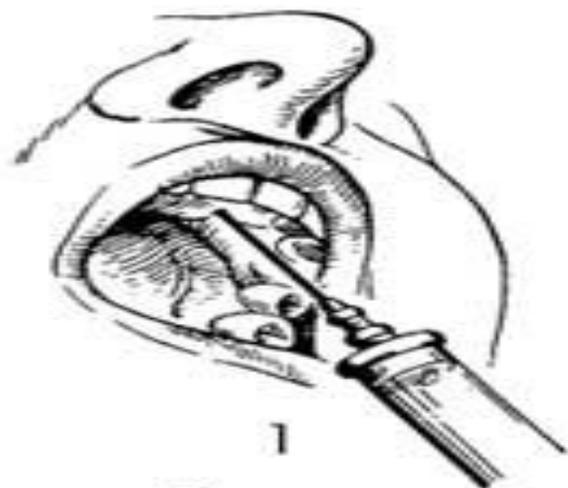


# Обезболивание верхней челюсти. Резцовая анестезия

ВЫПОЛНИЛ: студент 2 курса  
Малика Сулейманова

**Резцовая анестезия** - это метод обезболивания, целью которого является «выключение» носонейного нерва, который иннервирует передний отдел твердого неба. Данный нерв ответвляется от крылонебного ганглия, проходит в резцовом канале и выходит через резцовое отверстие (со стороны полости рта).



1

1 - внутриротовой метод



2

2 - вне ротовой метод

# ВНЕРОТОВАЯ

- ▶ **Применяется** достаточно редко, при этом носонебный нерв блокируют на входе в резцовый канал со стороны носовой полости. (предложил Гофер)
- ▶ Внеротовой метод применяют при невозможности выполнения анестезии внутриротовым доступом.
- ▶ Обычно при резцовой проводниковой анестезии следует предпочесть внутриротовой метод внутриносовому не только при желании обезболить одну слизистую оболочку неба, но также и в целях обезболивания резцовых веточек в резцовом канале, так как первый метод значительно более доступен, условия же для стерильного проведения обезболивающей инъекции при внутриносовом и внутриротовом почти одинаковы.
- ▶ Однако в случае наличия в месте укола при внутриротовом методе этой анестезии гнойно-воспалительного очага и желании обезболить не только слизистую оболочку неба в области резцов, но и самые резцы, приходится применять внеротовой (внутри-носовой) метод и при этом избежать необходимого при внутриротовом методе проникновения иглою в резцовый канал.

# Внеротовая

- ▶ Сначала проводят аппликацию лидокаином (так как укол очень неприятный).
- ▶ Далее определяют точку вкола, которая находится на 2 см. кзади от кожной поверхности основания носовой перегородки. В этом месте располагается носонёбное углубление.
- ▶ Игла продвигают на несколько миллиметров и выпускают 0,2-0,4 мл. раствора анестетика.
- ▶ Для полного обезболивания нерва делают по уколу с каждой стороны.



Внеротовой метод анестезии носонёбного нерва позволяет провести хорошее обезболивание в области центральных резцов в тех случаях, когда двусторонняя инфраорбитальная анестезия и выключение носонёбного нерва внутриротовым методом полностью не снимают болевую чувствительность. Это объясняется тем, что носонёбный нерв отдаёт анастомозы к переднему отделу зубного сплетения до входа в резцовый канал.

-Через 8–10 минут анестезия носо-небного нерва проявляется онемением слизистой оболочки неба в области резцов.

# ВНУТРИРОТОВАЯ

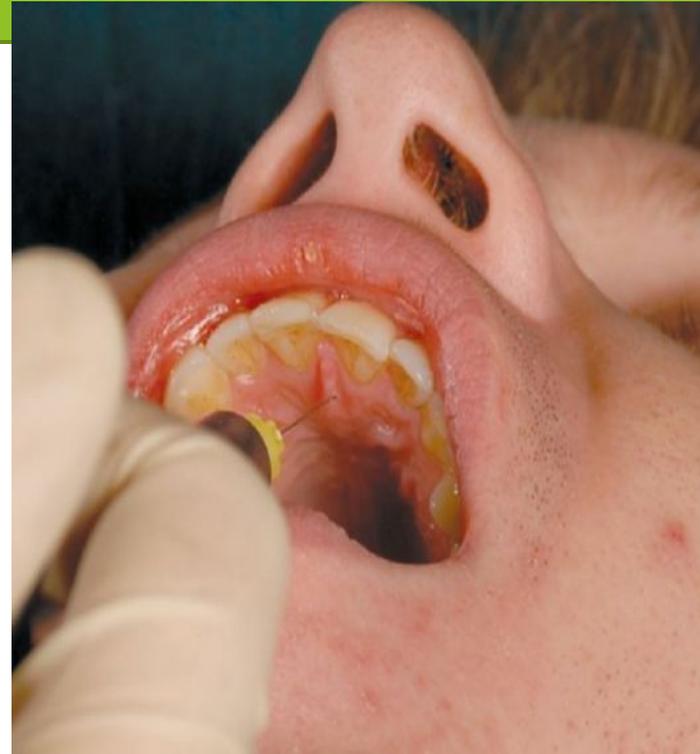
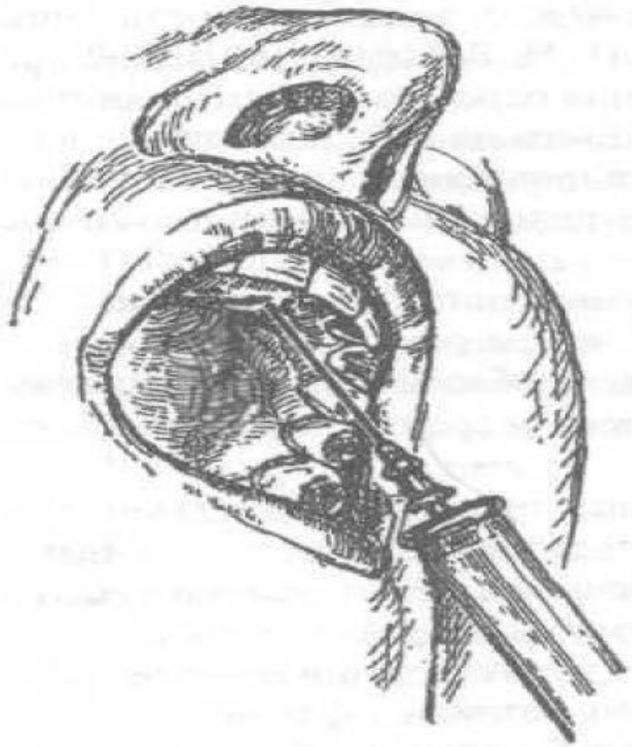
- ▶ Используется достаточно часто. Наиболее удобный способ блокировать носонебный нерв - это обезболить его при выходе из резцового отверстия. Поэтому при выполнении данного способа анестезии ориентируются именно на это отверстие.
- ▶ **ОРИЕНТИР:**
  - На 0,7-0,9 мм. от альвеолярного отростка по срединной линии, проведенной между центральными резцами верхней челюсти.
  - В области основания десневого сосочка между первыми верхними резцами с оральной поверхности
  - В месте пересечения двух линий: срединной линии, проходящей по твердому небу (которая делит небо на правую и левую части), и линии между двумя резцами верхней челюсти.



- ▶ Инъекционный инструментарий: карпульный шприц (или одноразовые пластмассовые шприцы на 1–2 мл), игла длиной 10 мм диаметром 0,3 мм.

## ТЕХНИКА

1. Голова пациента запрокинута назад, рот максимально открыт.
2. Иглу направляют назад и вверх, вкалывают впереди или сбоку от резцового сосочка к кости, глубина введения иглы – 2-3 мм. Срез иглы повернут к кости.
3. С силой надавливая на поршень шприца, под давлением выпускают 0,2-0,3 мл анестетика.



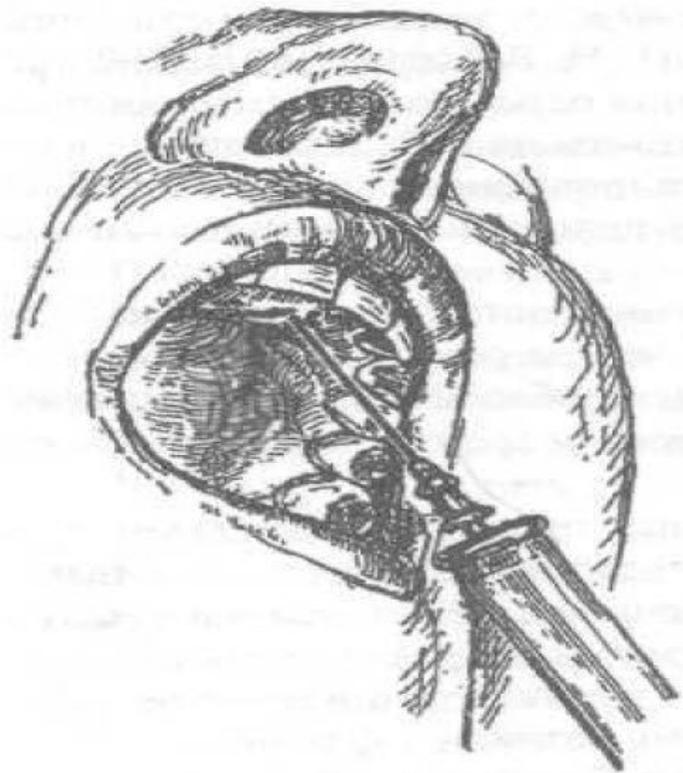
## Зона обезболивания

Слизистая оболочка и надкостница альвеолярного отростка верхней челюсти с нёбной стороны и твёрдого нёба в треугольном участке, вершина которого обращена к срединному шву, основание - к фронтальным зубам, а стороны его проходят через середину клыков. Иногда зона обезболивания распространяется до первого малого коренного зуба включительно или суживается до области центральных резцов.

## Осложнения

Особенностью блокады носонёбного нерва, как и других способов местной анестезии нёбных тканей, является её болезненность. Это обусловлено тем, что слизистая оболочка на нёбе плотная, обладает высокой чувствительностью и плотно прилегает к костной ткани. При введении иглы в резцовый канал глубже чем на 1 см возможно кровотечение из носа вследствие травмы слизистой оболочки полости носа. Иногда появляются зоны ишемии на коже переднебоковой поверхности лица. Некроз слизистой оболочки твёрдого нёба в зоне введения анестетика при его быстром введении под давлением. Поэтому при проведении этого способа следует особенно придерживаться техники снижения болезненности инъекции, которая включает использование тонких острых игл, применение аппликационной анестезии, медленное введение раствора под небольшим давлением.

- ▶ 5. Средняя продолжительность анестезии (при применении стандартного анестетика) 40-60 мин.
- ▶ Учитывая, что укол в резцовый сосочек очень болезненный в связи с его обильной иннервацией, резцовый сосочек нужно предварительно обезболить аппликационной анестезией - 10% аэрозолем лидокаина или хорошо промассировать его тампоном, предварительно смоченным анестетиком (С.Н.Вайсблат, 1962).
- ▶ Введение анестетика толстой иглой диаметром 0,5-0,6 мм в резцовый сосочек нежелательно: в ряде случаев наблюдалась послеинъекционная боль.



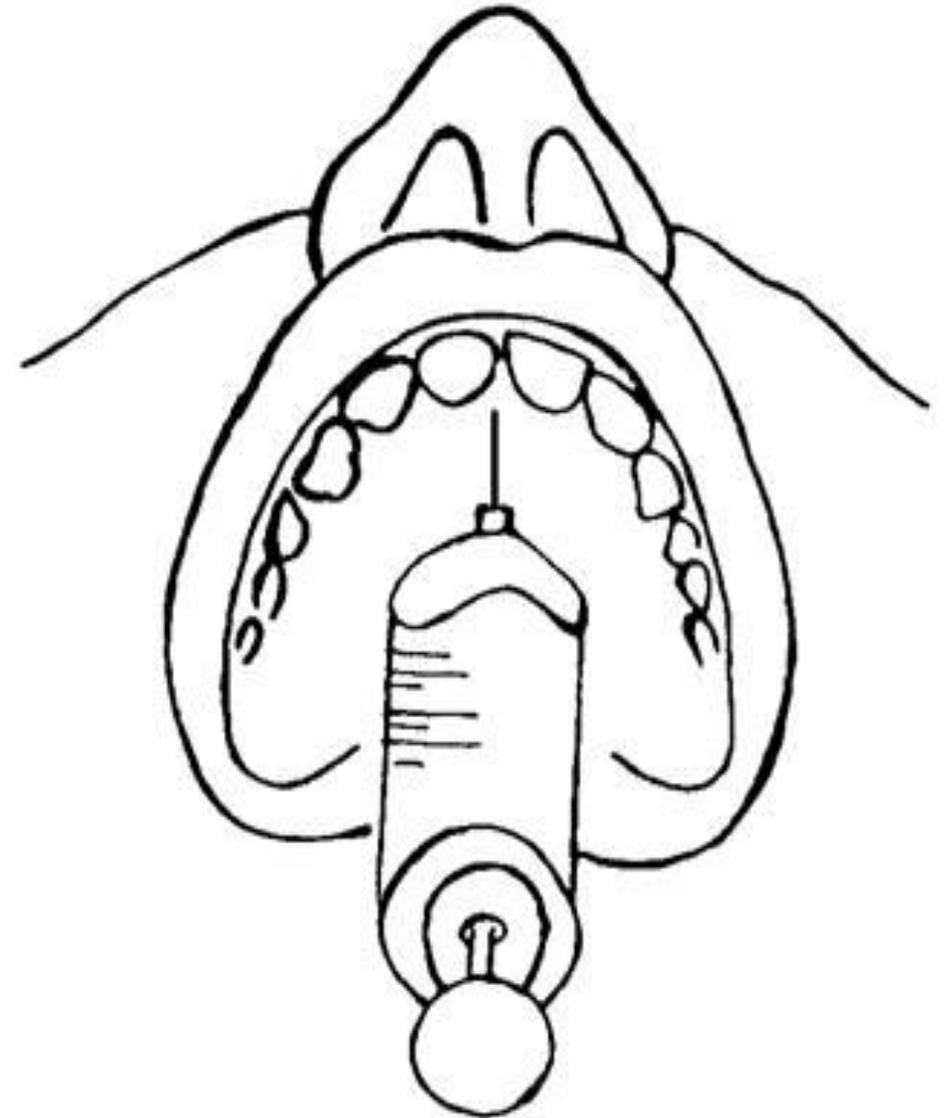
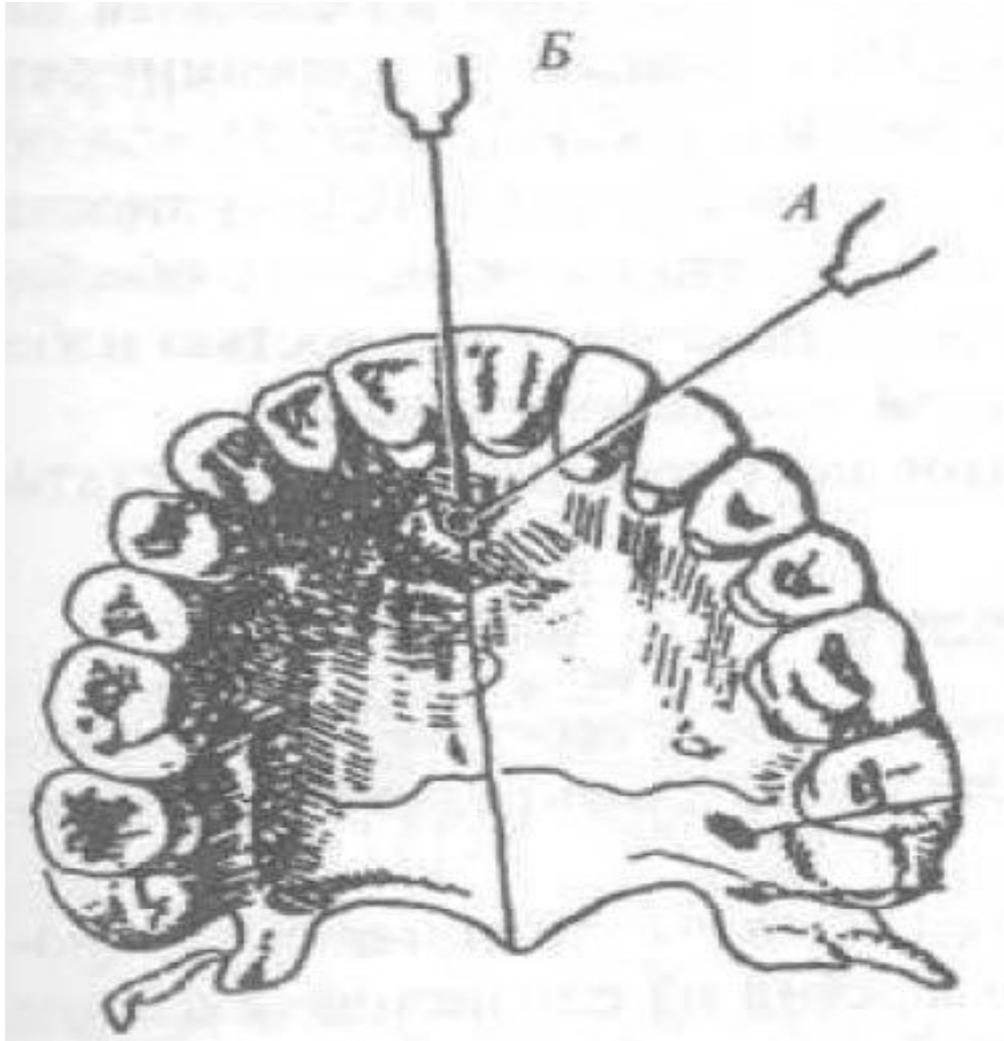
## ▶ Внутриканальная резцовая анестезия

Иглу направляют почти перпендикулярно к нёбу и немного кзади и вкалывают посередине резцового сосочка, ее кончиком находят резцовое отверстие, продвигают по резцовому каналу на глубину до 3 мм, проводят аспирационную пробу, вводят 0,3-0,5 мл анестетика. Осложнения. Возможно попадание анестетика в кровеносное русло, что вызывает общие осложнения, образование зоны ишемии на переднебоковой поверхности лица. При введении иглы в резцовый канал глубже чем на 10 мм возможно кровотечение с носа вследствие травмирования его слизистой оболочки. Мы не практикуем введение анестетика в резцовый канал на значительную глубину. Иглу вкалываем в середину резцового сосочка на глубину 3-4 мм и как только ее кончик входит в устье резцового канала, вводим 0,3-0,4 мл анестетика, что дает возможность получить качественное обезболивание на 60-90 мин, а также позволяет полностью избежать осложнений. Осложнений мы не наблюдали.

Применение: при амбулаторных операциях, сложных (атипичных) удалениях зубов.

Положение иглы при разных видах (вариантах) резцовой анестезии:

А — игла направлена сбоку от резцового сосочка (отверстия); Б — положение иглы при внутриканальной анестезии



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ