

Особливості знеболення зубів нижньої щелепи.

Чумаченко О.В., Топчій Д.В.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, м.Київ.

Традиційна орієнтація на фундаментальну працю С.Н.Вайсблата (1962) по місцевому знеболенню в щелепно-лицевій ділянці все більше зазнає науково-практичних доповнень. Видалення зубів, парарадикулярні втручання з масивною остетомією потовщеного шару кортикальної пластинки щелепи раніше були прерогативою мандибулярної або торусальної анестезії, цільовим пунктом яких являється нижньокомірковий нерв. Проте, всі різноманітні методики мандибулярної або торусальної анестезії не враховують наявності досить великої мережі анастомозів з іншими нервами, які, як правило, залишаються осторонь зони інфільтрації тканин при традиційному провідниковому знеболенні: задні верхні коміркові нерви, щічний нерв, язиковий нерв, вушно-язиковий нерв, великий вушний нерв, лицевий нерв та гілки нижньокоміркового нерва, шийне сплетіння (всього 11), що входять в товщу кістки нижньої щелепи попереду від мандибулярного отвору (1).

Тому при наявних ознаках ефективності мандибулярної або торусальної анестезії - оніміння половини нижньої губи та підборіддя, бічної поверхні язика, велика група хворих відчуває біль різного характеру та інтенсивності, наприклад, при контакті ендодонтичних інструментів з пульпою, під час люксації зуба або кореня, цистектомії тощо.

Ми звернули увагу на постулати, висловлені А.Ж.Петрікасом (1) стосовно анастомозів системи інервації 3 гілки трійчастого нерва з цілою низкою нервів, які так чи інакше замикаються на зубах нижньої щелепи, проте проходять екстрамандибулярно і не попадають ні в одну методику знеболення нижньої щелепи. Ще ми звернули увагу на значну кількість розробок субперіостального

введення анестетиків, в яких вказується на велику дифузійну здатність їх діфузії через компактну пластину кісток (2).

На великому клінічному матеріалі ми вивчили ефективність сумісного проведення мандибулярної анестезію 4% розчином ультракаїну об'ємом 1,8 мл з додатковим підокісним введенням цього анестетика об'ємом до 1,0 мл зі щічного боку в проекції зуба, що розташований в зоні втручання, а в разі болісності, і з язикового боку.

Таким чином, запропоновані нами додаткові ін'єкції в традиційному протоколі провідникової анестезії мали механізм «муфтоподібного» підокісного омивання кортикальної платівки тіла нижньої щелепи в межах зуба. У всіх хворих відмічалися типові ознаки провідникового знеболення: парестезія половини нижньої губи, підборіддя та кінчика язика. Єдиним критерієм ефективності знеболення ми вважали суб'єктивне підтвердження пацієнтом відсутності болю під час проведенні оперативного втручання.

Висновки. Враховуючи наявність великої кількості сполучень гілочок систем різних черепно-мозкових нервів в ділянці молярів нижньої щелепи, що не потрапляють, в силу анатомічних особливостей щелепно-лицевої ділянки, в зону знеболення класичними традиційними способами, виникає необхідність додаткового введення анестетиків в місця вірогідних контактів нервових гілок. Це приводить до підвищення ефективності ін'єкційного знеболення та позитивних суб'єктивних оцінок якості втручання пацієнтами.

Література.

1. Петрикас А.Ж. Обезболивание зубов. Тверь, 1997. 113 с.
2. Malamed Stanley F. (ed.) Handbook of Local Anesthesia. 6th edition. Elsevier, 2012. — 428 p