


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. М.І.
ПИРОГОВА

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

На методичній нараді кафедри
терапевтичної стоматології ВНМУ
ім. М.І. Пирогова

Завідувач кафедри професор ЗВО

 Марія ШІНКАРУК-ДИКОВИЦЬКА

«28» серпня 2023р.

Протокол №1

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
для викладачів та самостійної роботи лікарів – інтернів

Навчальна дисципліна	ОК 31 Терапевтична стоматологія
Тема заняття № 16	Методи лікування пульпіту (біологічний, ампутаційний)
Курс	інтернатура
Факультет	стоматологічний
Укладач	Доцент ЗВО Олена МУНТЯН

Тема 16.

Методи лікування пульпіту (біологічний, ампутаційний).

Мета практичного заняття:

Загальна:

- вміти визначати показання до застосування методів і засобів знеболення при лікуванні пульпіту.
- вміти проводити лікування пульпітів.

Конкретна:

- вміти визначати показання для проведення загального знеболення при лікуванні хворого з пульпітом.
- вміти проводити біологічний метод лікування пульпітів.
- вміти проводити ампутаційний метод лікування пульпітів.

Завдання на формування початкового рівня знань:

1. Знати анатоμο-гістологічну будову зуба, механізм виникнення больової чутливості у пульпі.
2. Знати іннервацію щелепно-лищевої ділянки.
3. Знати методики премедикації.
4. Знати анестетики, механізм їх дії.
5. Знати загальні види знеболення.

Література:

Основна:

1. Лекції кафедри терапевтичної стоматології.
2. Терапевтична стоматологія : підручник у 4 т. / [М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко та ін.]. – Київ: Медицина, 2010. – 640 с.
3. Терапевтична стоматологія / [А. К. Ніколішин, В. М. Ждан, А. В. Борисенко та ін.]. – Вінниця: Нова книга, 2012. – 680 с.
4. Барер Г. М. Рациональная фармакотерапия в стоматологии / Г. М. Барер, Е. В. Зорян. – Москва: Литтерра, 2006. – 562 с.

Додаткова:

1. Морозова С. И. Заболевания слизистой оболочки рта / С. И. Морозова, Н. А. Савельева. – Москва: МИА, 2012. – 268 с.
2. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология. Ч.3. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Г. М. Барер, Е. А. Волков, В. В. Гемонов. – Москва: ГЕОТАР-медиа, 2006. – 286 с.
3. Заболевания слизистой оболочки рта и губ / Л. А. Цветкова, С. Д. Арутюнов, Л. В. Петрова, Ю. Н. Перламутров. – Москва: МЕДпресс-информ, 2006. – 201 с.

Завдання для контролю вихідного рівня знань:

Питання	Рівень	Еталони відповідей
1. Які нерви забезпечують іннервацію верхніх різців та ікол? а) передні гілки верхніх альвеолярних нервів б) середні гілки верхніх альвеолярних нервів в) передні гілки лицевого нерва	I (a-I)	а) передні гілки верхніх альвеолярних нервів

г) зовнішні гілки n.ophtalmicus. д) внутрішні гілки верхніх альвеолярних нервів		
2. Які речовини входять до складу знеболювального препарату? а) анестезуюча речовина б) антисептик в) вода для ін'єкцій г) консерванти д) анальгетик	II (а-II)	а) анестезуюча речовина в) вода для ін'єкцій г) консерванти

Питання, що підлягають вивченню на практичному занятті:

1. Види ін'єкційного знеболення, які застосовуються при лікуванні хворого з пульпітом.
2. Біологічний метод лікування пульпітів.
3. Ампутаційний метод лікування.

Графологічна структура теми
«Місцеві анестетики для знеболення при лікуванні пульпіту»

Група анестетика	Властивості групи	Представник	Властивості анестетика	Форма випуску препарату, покази до застосування
Складні ефіри (не використовуються!)	Швидко гідролізуються, діють короткочасно	Дикаїн	Токсичний, розширює судини, легко всмоктується	1. поверхнева анестезія слизової оболонки (0.25-1% р-н); 2. входять до складу рідин для знеболювання твердих тканин зуба.
		Анестезин	Не розчиняється	1. Поверхнева анестезія у вигляді присипок. 2. 5-20% р-н на гліцерині. 3. 5-10% мазі і пасти; 4. при лікуванні стоматиту і глоситу; 5. для знеболювання твердих тканин зуба - порошок або 50-70% паста.
		Новокаїн	Погано проникає у тканини при високих концентраціях, викликає подразнення тканин, розширює судини.	1. Інфільтраційна, провідникова анестезія. 0,5%-2 мл, 2%-2 мл 2. Для проведення блокади при

			Протишокова дія, покращує мікроциркуляцію, може викликати алергію.	лікуванні запальних процесів. 3. Електрофорез 0,5-2% при лікуванні невралгії.
Група амідів	Краще дифундують у тканини, діють швидко, володіють великою зоною анестезії, більш міцною взаємодією з тканинами.	Тримекаїн	1. Діє швидко, довгочасно. 2. В 3 рази сильніший, ніж новокаїн. 3. Розширює судини. 4. Добре переноситься.	2% - 2мл, 5% - 2мл.Провідникове (1% , 2% розчин) і інфільтраційне(0, 25%, 0,5%) знеболювання.
		Лідокаїн	1. В 2 рази токсичніший, ніж новокаїн. 2. В 4 рази ефективніший, ніж новокаїн. 3. Активно розширює судини, застосовується з вазоконстриктором 4.Протиаритмічний засіб.	Всі види анестезій: <ul style="list-style-type: none">• інфільтраційна і провідникова - 2% р-н;• 10% аерозольний р-н;• 5% гель;• 2-5% мазь для аплікаційної анестезії слизової оболонки рота.
		Мепівакаїн (карбокселін)	<ul style="list-style-type: none">• за ефективністю і токсичністю однаковий з 2% р-ном лідокаїну;• не викликає перехресної алергії лідокаїном та ефірними анестетиками;• менше розширює судини;• не стимулює серцево-судинну систему.	1. Інфільтраційна і провідникова анестезія. 2. 3% р-н дає добру глибину і тривалість анестезії. 3. Застосовують у пацієнтів з важкою серцево-судинною та ендокринною патологією, оскільки може використовуватись без вазоконстриктора
		Артікаїн (ультракаїн, убістезин, брилокаїн)	<ul style="list-style-type: none">• діє швидше, ніж лідокаїн;• висока дифузная здатність;• жиророзчинний;• добре зв'язується з білками;• судинорозширююча дія;• алергія зустрічається рідко;	<ul style="list-style-type: none">• 4% р-н – 1, 8 мл. Інфільтраційна та провідникова анестезія;• можна застосовувати у дітей, вагітних, людей похилого віку.

			<ul style="list-style-type: none"> • низька токсичність. 	
--	--	--	---	--

Схема ООД «Методика проведення ін'єкційного знеболення при лікуванні пульпіту»

Компоненти дії, вид анестезії	Умови і засоби дії	Критерії самоконтролю
Інфільтраційна: а) підслизова	Карпульний або одноразовий шприц на 2 мл, голка, анестетик у формі розчину в карпулі чи ампулі.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Укол голки роблять в перехідну складку в ділянці зуба, який необхідно знеболити 2. Голку просувають до рівня верхівки кореня 3. Вводять анестетик у кількості 1-2 мл. Частіше застосовують для лікування центральних і бокових різців, іклів верхньої щелепи. Для лікування фронтальних зубів нижньої щелепи можна застосовувати, але в ділянці премолярів і молярів анестезія не ефективна.
б) підокісна	Карпульний або одноразовий шприц на 2 мл, голка, анестетик у формі розчину в карпулі чи ампулі.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Укол голки роблять в перехідну складку в ділянці зуба, який необхідно знеболити. 2. Частина анестетика вводять під слизову оболонку перехідної складки. 3. Голку просувають під окістям в напрямку до верхівки кореня зуба. 4. Вводять решту препарату. Підвищує ефективність інфільтраційного знеболення, так як покращує умови дифузії знеболювальної рідини до гілок нервів.
в) внутрішньокісткова	Карпульний або одноразовий шприц на 2 мл, голка, анестетик у формі розчину в карпулі чи ампулі.	<ol style="list-style-type: none"> 1. За допомогою бора проходять кортикальний шар кістки. 2. Голку просувають в губчасту кістку міжкореневої перегородки під кутом 45° до повздовжньої осі зуба. 3. Через цей канал повільно вводять 1.5 мл анестетика в губчасту кістку. Одразу ж настає анестезія.
д) внутрішньо-пульпарна	Карпульний або одноразовий шприц на 2 мл, голка, анестетик у формі розчину в карпулі чи ампулі.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обережно проводять некректомію, розкривають ріг пульпи. 2. Вкол голки проводять безпосередньо в пульпу через розкритий ріг. 3. Анестетик вводять всередину порожнини зуба. Кількість введеного препарату дуже мала (0,2-0,4 мл), анестезія настає одразу ж.
е) інтралігаментарна	Металевий аспіраційний карпульний шприц зі спеціальни-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вкол голки роблять в ясенну борозну з вестибулярної поверхні і вводять частину анестетика в кругову зв'язку зуба.

	ми короткими тонкими голками, анестетик у формі розчину в карпулі.	2. Голку просувають в напрямку біфуркації коренів на глибину 0,5-1 см. 3. Анестетик вводять в періодонтальну щілину в кількості 0,2-0,5 мл р-ну.
2. Провідникова а) периферична (знеболюють периферичні гілки нервів); б) центральна -стовбурова- (знеболюють нервові стовбури в місцях їх виходу з кісткових отворів черепа).	1. Карпульний або одноразовий шприц на 2 мл, голка, анестетик у формі розчину в карпулі чи ампулі.	Для анестезії гілок трійчастого нерва застосовують периневральне введення анестетика у клітковину, що оточує стовбур нерва (периневральне). 1. Укол голки роблять в слизову оболонку, відповідно топографії нерва, який знеболюють. 2. Голку просувають, поступово повільно вводячи анестетик (для попередження кровотечі). 3. Розчин анестетика вводять в периневральний простір підочних, різцевих і великого піднебінного отворів. При стовбуровій анестезії верхньощелепного нерва - в клітковину крилоподібної ямки. Блокади гілок нижньощелепного нерва досягають, вводячи розчин анестетика біля нижньощелепного, підборідного, овального (стовбурова анестезія всієї III гілки) отворів, а також в клітковину крилоподібно-щелепного і крилоподібно-скроневого простору.
3. Комбінована	Карпульний або одноразовий шприц на 2 мл, голка, анестетик у формі розчину в карпулі чи ампулі, мазі, аерозолі, гелю.	Можна використовувати для внутрішньопульпарної анестезії. До інтралігаментарної анестезії додають аплікаційну - на дно каріозної порожнини або на оголену пульпу наносять ватну кульку, просочену розчином анестетика.
4. Неін'єкційне знеболення	Безголкові ін'єктори	Принцип дії ін'єктора заснований на технології безголкового введення препаратів. За допомогою енергії механічної дії в ін'єкторі створюється тиск, який дозволяє проштовхнути струмінь препарату через мікроскопічний отвір в слизовій оболонці. Отвір, створений струменем препарату значно менший, ніж створений голкою. Економна витрата анестетика, мала болісність ін'єкцій, швидке настання анестезії (поверхнева через 3-5 хв., глибока - 6-10 хв.), кількість ін'єкцій залежить від характеру патологічного процесу і його локалізації.

Компоненти дії, вид анестезії	Умови і засоби дії	Критерії самоконтролю
Аплікаційна анестезія	анестетик у формі розчину (10% лідокаїн(спрей), 5% р-н анестезину, 10% р-н дикаїну), ватна кулька	Анестетик на ватній кульці вводять в каріозну порожнину і залишають на 3-4 хв. Видаляють поверхневий шар тканин. Повторюють внесення наступної порції анестетика. Так, пошаровим знеболенням досягають ефекту.
Електроаналгезія	Апарати ЕЛОЗ-1, ІНААН -3	Пасивний електрод у вигляді затискача закріплюють на мочці вуха хворого. Активним електродом є бор, покритий ізолюючим чохлам, закріплений в наконечнику і приєднаний до позитивного полюсу апарату постійного струму. Під час препарування слід використовувати струм допорогового подразнення зуба (6-8 мкА). Поглиблення анестезуючого ефекту досягається також періодичним зрошуванням каріозної порожнини розчином анестетика.
Друканестезія	Анестетик, ватна кулька, еластична відбиткові маса, гутаперча	Просочену анестетиком ватну кульку вводять в каріозну порожнину, зверху покривають шаром відбиткової маси або розм'якшеної гутаперчі. Злегка притискаючи, досягають знеболювального ефекту. Ефективність методу вища, ніж при аплікаційному знеболенні

Короткий зміст теми:

Покази до використання анестезії в лікуванні пульпіту:

1. Біологічний метод
2. Вітальна ампутація
3. Вітальна екстирпація
4. Комбінований метод

Премедикація

Премедикація – медикаментозна підготовка пацієнта до лікувальних маніпуляцій, направлена на зменшення страху перед лікуванням і зниження рівня психо-емоційної напруги. Не тільки істеричні та нервозні хворі, але й здорові пацієнти бояться стоматологічного втручання.

Неспокійна поведінка у хворих проявляється посиленням рухових та мовних реакцій..

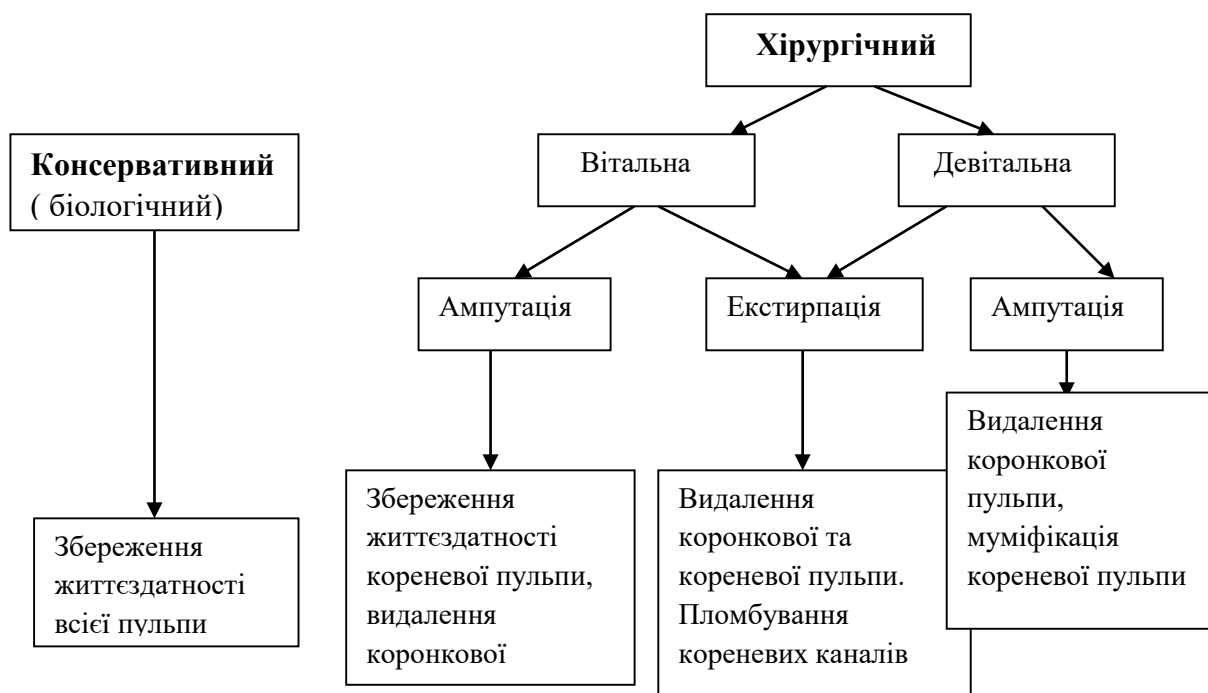
Відчуття страху та емоційної напруги перед лікуванням усувають за допомогою спеціальної медикаментозної підготовки - премедикації. Покази до премедикації не залежать від характеру маніпуляцій, а залежать від стану хворого. Вони включають:

- 1) страх і напруга, які проявляються неспокоєм, який є перепорою для проведення стоматологічної процедури (не плутати цей неспокій з руховою реакцією на біль);
- 2) страх, що супроводжується вираженими вегетативними реакціями, наприклад, почастищення пульсу до 90 ударів за хвилину і більше;
- 3) страх і напруга у хворих з серйозними супутніми захворюваннями: серцево-судинні, хвороби органів дихання, епілепсія;
- 4) втрата свідомості в анамнезі.

В стоматологічній практиці у хворих частіше використовують бензодіазепінові транквілізатори. Під їх впливом відбувається зниження збудливості підкіркових ділянок мозку. Крім того, після їх

використання не спостерігається відхилень в поведінці хворого, зберігається фізична і розумова працездатність. Транквілізатори також підсилюють ефект анестетиків, анальгетиків. Однак, їх не можна призначати до і під час роботи водіям та представникам інших професій, робота яких вимагає швидкої психічної та рухової реакції. Не можна призначати бензодіазепінові транквілізатори вагітним, хворим на глаукому (вони підвищують внутрішньоочний тиск), при міастенії, а також хворим, які приймають інші депресанти ЦНС, Використовують такі разові дози транквілізаторів: мепротан — 0,2 г, еленіум — 0,01 г, діазепам — 0,005 г, седуксен — 0,005 г, феназепам — 0,0005 г, тазепам — 0,01 г, триоксазин — 0,3 г, мебікар — 0,3 г. Мепротан, триоксазин и мебікар не мають небажаного снодійного ефекту. Один з цих препаратів хворий приймає за 30-60 хвилин до відвідування стоматолога. Кращого результату можна досягти при комбінуванні вказаних препаратів з анальгетиками. З інших груп лікарських речовин можна використовувати настоянку валеріани, корвалол. Часто після першого сеансу лікування з премедикацією в наступні відвідування хворі вже не відчувають напруги, і необхідність в премедикації відпадає.

Графологічна структура теми:
«Методи лікування пульпіту»



Графологічна структура теми: «Обґрунтування вибору методу лікування пульпіту»

Метод лікування пульпіту	Покази до використання методу	Умови
--------------------------	-------------------------------	-------

Консервативний (біологічний)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гіперемія пульпи 2. Гострий обмежений пульпіт 3. Гострий травматичний пульпіт (випадково розкритий ріг пульпи) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вік хворого до 30 років 2. Хороша реактивність організму – відсутність загальносоматичних та інших важких захворювань 3. ЭОД – 25 мкА 4. Локалізація каріозної порожнини вище екватора (I клас за Блекум) 5. Тривалість больового синдрому до 48 годин. 6. Відсутність змін в періодонті 7. Хороший рівень гігієни порожнини рота 8. Відсутність алергічних реакцій 9. Здоровий пародонт 10. Відсутність множинного карієсу
Метод вітальної ампутації	<ol style="list-style-type: none"> 1. Відсутність ефекту при лікуванні біологічним методом 2. Хронічний фіброзний пульпіт у дітей 3. В дитячій стоматології для лікування пульпіту зубів з несформованими коренями. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тільки в багатокореневих зубах 2. Вік хворого до 30-35 років 3. Хороша реактивність організму – відсутність загально соматичних та інших важких захворювань 4. ЭОД – 25 мкА 5. Локалізація каріозної порожнини вище екватора (I клас за Блекум) 6. Після розкриття порожнини зуба – пульпа рожева, кровоточить 7. Відсутність періодонтальних явищ
Метод вітальної екстирпації	<ol style="list-style-type: none"> 1. Відсутність ефекту при лікуванні ампутаційним і біологічним методом (при гіперемії пульпи, гострому обмеженому, гострому травматичному і хронічному фіброзному пульпіті 2. Неможливість виконання біологічного і вітального ампутаційного методу лікування при гіперемії пульпи, гострому обмеженому, гострому травматичному і хронічному фіброзному пульпіті. 3. Гострий дифузний пульпіт. 4. Гострий гнійний пульпіт. 5. Гострий травматичний 	

	<p>пульпіт (перелом коронки зуба).</p> <p>6. Хронічний гіпертрофічний пульпіт.</p> <p>7. Хронічний гангренозний пульпіт.</p> <p>8. Хронічний конкрементозний пульпіт.</p> <p>9. Загострення хронічного пульпіту.</p> <p>10. Пульпіт, ускладнений періодонтитом.</p> <p>11. Ретроградний пульпіт.</p> <p>12. Зуб після лікування планується покрити штучною коронкою.</p>	
Метод девітальної екстирпації	<p>1. Неможливість виконання методу вітальної екстирпації через алергію на анестетики.</p> <p>2. Лікування пульпіту у хворих з важкими загальносоматичними захворюваннями.</p> <p>3. У хворих, які знаходяться на постільному режимі.</p> <p>4. У хворих з психічними захворюваннями.</p> <p>5. Хворі з імунодефіцитними станами.</p>	
Метод девітальної ампутації	<p>1. Гострі форми пульпіту, за виключенням гнійного.</p> <p>2. Хронічний фіброзний пульпіт.</p> <p>Метод може бути використаний:</p> <p>1. У хворого важкий загальний стан організму.</p> <p>2. У психічно хворих людей.</p> <p>3. При неможливості доступу до усть кореневих каналів через затруднене відкривання рота.</p> <p>4. У третіх молярах при локалізації каріозної</p>	<p>1. Кореневі канали непрохідні в результаті облітерації.</p> <p>2. Кореневі канали дуже викривлені.</p>

	порожнини дистально.	
Комбінований метод лікування	Використовується для лікування пульпіту у випадках, коли частина кореневих каналів прохідна, а частина – ні.	

Короткий зміст теми:

На сьогодні розрізняють три способи лікування пульпіту: консервативний (біологічний), ампутаційний та екстирпаційний. В терапевтичній стоматології ведучими методами є біологічний та екстирпаційний. Ампутаційний метод, в основному, використовується в дитячій стоматології при лікуванні тимчасових зубів та постійних зубів з несформованими коренями.

Лікування пульпіту **біологічним методом** за даними різних авторів проводиться нечасто (від 2,6 до 7,7% випадків). При виборі біологічного методу лікування пульпіту постає питання: чи можна зберегти життєздатність пульпи при даному характері запального процесу? Консервативне лікування запаленої пульпи передбачає зупинку запального процесу, дію на мікроорганізми, відновлення структури і функції пульпи, стимуляцію утворення третинного і склерозованого дентину, попередження розвитку періодонтиту.

Теоретичним обґрунтуванням біологічного методу лікування пульпіту є роботи вітчизняних та зарубіжних вчених, які доводять зворотність початкових запальних змін в пульпі при її запаленні:

- реактивна гіперемія в системі мікроциркуляції зворотня
- запальний процес в пульпі має властивість обмеження
- виражені процеси фагоцитозу в пульпі
- посилення лімфовідтоку при запаленні
- висока пластична властивість пульпи
- можливість утворення замісного дентину.

Метод **вітальної ампутації** направлений на збереження життєдіяльності кореневої пульпи, яка, маючи невеликий клітинний склад і велику кількість колагенових волокон, стійка до дії різних подразників (мікроорганізмів, токсинів, лікарських речовин). Завдяки пластичній функції пульпи культя може зберегти життєдіяльність, при цьому на поверхні ампутаційної рани утворюється сполучнотканинна капсула (сполучнотканинний рубець). Вперше цей метод використав Г.О.Фішер в 1923 році.

Метод **вітальної екстирпації** пульпи передбачає повне видалення пульпи під анестезією з наступною обтурацією кореневої системи. Цей метод проводять найчастіше. Лікування проводиться в одне відвідування. При правильному виконанні метод має найменший відсоток ускладнень.

Девітальна екстирпація пульпи передбачає її повне видалення після некротизації з наступним пломбуванням кореневої системи. З метою некротизації пульпи використовують девіталізуючі пасти: миш'яковисту і параформальдегідну. Девітальний метод лікування пульпіту було запропоновано в 1936 році Вудом Спунером. Вуд Спунер розглядав пульпу як загиблу в результаті запалення тканину. А також, враховуючи сильний біль, запропонував для повної некротизації пульпи використовувати миш'яковисту пасту. Пізніше було запропоновано безліч різноманітних препаратів для заміни миш'яку. Незважаючи на те, що стоматологи намагаються уникати девіталізуючих методів лікування пульпіту, однак простота і зручність використання, швидке зняття болю обумовлюють практичне використання даного методу.

Вперше метод **девітальної ампутації** був використаний в 1874 році Вітцером завдяки

впровадження в хірургію методу асептичного методу лікування. Вчений вважав, що повне видалення пульпи не потрібне. Якщо на залишок кореневої пульпи подіяти муміфікуючи ми засобами (трикрезол, формалін), то це попередить гнилісний розпад. Але в ході подальших досліджень виявилось, що антисептична дія цих паст зберігається всього 3-4 тижні, тому віддалені результати методу були негативними, розвивався періодонтит. Цей метод лікування пульпіту вимушений і використовується в основному при лікуванні молярів.

Комбінований метод лікування пульпіту являє собою поєднання де вітальної пульпотомії і пульпектомії. Його використовують, коли частина корневих каналів прохідна, а частина – ні. З добре прохідних каналів видаляють пульпу і пломбують їх одним із методів пломбування. А в непрохідних каналах некротизовану пульпу муміфікують. Однак, арсенал сучасного ендодонтичного обладнання та інструментарію дозволяє інструментально та медикаментозно обробити практично будь-які канали (викривлені та облітеровані), тому доцільність даного методу лікування ставиться під сумнів.

Інтерн повинен знати:

1. Методи лікування пульпіту.
2. Суть лікування пульпіту біологічним методом.
3. Суть лікування пульпіту методами вітальної ампутації та екстирпації
4. Суть лікування пульпіту методами девітальної ампутації та екстирпації
5. Суть лікування пульпіту комбінованим методом.

Інтерн повинен вміти:

1. Призначати метод лікування пульпіту залежно від форми, перебігу та загального стану організму.
2. Обґрунтувати вибір методу лікування пульпіту.
 1. Вкажіть форму випуску лідокаїну для аплікаційної анестезії
 - а) 2% розчин
 - б) 5% розчин в гліцерині
 - в) 10% спрей
 - г) 1% розчин
 - д) 0,25% розчин
 2. В яких випадках протипоказано використання бензодіазепінових транквілізаторів для премедикації?
 - а) серцево-судинні захворювання у хворого
 - б) вагітність
 - в) глаукома
 - г) епілесія
 - д) годуючим матерям

Ситуаційна задача

Пацієнт віком 64 роки місяць тому переніс інфаркт міокарду. Звернувся до стоматолога для лікування гострого пульпіту 12 зуба. Який вид знеболення треба обрати? Який анестетик краще використати?

Еталони відповідей:

1.
в) 10% спрей
2. б) вагітність
в) глаукома
д) годуючим матерям

Ситуаційна задача

Необхідно провести премедикацію заспокійливими препаратами та серцевими засобами для лікування ІХС та використати анестетик без вазоконстриктора. Анестезія інфільтраційна.