

Sistema STATM

R I S P O S T E A D O M A N D E F R E Q U E N T I

GUIDA FAQ

MILESTONE
SCIENTIFIC



EROGATORE DI ANESTETICO LOCALE
A CONTROLLO COMPUTERIZZATO



Sistema STA - GUIDA FAQ

RISPOSTE A DOMANDE FREQUENTI

INSTALLAZIONE - GENERALE:

Domanda:

Quale è il modo più semplice per imparare i diversi suoni del Sistema STA mentre è in uso?

Risposta:

Il modo più semplice per imparare il significato dei diversi suoni dell'apparecchio è sfruttare il modo "Training" durante l'utilizzo dello STA. Per utilizzare il modo STA premere e tenere premuto il tasto "Hold to Train" per 4 secondi, fino a sentire l'annuncio "Training mode On" (modo d'addestramento avviato). Il sistema STA ora parlerà e vi addestrerà in modo che sappiate il significato di ciascun suono emesso nel corso dell'impiego. Piuttosto intelligente, non credete?

Domanda:

Ho caricato la tubofiala di anestetico nell'apposito contenitore tubofiala dell'apparecchio STA e non è successo nulla. Cosa devo fare?

Soluzione: Ci si assicuri che all'inserimento nell'alloggiamento la punta del contenitore tubofiala abbia penetrato interamente il diaframma di gomma, posto sulla sommità della tubofiala d'anestetico. La base della tubofiala dovrebbe essere allineata con il contenitore tubofiala prima dell'inserimento nell'unità di controllo STA.

Domanda:

Ho installato il mio Sistema STA, la luce LED verde è accesa, ho inserito il contenitore tubofiala e l'apparecchio STA ha auto-spurgato ma quando premo il comando a pedaliera non succede niente. Cosa devo fare?

Risposta:

Il motivo più probabile è che il connettore del comando a pedale non è stato collegato stretto alla presa posta alla base della parte frontale dell'unità di controllo STA. Verifichi e stringa nuovamente il collegamento, in plastica bianca, in modo da essere certo della validità della connessione.



***"L'iniezione intraligamentare
più predicibile che mai
somministrerete"***

DR. AL READER

Risposta:

Per prima cosa verifichi se è accesa la lampadina LED verde "Auto Purge/Retract", posta sotto la scritta omonima sulla parte frontale superiore del pannello di controllo. Se la luce non è accesa preme e rilasci il tasto "Hold to Retract" per una volta; il LED s'illuminerà indicando l'attivazione dell'Auto-purge. Perché l'apparecchio possa auto-spurgare deve ora togliere ed inserire nuovamente il contenitore tubofiala.

Il secondo motivo per cui l'apparecchio STA potrebbe non auto-spurgare è il mancato inserimento completo della tubofiala nel contenitore tubofiala e/o la mancata rotazione completa di 90 gradi antiorari del contenitore tubofiala con la tubofiala nell'apposito alloggiamento posto nella parte superiore dell'apparecchio STA. Per completare l'auto-spurgo verificare se la tubofiala è stata inserita completamente nel contenitore tubofiala e controllare che il contenitore tubofiala sia ruotato completamente, di 90 gradi in senso antiorario.

Domanda:

Ho inserito la tubofiala d'anestetico nel contenitore tubofiala ma questo non s'inserisce nell'alloggiamento per le tubofiale posto nella parte superiore dell'apparecchio STA. Cosa posso fare?

Risposta:

Il contenitore tubofiala s'inserisce adeguatamente nell'alloggiamento posto nella parte superiore dell'apparecchio STA soltanto quando la tubofiala d'anestetico è inserita completamente nel contenitore tubofiala, collegato al manipolo STA.

Domanda:

Cos'è e come posso utilizzare la funzione Multi-Cartridge (tubofiala multipla).

Risposta:

La funzione "tubofiala multipla" consente di risparmiare soluzione anestetica quando, nel corso di una singola procedura terapeutica, viene utilizzata più di una tubofiala d'anestetico.

La funzione "tubofiala multipla" viene utilizzata in questo modo: Decidete il modo in cui regolare STA in relazione all'iniezione da eseguire. Premete il tasto "Hold to Train" una volta, fino all'accensione della luce verde posta sotto la scritta "Multi-Cartridge". Caricate l'anestetico come d'abitudine. L'apparecchio spurgherà la prima tubofiala ma non spurgherà le tubofiale successive. In questo modo potrete caricare tubofiale aggiuntive per la stessa iniezione, senza rimuovere l'ago dal tessuto, risparmiando un piccolo quantitativo d'anestetico che altrimenti sarebbe stato spurgato ad ogni caricamento di una nuova tubofiala. Nota: Potete avviare "On" la funzione "tubofiala multipla" soltanto quando l'alloggiamento del contenitore tubofiala è vuoto.



TECNICHE DI INIEZIONE:

Domanda:

Perché le luci LED della Tecnologia Dinamica di Monitoraggio della Pressione (Dynamic Pressure Sensing Technology (DPS)) non si accendono in modo costante e prevedibile mentre viene eseguita la nuova iniezione STA intraligamentare?

Risposta:

Questo potrebbe accadere quando l'ago non viene tenuto in una posizione stabile mentre la tecnologia DPS stabilisce la posizione dell'ago nei tessuti PDL.

Soluzione: Dopo avere posizionato l'ago per l'iniezione intraligamentare, la DPS richiede da 10 a 15 secondi (senza muovere l'ago) per identificare adeguatamente la posizione dell'ago nei tessuti PDL.

Domanda:

Perché non riesco a far sì che le luci DPS a LED verdi si accendano nell'iniezione STA intraligamentare?

Risposta:

Bisogna assicurarsi che l'ago sia tenuto in una posizione stabile per dare alla DPS tempo sufficiente per determinare la posizione dell'ago nel tessuto. Se il problema è che solo una parte delle luci LED si accendono, la soluzione consiste nel far avanzare leggermente l'ago per poi tenerlo nuovamente stabile e valutare se la posizione raggiunta nello spazio della PDL è migliore.

Soluzione: Iniziare nuovamente l'iniezione esercitando meno forza ed una pressione manuale più leggera, stabilizzando così l'ago all'interno dello spazio PDL. È necessario sapere che una pressione eccessiva conduce all'allerta di sovrappressione. Con l'uso costante si trova rapidamente il grado ottimale di pressione manuale necessario a far salire gradualmente la retropressione senza provocare l'allerta di sovrappressione, affidandosi alla tecnologia DPS di feedback in tempo reale.

Domanda:

Quando tolgo l'ago dallo spazio PDL avviene uno spray di ritorno di soluzione anestetica nella bocca del paziente che provoca un gusto sgradevole. Come posso evitare che questo avvenga?

Risposta:

Quando l'iniezione sta intraligamentare viene eseguita correttamente, all'interno della tubatura del manipolo ha luogo un accumulo di pressione dei fluidi che viene dissipato quando l'ago viene rimosso dai tessuti, talvolta con uno spray di ritorno di soluzione anestetica.

Soluzione: Ci sono 3 semplici modi per ridurre al minimo lo spray di ritorno nella bocca dei pazienti:

1. Attendere da 15 a 20 secondi prima di rimuovere l'ago in modo da consentire la dissipazione della pressione accumulata entro i tessuti parodontali.



A causa delle variabilità anatomiche, è possibile avere successo mentre ci si trova nella zona gialla più elevata.

L'accensione dei LED gialli più alti indicano un'elevata probabilità che l'ago si trovi nella zona ottimale per eseguire l'iniezione STA intraligamentare. Per avere successo è necessario mantenere costantemente accesi i LED gialli più alti per l'intera durata del procedimento d'iniezione. Nota: nella zona gialla non viene pronunciato il messaggio sonoro "PDL". L'accensione dei LED verdi indica la massima probabilità d'ottenimento della corretta posizione dell'ago ed è perciò è accompagnata dall'annuncio sonoro "PDL". Una valida iniezione STA intraligamentare può avvenire sia nella zona LED gialla più alta che in quella verde poiché entrambe indicano il tessuto PDL.

Domanda:

Ho inserito l'ago nello spazio PDL come da istruzioni ma continuo a ricevere un messaggio di allerta "OVERPRESSURE" (sovrappressione) e l'apparecchio si blocca. Perché?

Risposta:

L'orifizio dell'ago potrebbe essersi intasato a causa di una spinta eccessiva sul manipolo o per il posizionamento del bisello dell'ago a contatto dell'osso, impedendo così il libero flusso dell'anestetico. In alcuni casi avviene il carotaggio del tessuto con l'ago, che così si ostruisce. In queste situazioni viene letta una pressione superiore al dovuto e come misura precauzionale di sicurezza l'apparecchio si spegne.

2. Seconda alternativa: Porre un rullo di cotone o un bastoncino cotonato in prossimità della punta dell'ago per assorbire la soluzione anestetica al momento della rimozione dell'ago dal solco.

3. Terza alternativa: Togliere l'ago dai tessuti parodontali nel momento in cui inizia l'aspirazione. L'aspirazione crea una suzione dopo 1-2 secondi dall'inizio del ciclo di aspirazione; togliere l'ago non appena inizia l'aspirazione rilascia la pressione e previene lo spray di ritorno.

Domanda:

Ho difficoltà di accesso agli angoli di transizione DL e ML dei denti mandibolari per le iniezioni STA intraligamentari. C'è qualcosa che io possa fare per ottenere più facilmente l'accesso?

Risposta:

Consigliamo di avvicinarsi allo spazio PDL dalla superficie linguale poiché l'anatomia evidenzia che questo è il percorso che offre minor resistenza per la soluzione anestetica. È importante iniziare sempre l'iniezione STA intraligamentare dalla superficie disto-linguale del dente. Ciò consente all'anestetico di essere depositato il più vicino possibile alla direzione da cui il nervo entra nel dente.

Infine, per migliorare l'accesso alla superficie linguale è possibile accorciare il manipolo STA. Potete modificare la lunghezza di tutti i manipoli STA che usate rimuovendo semplicemente la tubatura dal manico di plastica e piegando avanti e indietro il manipolo per spezzar via il segmento indesiderato. Questo permette di creare un manipolo Wand ultra-corto che potrebbe rivelarsi molto utile nell'esecuzione di iniezioni in situazioni in cui l'accesso sia limitato.

Domanda:

Ho somministrato l'anestetico locale e, pur osservando l'ischemia, non ottengo alcuna anestesia pulpare. Perché?

Risposta:

Quello che sta molto probabilmente succedendo è l'urto dell'ago contro la cresta ossea. L'anestetico viene diffuso nel tessuto molle vestibolare e perciò non viene ottenuta alcuna anestesia pulpare. Per correggere la situazione ci si accerti che l'ago sia a contatto col dente per tutto il tempo e che la punta sia posta all'ingresso dello spazio PDL. Così facendo viene assicurato il deposito dell'anestetico nello spazio PDL e l'ottenimento dell'anestesia pulpare.

Domanda:

Osservo ischemia, estesa fino al pavimento della bocca. Anche in questo caso non c'è alcuna anestesia pulpare. Perché?

PDL, senza quindi creare un sigillo. Il percorso di minor resistenza per l'anestetico è di diffondere semplicemente indietro, nella cavità orale. La seconda possibilità consiste in un inserimento a profondità sufficiente senza però mantenere sull'ago una leggera pressione verso il basso per l'intera iniezione. Anche in questo caso viene rotto il sigillo, consentendo all'anestetico di diffondere indietro, nella bocca del paziente.

Domanda:

Nell'eseguire un'iniezione STA intraligamentare tutto viene percepito tattilmente e visivamente corretto e l'anestetico non infila nella bocca del paziente. L'ischemia è però assente e quando l'ago viene rimosso dal tessuto del paziente molto anestetico gli fluisce in bocca. Come posso correggere questa situazione?

Risposta:

Siamo in presenza di una tecnica scorretta. Se il bisello è orientato contro l'osso è probabile che l'ago venga ostruito dall'osso stesso, prevenendo l'ischemia ed evitando la fuoriuscita del flusso d'anestetico. Quando l'ago viene rimosso, la pressione all'interno della tubatura forzerà l'anestetico nella bocca del paziente.

Questo si può correggere tenendo il bisello dell'ago rivolto al dente e facendo avanzare l'ago col bisello a contatto con il dente fino ad incontrare resistenza. In questo modo si previene l'ostruzione dell'ago da parte dell'osso.



Risposta:

In questa situazione è probabile che l'ago si trovi in posizione linguale rispetto all'osso alveolare e l'anestetico, infatti, diffonde nel pavimento della bocca. Per correggere ciò il bisello dell'ago è orientato verso il dente mentre l'ago è fatto avanzare nello spazio PDL prima di depositare l'anestetico.

Domanda:

Perché non ottengo un'anestesia pulpare di durata sufficiente quando ricorro all'iniezione STA intraligamentare?

Risposta:

Una possibilità è semplice: i farmaci hanno effetti diversi su pazienti diversi. Sebbene un farmaco possa fornire un'ora d'anestesia pulpare per qualche paziente, non sarà sempre così. Un'altra possibilità, molto concreta, nella somministrazione di un'iniezione STA intraligamentare è di non aver depositato un volume adeguato del proprio anestetico preferito.

Domanda:

Perché l'anestetico spruzza nella bocca del paziente nel corso dell'iniezione STA intraligamentare?

Risposta:

Quanto accade può essere ricondotto ad uno dei seguenti due problemi. Il primo e più probabile, è di non aver fatto avanzare abbastanza l'ago nella

Domanda:

Cosa posso fare se il paziente manifesta desquamazione tissutale o reazioni avverse dei tessuti a causa di un'iniezione intraligamentare?

Risposta:

È possibile fornire un trattamento palliativo e si potrebbe consigliare un unguento topico per contribuire alla guarigione dei tessuti molli. Unguenti di questo tipo includono la vitamina E topica o l'unguento Orabase.

Analogamente ad ogni reazione avversa è consigliabile richiamare il paziente in studio per monitorare la guarigione.

Domanda:

Quale è il corretto punto di repere dell'ago per l'iniezione AMSA?

Risposta:

Il sito d'iniezione per l'AMSA è localizzato in un punto che biseca primo e secondo premolare e si trova al centro tra il margine gengivale libero e la sutura medio palatina. Questo punto di repere può variare un po' in relazione all'anatomia della volta palatina. Una descrizione più appropriata potrebbe essere tra i premolari ed alla giunzione delle componenti orizzontale e verticale del palato. Quando eseguita correttamente questa iniezione può causare solo un minimo disagio.

Domanda:

Cosa intendete con Tecnica di pre-iniezione e perchè non serve un anestetico topico?

Risposta:

La pre-iniezione è una tecnica utilizzata per ridurre al minimo la sensazione che può essere causata dalla penetrazione dell'ago, ed il suo impiego rende superfluo l'uso di un anestetico topico.

La tecnica viene eseguita nel modo di seguito descritto:

Poggiare delicatamente il bisello dell'ago sul tessuto palatale, senza pungerlo. Questo si può ottenere tenendo il manipolo ad un angolo di 45 gradi rispetto alla superficie palatale. Con un bastoncino cotonato bloccate in posizione la punta dell'ago, esercitando una delicata pressione sulla stessa e sul tessuto. In questo modo si ottiene un'anestesia per pressione, si assorbe l'eccesso d'anestetico e si rende più confortevole l'ingresso dell'ago. Di seguito si avvia il "Cruise Control" con la pressione del comando a pedale. Dopo 3 secondi il Sistema STA emetterà l'annuncio "Cruise". A questo punto rimuovere il piede dal comando a pedale.

In questo modo si avvia il flusso di anestetico verso il sito d'iniezione. Questa tecnica, che consente all'anestetico il contatto e la diffusione attraverso gli strati gengivali esterni, imita l'effetto di un anestetico topico. A questo punto non pungere il tessuto. L'ago viene lasciato sulla superficie per 8-10 secondi prima di iniziare la penetrazione della superficie stessa. Trascorso il tempo è possibile penetrare lentamente la superficie tissutale con una delicata rotazione avanti e indietro dell'ago.

Risposta:

Con una siringa dentale convenzionale i blocchi mancati sono solitamente dovuti alla deflessione dell'ago. Nel corso di un'iniezione tradizionale, l'orientazione statica del bisello forza l'ago a deflettere durante l'inserimento. Tenendo STA come una penna l'utilizzatore può girare il manipolo tra il pollice e l'indice, creando una rotazione assiale. Questa rotazione continua del bisello previene la deflessione dell'ago e viene definita "tecnica di inserimento birotazionale".

Domanda:

Perchè non utilizzare anestetico con epinefrina 1:50.000?

Risposta:

L'esperienza ha dimostrato che l'ischemia che avviene nell'iniezione STA intraligamentare utilizzando anestetico con epinefrina 1:100.000 è più che adeguata per l'anestesia profonda del dente e dei tessuti molli. Non c'è alcuna reale ragione per usare epinefrina nella concentrazione elevata contenuta negli anestetici 1:50.000.

Domanda:

Perchè consigliate un volume d'anestetico di 0,9 ml mentre altre tecniche d'iniezione PDL consigliano un volume di 0,2 ml per sito d'iniezione?

Risposta:

Una delle ragioni è che dobbiamo confrontarci con una dinamica dei fluidi completamente diversa.

"La parte migliore è eliminare la preoccupazione che i bambini si mordano il labbro"

WILLIAM H. LIEBERMAN, D.D.S., M.B.A.

**Domanda:**

Quali denti vengono anestetizzati usando la tecnica AMSA?

Risposta:

L'AMSA anestetizza dall'incisivo centrale alla radice mesio vestibolare del primo molare del quadrante mascellare in cui viene eseguita.

Domanda:

Quali denti vengono anestetizzati usando la tecnica PASA?

Risposta:

La PASA è l'unica iniezione odontoiatrica che può attraversare la linea mediana dell'alveolo e produce l'anestesia bilaterale di incisivi e canini mascellari con una sola iniezione palatale.

Domanda:

Dove eseguo la PASA?

Risposta:

L'iniezione inizia appena lateralmente alla papilla incisiva e mira al canale incisivo. L'obiettivo è di ottenere accesso al canale incisivo mantenendo il contatto con la parete ossea interna. Quando eseguita correttamente questa iniezione provoca minimo disagio.

Domanda:

Cos'è la tecnica d'inserimento "Bidirezionale" e perchè dovrei utilizzarla per l'iniezione di blocco mandibolare (troncure)?

Depositiamo l'anestetico lentamente e ad un ritmo costante cosicché l'anestetico diffonda lungo il percorso di minor resistenza, permettendo la somministrazione di un volume maggiore.

Con altre tecniche viene depositato un volume minore esercitando una pressione elevata. In questa situazione un numero maggiore di pazienti proverà un disagio post operativo. È raro che dopo un'iniezione PDL in cui un volume maggiore di anestetico è stato somministrato lentamente, il paziente si lamenti di un disagio post-anestetico. Alcuni pazienti potrebbero riferire di un intorpidimento della lingua o del labbro dopo un'iniezione PDL. La nostra esperienza indica che per alcuni pazienti questo è perfettamente normale.

Domanda:

Il sistema non aspira completamente. Come ovviare?

Risposta:

Qualora il sistema non esegua un'aspirazione completa, togliere la tubofiala d'anestetico e mettere l'apparecchio in modo NORMAL; spegnere la funzione Auto Retract/Purge, luce spenta, quindi premere sul comando a pedale per esporre interamente lo stantuffo nella parte superiore dell'apparecchio. Quando lo stantuffo è completamente visibile, ispezionarlo e verificare se l'o-ring è usurato, secco o incrinato. Se così fosse, l'o-ring dovrà essere sostituito e sia esso che lo stantuffo andranno leggermente lubrificati.

Domanda:

Ho caricato l'anestetico ed il contenitore tubofiala nell'apparecchio e non ha spurgato. Cosa è sbagliato?

Risposta:

Primo, verificare se la luce dell'Auto Purge/Retract è accesa. Togliere il contenitore tubofiala dall'apparecchio ed assicurarsi che la punta trasparente all'interno del contenitore tubofiala abbia forato il diaframma della tubofiala d'anestetico. Se il diaframma non è forato togliere la tubofiala e ricaricarla nel contenitore tubofiala assicurandosi che questa volta venga forato. Se anche questa volta il diaframma non viene forato provare a cambiare la tubofiala d'anestetico o a bagnare il diaframma con una goccia d'acqua prima di provare nuovamente a forare.

Se il diaframma viene forato provate nuovamente a girare il contenitore tubofiala per un intero giro antiorario. Nel caso in cui il contenitore tubofiala non s'impegna completamente, l'apparecchio non riconosce il caricamento della tubofiala.

Domanda:

Ho dei problemi nell'accedere agli angoli di transizione per l'iniezione STA PDL perchè il manipolo STA sembra essere troppo grande per la bocca dei pazienti. Avete suggerimenti?

La seconda ragione generale per il disagio post-operativo può essere associata all'erogazione di un'impropria quantità di soluzione anestetica. La conseguenza è un danno tissutale dovuto ad un volume eccessivo di fluido nell'area della papilla dentaria o del legamento parodontale.

SOLUZIONE: Nell'eseguire l'iniezione STA intraligamentare non utilizzare mai quantità eccessive di soluzione anestetica in ciascun sito. Seguire sempre le raccomandazioni del produttore del farmaco come linee guida.

La terza ragione del disagio post operativo può essere ascritta all'anestetico odontoiatrico usato per l'iniezione STA intraligamentare.

SOLUZIONE: L'uso delle soluzioni anestetiche di seguito elencate è **CONTROINDICATO** per l'esecuzione dell'iniezione STA intraligamentare:

Articaina 4% con epinefrina 1:100.000

Lidocaina 2% con epinefrina 1:50.000

Domanda:

Dopo aver eseguito l'iniezione STA intraligamentare il paziente ha subito una reazione tissutale avversa.

Risposta:

Le ragioni di questa situazione possono essere ascritte ad un danno meccanico ai tessuti oppure all'inserimento improprio di volumi eccessivi di soluzione anestetica nei tessuti molli. Questo può condurre ad un blocco del flusso sanguigno verso questi tessuti e culminare in una reazione tissutale avversa. È inoltre possibile che alcuni pazienti, con un parodonto sottile

**Risposta:**

Rompere il manipolo o provare a piegarlo per ottenere un'angolazione migliore. Rompendo il manipolo si ottiene una siringa delle dimensioni di un file endodontico e questo fornisce una sensazione tattile considerevolmente migliore ed un'accessibilità superiore alle aree di difficile accesso.

COMPLICAZIONI POST-OPERATIVE:**Domanda:**

Dopo l'esaurimento dell'effetto anestetico, il paziente si è lamentato di dolore nell'area dell'iniezione STA intraligamentare. Come mai?

Risposta:

Le ragioni principali del disagio post-operativo associato all'iniezione STA PDL sono essenzialmente tre:

La prima ragione per cui i tessuti PDL possono essere traumatizzati è l'insulto meccanico legato alla manipolazione dell'ago. È importante non esercitare un'eccessiva forza manuale nel posizionare l'ago nello spazio PDL. Incuneare o forzare l'ago nello spazio PDL può causare un disagio post-operativo.

SOLUZIONE: Non esercitare forze eccessivamente marcate sul manipolo né incuneare o forzare l'ago nello spazio PDL. All'inserimento dell'ago nello spazio PDL utilizzare una pressione manuale delicata e leggera. Nella ricerca dello spazio PDL provate a non "sondare" eccessivamente con l'ago. Questi suggerimenti aiutano a ridurre al minimo il trauma meccanico dovuto all'ago.

possano essere maggiormente prone ad una reazione tissutale avversa a causa delle variabili anatomiche riscontrabili in questi soggetti.

SOLUZIONE: Il trauma meccanico può avere un ruolo nella reazione tissutale avversa. Il trauma meccanico si può prevenire eseguendo con attenzione e delicatezza il posizionamento dell'ago all'interno del PDL. Se durante l'iniezione STA intraligamentare si osserva un'ischemia molto rapida ed estrema della papilla interdentale bisognerà verificare la correttezza della posizione dell'ago. Questo genere di risposta estrema può infatti essere collegato all'improprio posizionamento dell'ago oppure al posizionamento corretto in un paziente con tessuto di tipo sottile e delicato. Questi due scenari possono condurre ad un eccessivo accumulo volumetrico di fluido nei tessuti molli del paziente.

Prima di eseguire un'iniezione intraligamentare è opportuno valutare la qualità dei tessuti parodontali del paziente. I pazienti con tessuti parodontali sottili e delicati possono essere maggiormente prone ad una reazione tissutale avversa quando viene loro praticata un'iniezione PDL, in modo particolare quando grandi volumi di soluzione vengono iniettati nei tessuti molli sovrastanti.

Nel praticare le iniezioni intraligamentari è infine importante seguire le raccomandazioni sull'anestesia stilate dal produttore del farmaco.

L'uso delle soluzioni anestetiche di seguito elencate è **CONTROINDICATO** per l'iniezione STA intraligamentare:

Articaina 4% con epinefrina 1:100.000
Lidocaina 2% con epinefrina 1:50.000

DIRETTIVE PER L'ANESTESIA:

Iniezione STA Intraligamentare:

Nel caso sia utilizzata Lidocaina 2% con epinefrina 1:100.000 o simile è possibile, nel caso di un dente multiradicolato, iniettarne ½ tubofiala al sito della linea di transizione distale e ½ tubofiala al sito della linea di transizione mesiale. Nel caso di un dente monoradicolato è necessaria solo ½ tubofiala al sito della linea di transizione distale.

NOTA: l'uso di anestetici al 2% con epinefrina 1:50.000 come vasocostrittore **NON** è consigliato per le iniezioni intraligamentari.

Quando viene usata l'Articaina 4% è consigliata esclusivamente la soluzione con epinefrina 1:200.000. Nel caso di un dente multiradicolato, iniettarne ¼ di tubofiala al sito della linea di transizione distale e ¼ di tubofiala al sito della linea di transizione mesiale. Nel caso di un dente monoradicolato è necessario solo ¼ di tubofiala al sito della linea di transizione distale.

NOTA: l'uso di Articaina 4% con epinefrina 1:100.000 **NON** è consigliato per le iniezioni intraligamentari.

Iniezioni di Infiltrazione Sopraepiostio:

Consigliamo l'uso di Lidocaina 2% con epinefrina 1:100.000

Quando viene usata l'Articaina 4% sono consigliate le soluzioni con epinefrina 1:100.000 oppure 1:200.000.

Il dosaggio consigliato è di 1 tubofiala intera nel caso di un anestetico al 2% con epinefrina 1:100.000 oppure ½ tubofiala nel caso di un anestetico al 4% con epinefrina 1:200.000.

Iniezioni Palatali:

Use 2% Lidocaine with an epinephrine concentration of 1:100,000. Recommended dosage is from ¾ to 1 full cartridge.

Utilizzare Lidocaina 2% con epinefrina 1:100.000
Il dosaggio consigliato è da ¾ a 1 tubofiala intera.

Quando viene usata l'Articaina 4% consigliamo le soluzioni con epinefrina 1:200.000.

Il dosaggio consigliato è da ¼ a ½ tubofiala.

Nota: l'uso di Articaina 4% con epinefrina 1:100.000 **NON** è consigliato per le iniezioni palatali. Inoltre, l'impiego di Lidocaina 2% con epinefrina 1:50.000 **NON** è consigliato per le iniezioni palatali.

“STA mi consente di iniziare ogni tecnica d'iniezione con stress significativamente inferiore, per me e per il mio paziente”

DR. MARTY JABLOW



Ci sono diverse controindicazioni all'eseguire questa iniezione. I pazienti con malattia parodontale attiva o avanzata dovrebbero essere evitati. I pazienti con gengivite acuta dovrebbero essere evitati per ridurre al minimo il rischio di batteriemia.

Iniezione per il blocco del nervo mandibolare inferiore (tronculare):

Circa la scelta dell'anestetico consigliamo la Lidocaina 2% con epinefrina 1:100.000.

Quando viene usata l'Articaina 4% sono consigliate le soluzioni con epinefrina 1:100.000 oppure 1:200.000.

Il dosaggio consigliato è di 1 tubofiala intera nel caso di un anestetico al 2% con epinefrina 1:100.000 oppure ½ tubofiala nel caso di un anestetico al 4% con epinefrina 1:200.000.

MANUTENZIONE DEL SISTEMA STA

Domanda:

Al momento dell'accensione il mio sistema sta ha annunciato “lubricate o-ring and plunger” (lubrificare o-ring e stantuffo). Come posso lubrificare adeguatamente l'o-ring presente sul pistone del Sistema STA?

Risposta:

Per lubrificare correttamente l'o-ring presente sulla sommità del pistone bisogna per prima cosa estendere completamente lo stantuffo metallico dell'apparecchio STA. Iniziare spegnendo l'apparecchio. Premere poi e mantenere premuto il tasto “Hold to Retract”, presente sulla parte frontale superiore del pannello di controllo, STA mentre l'apparecchio viene riacceso col tasto ON. Lo stantuffo ora si estenderà interamente consentendo l'accesso all'intera lunghezza del pistone e all'o-ring, che potrà essere lubrificato con un piccolo quantitativo del silicone incluso in ogni confezione di manipoli STA. Per retrarre lo stantuffo basta premere e rilasciare nuovamente il tasto “Hold to Retract” e lo stantuffo tornerà alla sua posizione iniziale. L'apparecchio è ora pronto all'uso.



Scoprite perchè
migliaia di dentisti
sono passati dalla loro
siringa convenzionale
al

Sistema STA™

***L'anestesia più confortevole per il dentista
è anche la più confortevole per il paziente.***

MILESTONE
SCIENTIFIC



Importatore esclusivo e distributore



Italia Sede 20135 Milano V.le Umbria 19/a tel 02 55 016 500 fax 02 55 016 646
Filiale 00161 Roma Via G.B. Morgagni 19 tel 06 44 033 50 fax 06 44 033 48
Croazia 52223 Rasa Ul. N. Tesle 18 tel +385 (0) 52 874 452 fax +385 (0) 52 874 454
ilic@ilic.it www.ilic.it

I.P.

Azienda Certificata ISO 9001:2000

SOLO PER ORDINI

