: инъекции в переходную складку в проекцию верхушек корней, проводниковой анестезией (инфраорбитальной, торусальной), внутрикостной и интралигаментарной. При первом способе анестезии выявлен ряд недостатков, поскольку необходимо проведение двух инъекций для анестезии одного зуба, при этом происходит излишняя анестезия мимических мышц и губ. В результате многократного введения супрапериостальной инфильтрации, не преднамеренная анестезия губ и мимических мышц приводит к затруднению оценки линии улыбки, что является одним из важных параметров восстановительных ортопедических процедур.

**Цель:** определить эффективность техники анестезии на верхней челюсти для блокады передних и средних верхних альвеолярных ветвей с учетом анализа данных топографо-анатомического строения небного отростка верхней челюсти на основании конусно-лучевой томографии.

**Материалы и методы.** На базе УЗ «7-я городская стоматологическая поликлиника г. Минска» в рентгенологическом кабинете совместно с врачом-рентгенологом проведен анализ 290 КЛКТ верхней челюсти, на которых был рассмотрен добавочный канал *canalis sinuosus* в саггитальном и аксиальном срезе. После определения 46 пациентов, у которых обнаружен добавочный канал *canalis sinuosus* на КЛКТ-сканах, проводилась инфильтрационная анестезия в области слизистой оболочки неба при лечении зубов на верхней челюсти. В качестве анестетика использовался 4 % раствор ультракаина с эпинефрином в разведении 1:100 000. Анестезия проводилась карпульной иглой. Для контроля эффективности обезболивания использовался аппарат «Электроодонтодиагностики». Измерения выполняли на премолярах верхней челюсти до введения анестетика, сразу после инъекции и через 5 и 10 минут после проведения анестезии. За уровень анальгезии принимался порог электровозбудимости пульпы равный 100 мкА.

**Результаты и их обсуждение.** В ходе исследования был обнаружен добавочный канал *canalis sinuosus* на 46 КЛКТ-сканах, что составляет 15,8% от общего количества исследуемых КЛКТ-сканов. Далее проводилась анестезия по предложенной методике 46 пациентам, на КЛКТ-сканах которых обнаружен добавочный канал *canalis sinuosus*. Чтобы определить эффективность, использовали электроодонтодиагностику. При проведении электроодонтодиагностики получили следующие результаты. Анальгезия зуба 2.4 начиналась на 1-й мин в 50 %, на 5-й мин в 25 % и на 10-й мин в 25 % случаев. Продолжительность обезболивания слизистой оболочки составила 25 минут. Анальгезия 2.5 — на 1-й мин в 100 % и на 5-й мин в 100 % случаев. Продолжительность обезболивания слизистой оболочки составила 25 минут.

**Выводы.** Добавочный канал *Canalis Sinuosus* берет начало от *canalis sinuosus* и открывается отверстиями в переднем отделе твердого неба в области от центрального резца до первого моляра. В ходе исследования у 46 пациентов был обнаружен добавочный канал *canalis sinuosus*, что составляет 15,8% всех изученных КЛКТ-сканов. Таким образом, техника анестезии с небной стороны в области добавочного канала, предложенная Friedman и Hochman (1998), является эффективной при обезболивании премоляров.