

ГБОУ ВО « ИвГМА» МЗ России

Кафедра стоматологии №1

Обезболивание нижней челюсти

Выполнила: студентка 3 курса лечебного
факультета 16 группы Цаплина Е.А.

Проверила: д.м.н., профессор Джураева Ш.Ф.

**1. Подскуловой способ
анестезии второй и
третьей ветвей
тройничного нерва (по
Вайсблату).**

Целесообразность метода

- При этом способе иглу вводят непосредственно под нижним краем скуловой дуги и продвигают через вырезку ветви нижней челюсти по направлению к основанию наружной пластинки крыловидного отростка. Ориентиром для правильного направления иглы при этом способе является наружная пластинка крыловидного отростка. Ее проекция на кожу находится на середине расстояния от основания козелка ушной раковины до наружного угла глаза.



Техника выполнения

- После обработки кожи лица пациента спиртом стерильной линейкой под скуловой дугой измеряют расстояние от козелка ушной раковины до наружного края глаза и отмечают середину этого расстояния на коже.
- На иглу длиной 6 см нанизывают стерильный резиновый кружок диаметром около 5 мм и иглу надевают на 10-граммовый шприц.
- В отмеченной точке производят вкол иглы и, предпосылая раствор анестетика, продвигают ее перпендикулярно поверхности кожи до упора в наружную пластинку крыловидного отростка.
- Отметив глубину погружения иглы резиновым кружком, ее выводят примерно на половину отмеченного расстояния.
- Для анестезии второй ветви тройничного нерва иглу направляют кпереди под углом $20\text{—}25^\circ$, не изменяя ее положения в горизонтальной плоскости. Продвинув ее вглубь на длину, отмеченную резиновым кружком, достигают входя в крылонёбную ямку, где выпускают 3-120 мл анестетика.
- Зона обезболивания распространяется на соответствующую половину верхней и нижней челюсти.

2. Анестезия третьей ветви тройничного нерва по В.М. Уварову.

Техника выполнения

- В. М. Уваров предложил производить вкол иглы под скуловой дугой на 2 см кпереди от козелка уха, продвинув иглу в глубь мягких тканей так, чтобы она прошла через вырезку ветви нижней челюсти непосредственно перед мышелковым отростком, и, погрузив ее вглубь на 4-4,5 см, достигают овального отверстия, где вводят 5-6 мл анестетика.



3. Анестезия нижнего альвеолярного нерва в области отверстия нижней челюсти (мандибулярная анестезия).

Техника выполнения

- Этот метод называется мандибулярный, хотя нижнечелюстной, нерв не блокирует. У отверстия нижней челюсти блокируют его ветви — нижний альвеолярный и язычный нервы.
- Нижний альвеолярный нерв входит в костный канал через отверстие нижней челюсти. У взрослого человека отверстие нижней челюсти находится на уровне жевательной поверхности нижних моляров. У стариков и детей — несколько ниже.
- Спереди и изнутри оно прикрыто язычком нижней челюсти, поэтому анестетик следует вводить на 0,75-1 см выше того отверстия, перед вхождением нерва в канал.

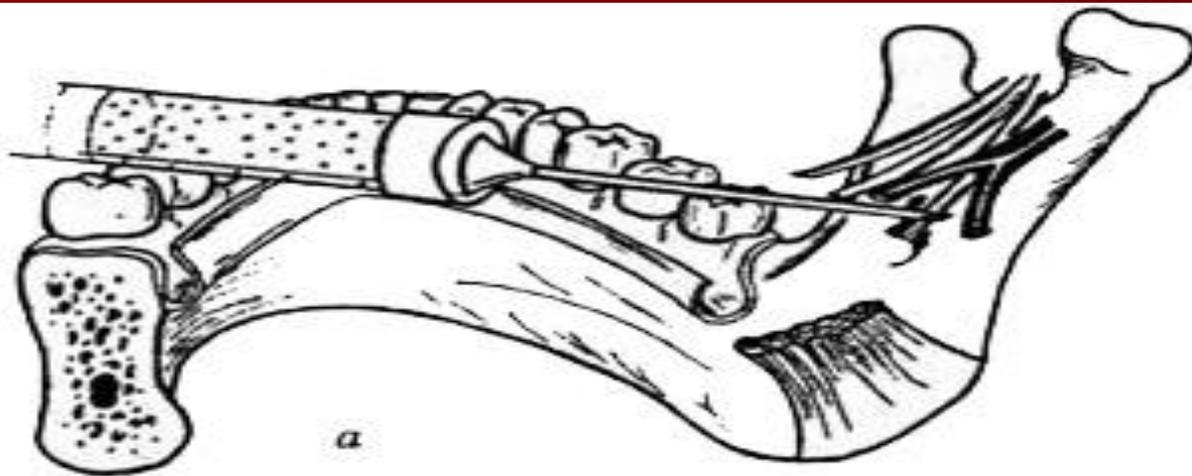


Рис. а — положение конца иглы по отношению к сосудистому пучку нижней челюсти при проводниковом обезболивании;

б — ориентир — место входа иглы при мандибулярный

Техника выполнения

Методы:

1. *Внеротовые (анестезия при помощи пальпации костных ориентиров, аподактильный метод)*
2. *Внутриротовые (из поднижнечелюстной области, подскуловой способ по Берше—Дубову)*

Анестезия при помощи пальпации КОСТНЫХ ориентиров.

- Пальцем пальпируют передний край ветви нижней челюсти на уровне задней поверхности коронки третьего моляра. Определяют височный гребешок, переместив палец несколько кнутри, проекцию его переносят на слизистую. Затем палец фиксируют в позадимолярной ямке.



Техника выполнения

- Вкол иглы делают кнутри от проекции височного гребешка и на 0,75-1 см выше жевательной поверхности третьего моляра, располагая шприц на уровне премоляров противоположной стороны.
- Продвинув иглу кнаружи и кзади до кости на 0,5-0,75 см, вводят 0,5-3 мл анестетика, выключают язычный нерв, продвинув иглу еще на 2 см, доходят до места вхождения нижнего альвеолярного нерва в канал. Здесь вводят 2-3 мл анестетика.
- Не меняя исходного положения шприца, не всегда удастся продвинуть иглу к отверстию нижней челюсти. Это удастся, если перенести шприц на уровень центральных резцов и продвинуть иглу кзади на 2 см параллельно внутренней поверхности ветви нижней челюсти.

Аподактильный метод.

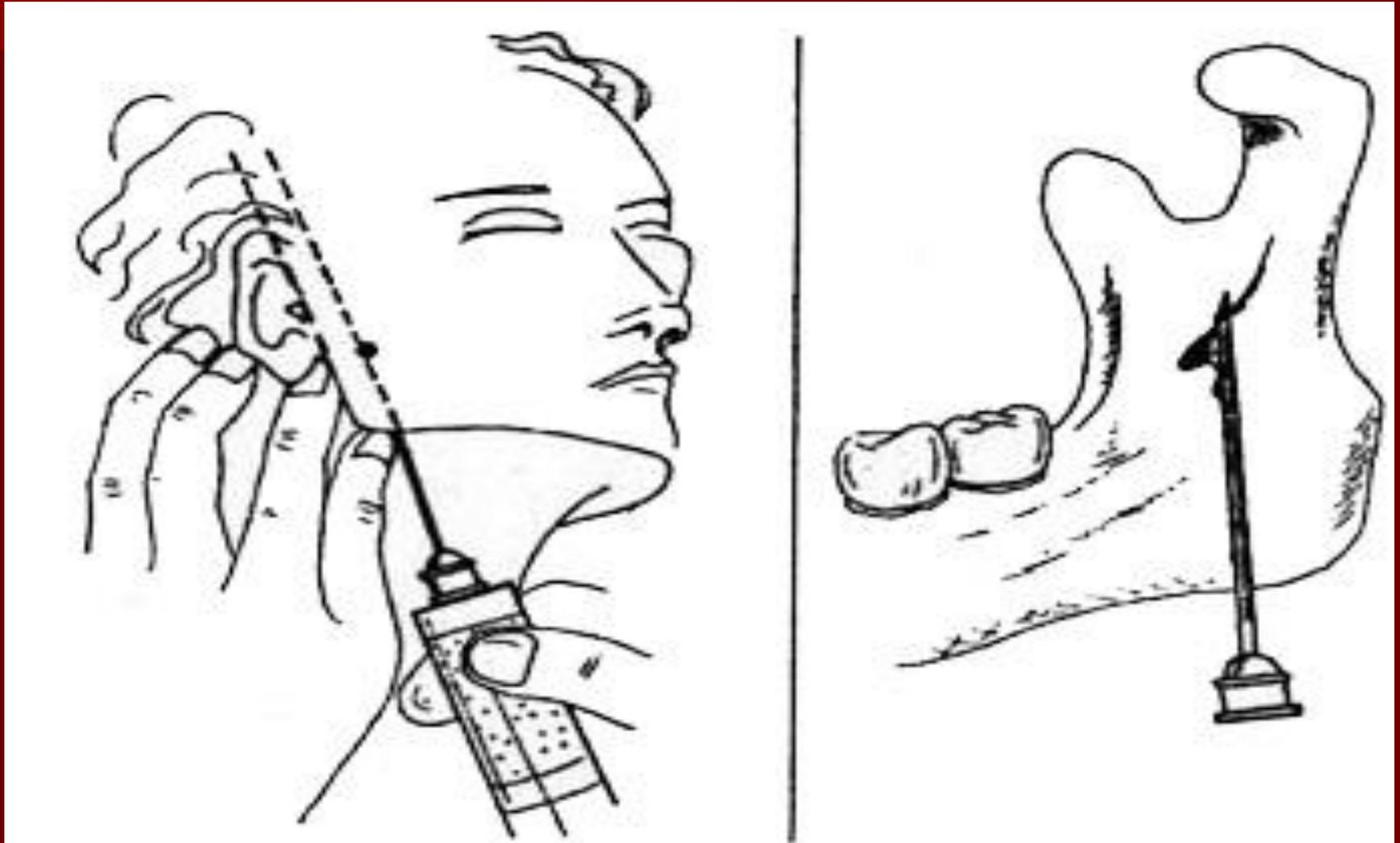
- Ориентиром является крыловидно-нижнечелюстная складка, которая располагается кнутри от височного гребешка. Рот пациента широко открыт.



Техника выполнения

- Шприц располагают на уровне премоляров противоположной стороны.
- Вкол производят в наружный край крыловидно-нижнечелюстной складки на середине расстояния между жевательными поверхностями верхних и нижних моляров. Если складка широкая, то вкол иглы делают в середину, если узкая, то в медиальный ее край.
- Иглу продвигают кнаружи и кзади до кости (на глубину 1,3-2 см). Вводят 2-3 мл анестетика, исключая нижний альвеолярный нерв и язычный. Иногда игла, погруженная в мягкие ткани на 2 см, не касается кости. В этом случае шприц нужно отвести еще более в противоположную сторону, расположив его на уровне второго моляра

Из поднижнечелюстной области.



Техника выполнения

- Производят вкол иглы у основания нижней челюсти, отступя на 1,5 см кпереди от ее угла. Иглу продвигают вверх на 3,5 см по внутренней поверхности ветви нижней челюсти строго параллельно ее заднему краю. Следует обязательно сохранять контакт иглы с костью.
- Удобнее вводить иглу без шприца и только перед введением анестетика присоединять его.
- Вводят 2 мл анестетика для блокады нижнего альвеолярного нерва.
- Продвинув иглу вверх еще на 1 см, блокируют язычный.

Подскуловой способ по Берше— Дубову.

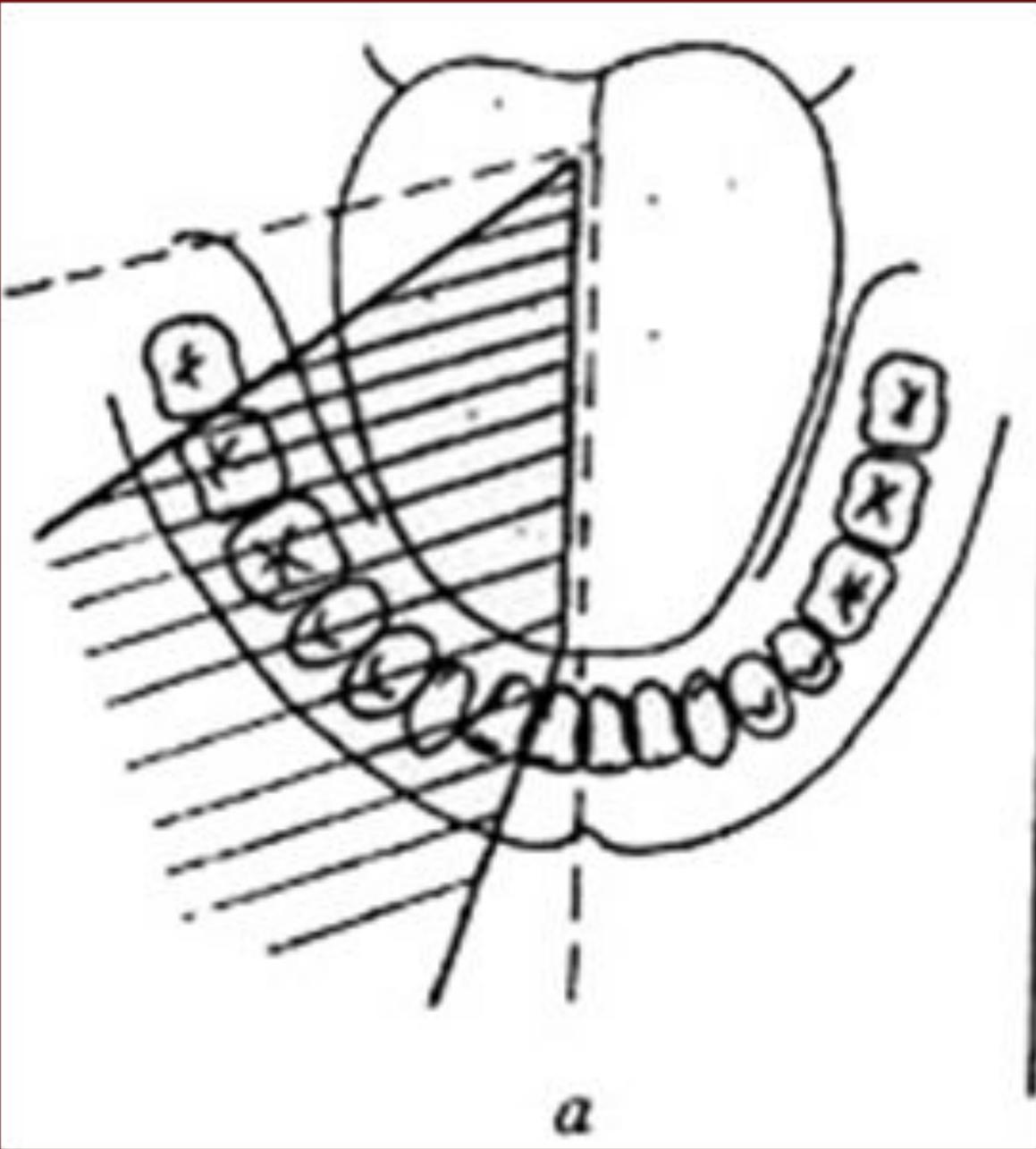


- Располагают иглу перпендикулярно коже боковой поверхности лица.
- Вкол иглы производят непосредственно под нижним краем скуловой дуги, отступив на 2 см кпереди от основания козелка уха.
- Иглу продвигают на 3-3,5 см внутрь, предпосылая анестетик.
- Вводят 3-5 мл анестетика.

Зона обезболивания при мандибулярной анестезии

- Все зубы нижней челюсти соответствующей половины
- Костная ткань альвеолярной части и частично — нижней челюсти
- Слизистая оболочка альвеолярного отростка с оральной и вестибулярной стороны
- Слизистая подъязычной области и передних 2/3 языка
- Кожа и слизистая нижней губы
- Кожа подбородка на стороне анестезии.

Обезболивание наступает через 7-15 минут.
Продолжительность зависит от выбранного анестетика.



4. Торусальная анестезия по Вайсбрему.

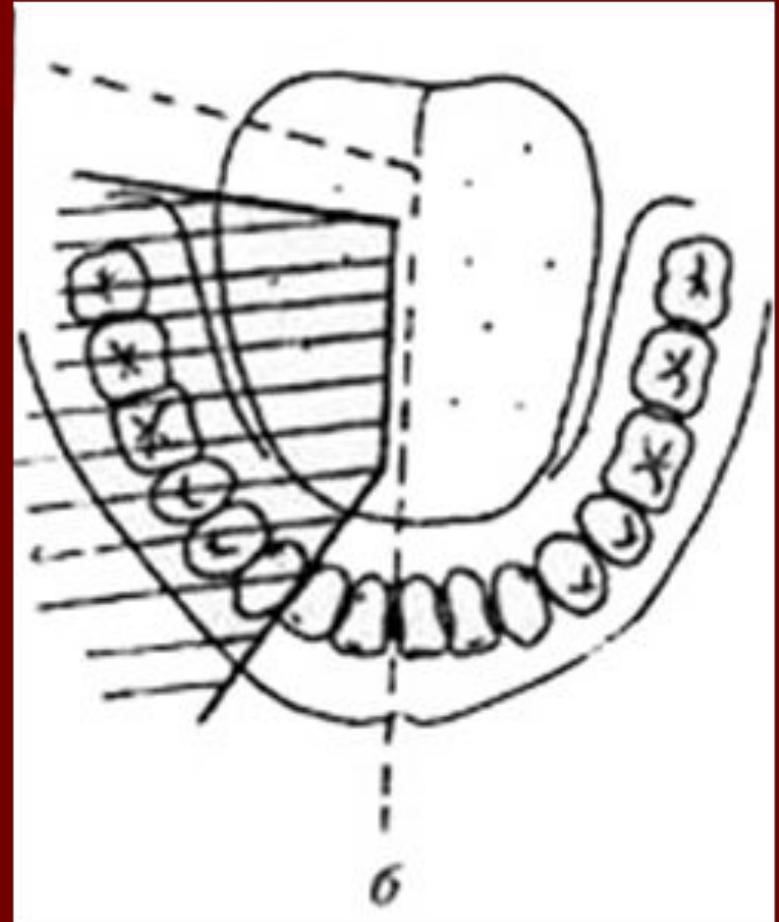
- Раствор анестетика вводят в область нижнечелюстного валика, где располагается нижнеальвеолярный, язычный и щечный нервы, окруженные клетчаткой. Рот пациента должен быть максимально открыт.



Техника выполнения

- Местом вкола является точка, образованная пересечением горизонтальной линии, проведенной на 0,5 см ниже жевательной поверхности верхнего третьего моляра и бороздки, образованной латеральным скатом крыловидно-нижнечелюстной складки щеки.
- Иглу вводят строго перпендикулярно тканям щеки, направляя шприц с противоположной стороны, ее продвигают до кости на глубину 0,25-2 см.
- Вводят 1,5-2 мл анестетика, выключая нижний альвеолярный и щечный нервы, затем, выведя иглу в обратном направлении, вводят 0,5-1 мл анестетика для выключения язычного нерва. Анестезия наступает через 5 мин.

- Зона обезболивания: те же ткани, что и при анестезии у отверстия нижней челюсти, а также слизистая оболочка щеки и кожа, слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти от середины второго премоляра до середины второго моляра.



5. Анестезия у подбородочного отверстия (ментальная).

Внеротовой метод.

- Если анестезию проводят на правой половине нижней челюсти, то врачу следует встать справа и сзади от пациента.
- Вкол иглы делают на 0,5 см выше и кзади от этой точки, придав игле направление с учетом хода канала, внутрь и кпереди до контакта с костью.
- Вводят 0,5 мл анестетика.
- Осторожно иглой отыскивают вход в канал и вводят иглу на глубину 3-5 мм.
- Вводят 1-2 мл анестетика, обезболивание наступает через 5 мин.

Внутриротовой метод.

- Зубы пациента должны быть сомкнуты.
- Отводят щеку, вкол делают на уровне середины коронки первого моляра, отступая несколько миллиметров наружи от нижнего свода преддверия рта.
- Иглу продвигают на глубину 0,75-1 см вниз, кпереди и внутрь до подбородочного отверстия.
- Остальные моменты анестезии такие же, как при внеротовом способе.



Зона обезболивания

- Мягкие ткани подбородка и нижней губы
- Премоляры, клыки и резцы
- Костная ткань альвеолярной части
- Слизистая оболочка вестибулярной стороны. Иногда зона обезболивания распространяется до уровня второго моляра.

**6. Анестезия по Берше для
устранения
воспалительной
контрактуры.**

Техника выполнения

- Эта анестезия обезболивает двигательные волокна третьей ветви тройничного нерва.
- Иглу вкалывают перпендикулярно коже под скуловой дугой на 2 см кпереди от козелка уха и, продвигая иглу через полулунную вырезку нижней челюсти на глубину 2-2,5 см, вводят 3-4 мл анестетика.
- Анестезия наступает через 10 мин.

Техника выполнения

- М.Д. Дубов модифицировал способ Берше.
- При продвижении иглы вглубь на 3-3,5 см и введении здесь анестетика последний проникает к внутренней поверхности латеральной крыловидной мышцы и выключает нижнелуночковый и язычный нервы, которые располагаются рядом с этой мышцей.

