



**Санкт-Петербургский медико-социальный
институт**

**Анастезия задних верхних
и нижнего луночкового
нерва по П.М. Егорову**

Студентка группы 322: Хаитова Амина

План:

- Анатомическое строение луночкового нерва;
- Техника выполнения анестезии;
- Зона обезболивания ;
- Осложнения;
- Показания к применению

Показания к применению

- Данный метод устранения болевой чувствительности применяется в следующих случаях: во время депульпирования первого, второго и третьего моляра; во время лечения периодонтита на больших жевательных зубах; при удалении основных коренных зубов; во время хирургического вскрытия гнойников в зоне моляров, например, в случае воспаления надкостницы; во время операций на верхнечелюстной кости в зоне задней стороны гайморовой пазухи; во время установки имплантатов жевательных зубов. Длительность обезболивающего эффекта позволяет применять туберальную анестезию при операциях, занимающих длительное время – например, при установке имплантатов в зоне жевательных зубов либо при наращивании костной ткани.

Анатомические строение

- **Задние верхние луночковые нервы ответвляются от верхнечелюстного нерва в крылонебной ямке и спускаются вниз по бугру верхней челюсти. Здесь они разделяются на две части, меньшая из которых распространяется поверхностно в слизистой оболочке и десен вокруг бугра и мягких тканях щеки.**

- 
- Большая часть задних верхних луночковых нервов через луночковых отверстия в костной ткани моляров (исключением медиального щечного корня), а также окружающих эти зубы костных тканей, периодонтальных связок и слизистой оболочки щечной поверхности альвеолярного отростка.

- Поэтому блокаду задних верхних луночковых нервов используют как проводниковое обезболивание при вмешательствах в области верхних моляров. При этом способе местной анестезии инъекцию раствора осуществляют у бугра верхней челюсти, где эти нервы наиболее доступны. В связи с этой особенностью есть и другое распространение название этого способа-туберальная (от лат.» бугор») анестезия.

Техника выполнения туберальной анестезии по Егорову

Топографические ориентиры:

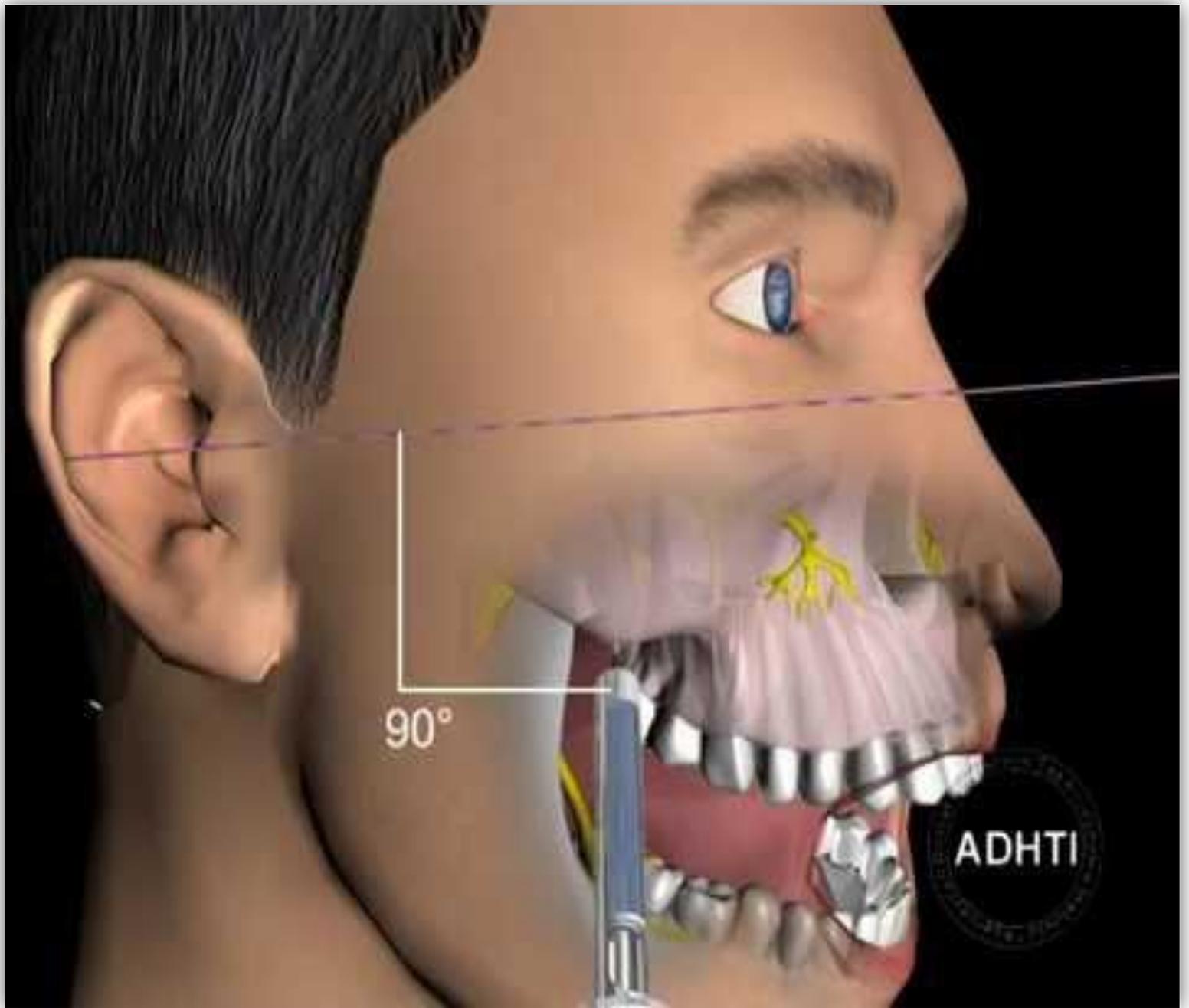
- Передненижний угол скуловой кости - можно прощупать, продвигая палец по скуло-альвеолярному гребню вверх.
- Нижненааружный край глазницы – определяется пальпаторно.
- Франкфуртская горизонталь – линия, соединяющая верхний край наружного слухового прохода с нижненааружным краем глазницы.



Сначала измеряют расстояние между нижненаружным краем глазницы и передненижним углом скуловой кости. Оно соответствует глубине продвижения иглы, которую можно отметить на игле стерильной резиновой пробкой. Вкол иглы делают в кожу на уровне передненижнего угла скуловой кости. При этом направление иглы составляет 45° с сагиттальной срединной плоскостью и 90° - с франкфуртской горизонталью. Продвинув иглу на отмеченную глубину, делают аспирационную пробу и вводят 2-5 мл анестетика. При этом жевательные мышцы и крыловидное венозное сплетение не попадают в зону продвижения иглы. На своем пути он проходит только жировой комок щеки.

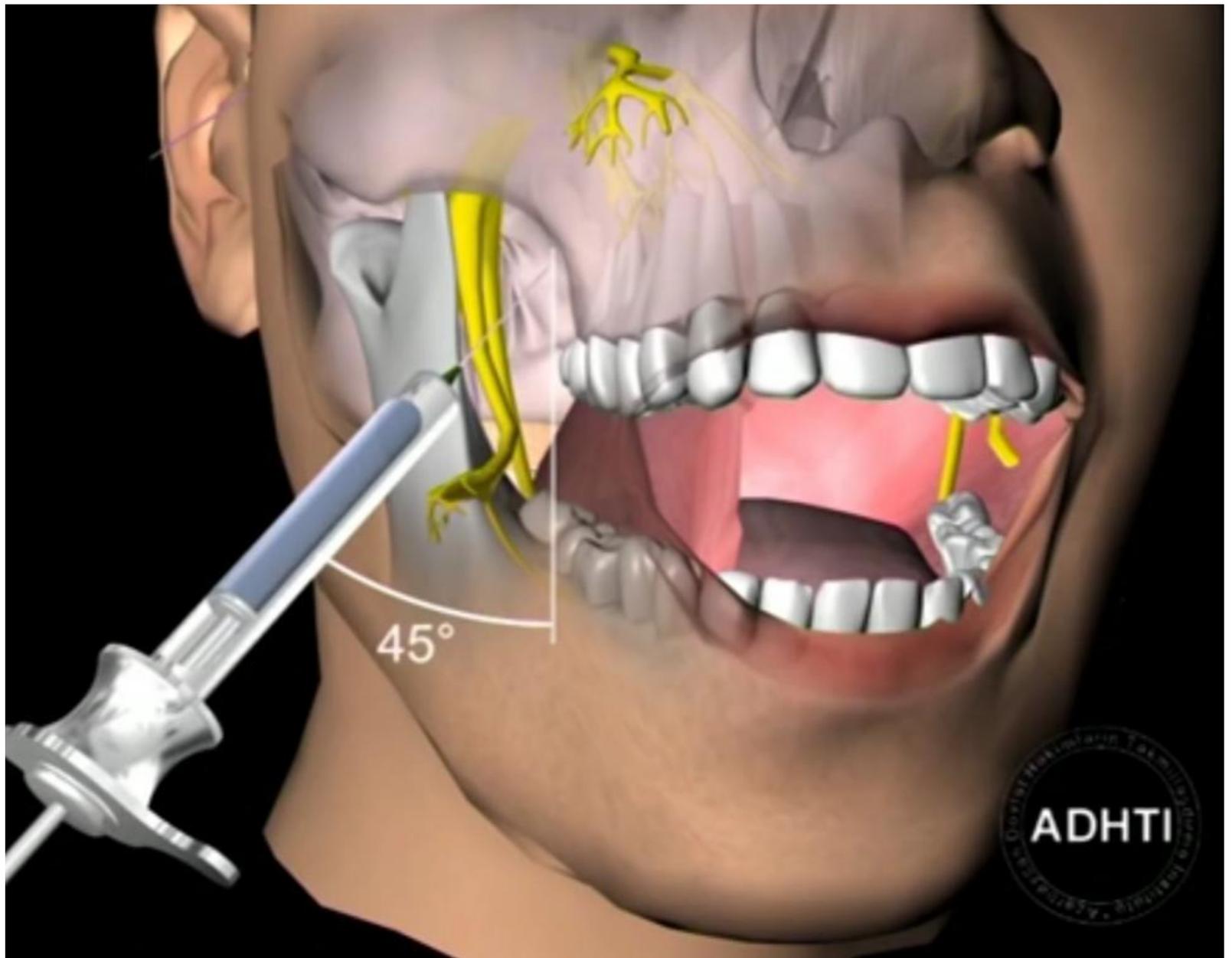
Зона обезболивания

- Области иннервации верхних задних луночковых нервов:
- Алвеолярного отростка
- Частично половины тела нижней челюсти, слизистой оболочки с вестибулярной и губной сторона от последнего зуба до средней линии.
- Слизистой оболочки наружной стороны алвеолярного отростка от второго премоляра до второго моляра (при блокаде только щечного нерва).



90°

ADHTI



Анестезия нижнего луночкового нерва по П.М.Егорву

- Для получения эффективной блокады нижнего луночкового нерва создают высокую концентрацию местного анестетика вокруг участка этого нерва. Для этого вводят анестетик в крыловидно-нижнечелюстное клеточное пространство. Следует иметь в виду толщину нижнего луночкового нерва (более 4 мм) и соответствующий размер крыловидно-нижнечелюстного клетчатного пространства, его глубину и расстояние от близлежащих анатомических образований.

- Анатомические ориентиры позволяют достаточно точно определить расположение наиболее удобного места для кончика иглы в крыловидно-нижнечелюстном пространстве, а также расположение нижнечелюстного отверстия конкретно у каждого пациента . Следует проводить две пересекающиеся линии, делящие ветвь нижней челюсти челюсти на четыре квадранта. Депо анестетика следует создавать у внутренней поверхности переднего и заднего верхних квадрантов.

Разделить ветвь нижней челюсти на 4 квадранта двумя пересекающимися линиями:

вертикальной, проведенной через середину вырезки и углубление впереди угла нижней челюсти по нижнему краю ее, и горизонтальной, соединяющей самую вогнутую часть переднего края нижней челюсти и вогнутую часть ее заднего края, т.е. через центр ветви нижней челюсти. Игла, продвигаясь сквозь крыловидно-нижнечелюстное пространство, попадает в средний отдел заднего верхнего квадранта ветви нижней челюсти.

- Менее травматичным местом для введения кончика иглы с небольшим эффектом блокады нижнего луночкового нерва является середина верхнего заднего квадранта. Необходимо отметить что задняя граница этого квадранта особенно опасна для возникновения постинъекционных осложнений. Там заканчивается крыловидно-нижнечелюстное клеточное пространство и начинается околоушная слюнная железа, в которой располагаются ветви лицевого нерва.

Техника

Блокада нижнего луночкового нерва по П.М. Егорову

Предварительно находят на коже проекционную точку нижнечелюстного отверстия. Для этого располагают пять пальцев левой руки врача на костных ориентирах пациента следующим образом. При проведении анестезии справа I палец располагают на переднем крае венечного отростка нижней челюсти у его основания; II палец - на нижнем крае скуловой дуги; IV палец – на заднем крае ветви у основания мышелкового отростка; V палец - по нижнему краю нижней челюсти на 1,5 см кпереди от угла; III палец помещают между IV и II на одной вертикали с V. При этом III палец располагается на проекционной точке.



Вкол иглы делают со стороны полости рта на 1,5 см ниже и кпереди от крючка крыловидного отростка основной кости.

Крючок можно нащупать предварительно пальцем позади верхнего третьего моляра на мягком небе. Конец иглы направляют на III палец, расположенный со стороны кожи. При этом игла проходит через межмышечный треугольник, образованный задним краем височной мышцы, прикрепляющейся к венечному отростку, нижним краем латеральной, передним краем медиальной крыловидной мышцы. В этом участке отсутствуют крупные сосуды и нервы.

Дойдя до кости, на глубине 2 см проводят аспирационную пробу и вводят 2 мл анестетика. При этом блокируются нижнелуночковый, язычный и иногда щечный нервы.

Анестезия наступает через 5-7 минут, т.к. раствор вводится непосредственно в крыловидно-нижнечелюстное пространство, где и проходит сосудисто-нервный пучок.

При проведении анестезии слева пальцы располагаются следующим образом: I - на переднем крае ветви, V – на заднем крае, IV- на нижнем крае нижней челюсти на 1,5 см спереди от угла, а остальные так же, как при анестезии справа.

По мнению автора, анестезия имеет следующие преимущества: не повреждаются мышцы и сосуды иглой, можно выполнять анестезию при не широко открытом рте, что позволяет добиться надежного обезболивания независимо от антропологических особенностей пациента, т.е. является индивидуализированной.

Зона обезболивания

- Этот метод обезболивания применяется при лечебных манипуляциях на участке десны, расположенном между первым премоляром и первым моляром. При обезболивающей инъекции иглолка шприца вводится около верхнеальвеолярного нерва, который проходит по задней стороне верхнечелюстной кости. В результате исчезает болевая чувствительность жевательных зубов, заднего участка альвеолярного отростка, а также прилегающих областей десен. Иногда обезболивание может иметь больший либо, напротив, меньший охват.

Осложнения

- Возможно случайное попадание иглой в носовую полость через основнебное отверстие.
- В случайное попадание иглы в задне отдель глазницы и зрительному нерву может произойти механическое повреждение отводящего и глазо двигательного нервов. Анестезия зрительного нерва грозит временой слепотой.
- Если же игла проникает в вернеглазничную щель , можно травмировать стенку пещеристого синуса , после чего развивается синус-тромбоз.



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!!!**