

ФГАОУ ВО «Северо-Восточный Федеральный Университет
им. М.К. Аммосова»

Медицинский институт

Кафедра терапевтическая, хирургическая, ортопедическая
стоматология и детского возраста

Мандибулярная анестезия

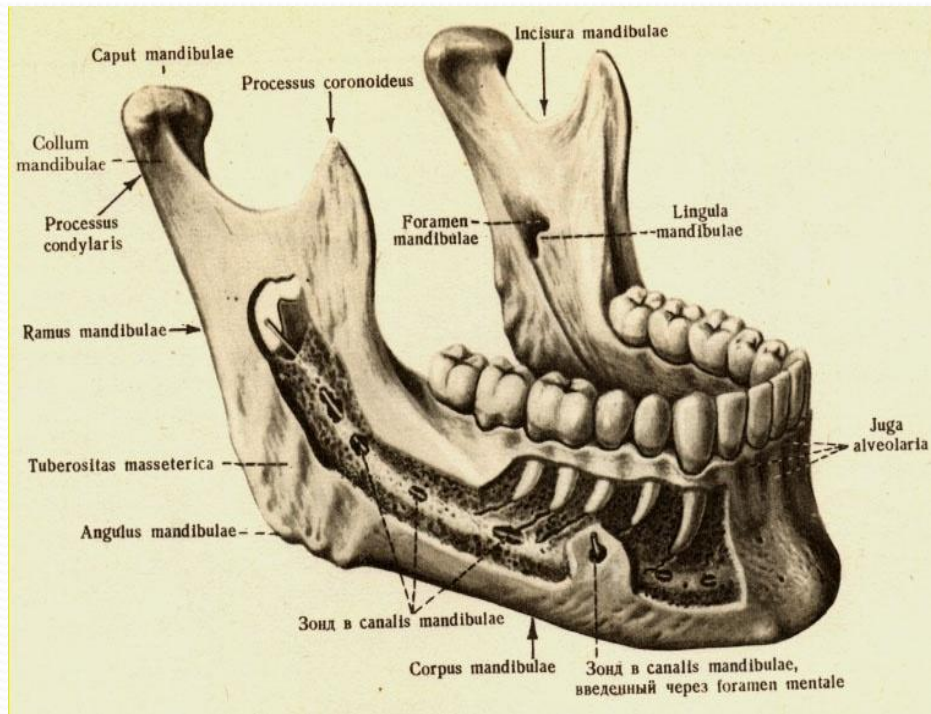
Выполнила: студентка 3 курса

Группы СТО-16-301/1

Васильева Нария

Проверил: к.м.н., доцент.

Чахов А.А.



- Особенности анатомического строения нижней челюсти состоит в том, что наружная и внутренняя поверхности тела нижней челюсти состоят из плотных слоев компактного вещества, которое практически не имеет отверстий.

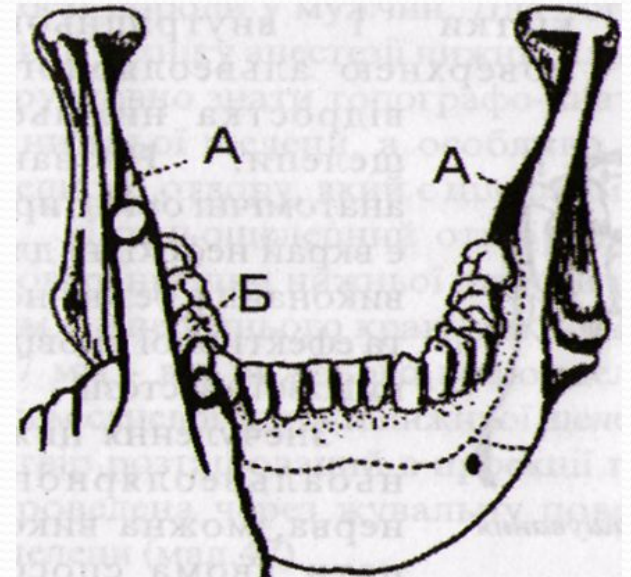
- В этих условиях диффузия местных анестезирующих растворов в глубь костной ткани к нижнему альвеолярному затруднена.

- Основным способом местной анестезии на нижней челюсти является проводниковое обезболивание.



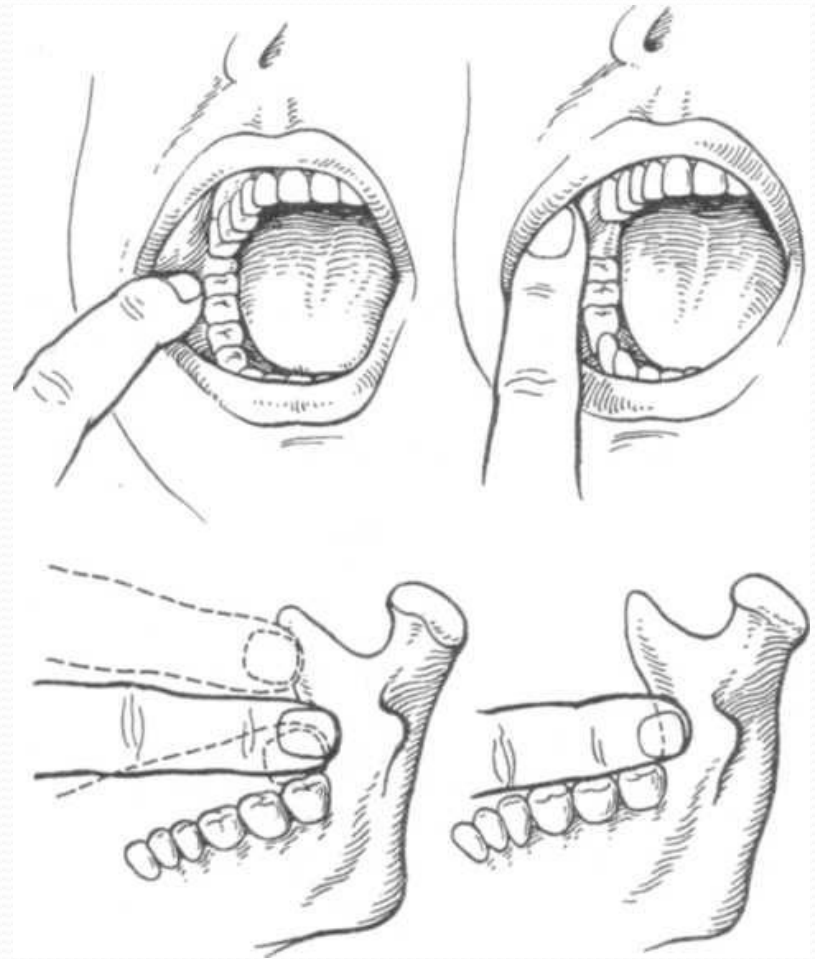
Мандибулярная анестезия

- Цель: блокада нижнего альвеолярного и язычного нервов.
- Существует внутриротовой и внеротовой способы.
- Внутриротовое блокирование осуществляют пальпаторно и аподактильно.



Пальпаторный способ

- Необходимо определить расположение позадиомолярной ямки и височного гребешка, который является ориентиром для вкола.
- Костные ориентиры пальпируют указательным пальцем левой руки, если анестезию проводят справа, или большим пальцем, если ее выполняют справа.



- Палец фиксируют в позадикулярной ямке.
- Шприц располагают на малых коренных зубах противоположной стороны.
- Вкол иглы делают кнутри от височного гребешка и на 0,75-1 см выше жевательной поверхности третьего большого коренного зуба.



- Иглу продвигают кнаружи и кзади, на глубине 0,5-0,75 см достигают кости.
- Выпустив 0,5-1 мл раствора анестетика, «выключают» язычный нерв.
- Продвинув иглу еще на 2см, доходят до костного желобка, в котором расположен нижний альвеолярный нерв перед вхождением его в канал НЧ.

Здесь вводят 2-3 мл анестетика для выключения этого нерва.

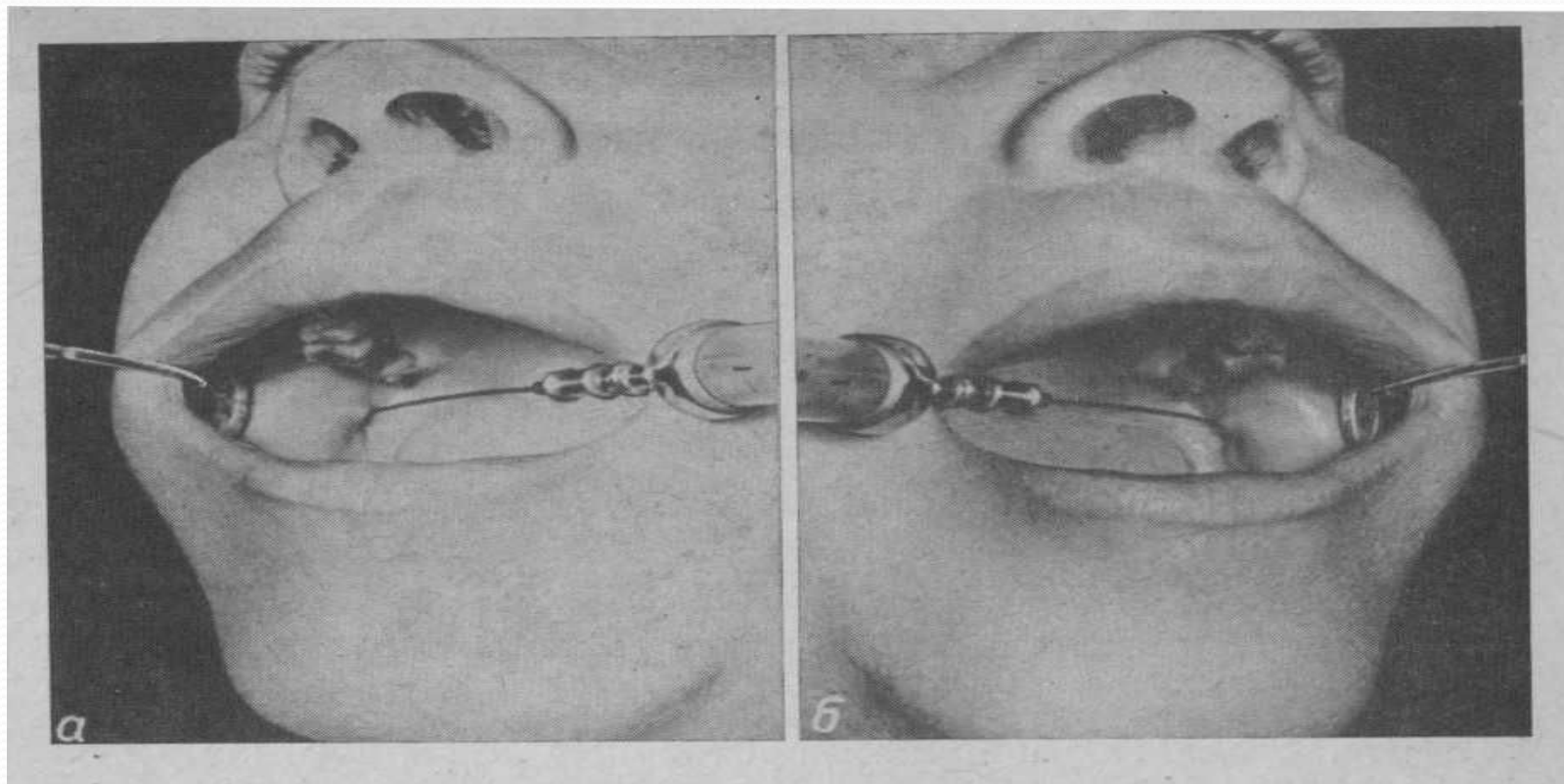
Аподактильный метод

- Основным ориентиром является *крыловидно-нижнечелюстная складка*.
- Она расположена кнутри от височного гребешка и может быть широкой, узкой или иметь обычный (средний) поперечный размер.



- При широко открытом рте больного шприц располагают на малых коренных зубах противоположной стороны.

- Вкол иглы производят в наружный скат крыловидно-нижнечелюстной складки.



Торусальная анестезия

- При этом виде анестезии местнообезболивающий раствор вводят в область нижнечелюстного валика, который находится в месте соединения костных гребешков, идущих от венечного и мышцелкового отростков --выше и кпереди от костного язычка нижнем челюсти.





- Рот пациента открыт максимально широко.
- Место вкола иглы — точка, образованная пересечением горизонтальной линии, проведённой на 0,5 см ниже жевательной поверхности верхнего третьего большого коренного зуба и бороздки, образованной латеральным скалом крыловидно-нижнечелюстной складки и щекой.
- Вкол иглы производят перпендикулярно слизистой оболочке щеки, направляя шприц с противоположной стороны, где он располагается на уровне больших коренных зубов.

- Иглу продвигают до кости на глубину от 0,2 до 2 см под контролем аспирационной пробы. Выведя иглу на несколько миллиметров, вводят 0,5—0,8 мл анестетика для блокирования язычного нерва.

- Зона обезболивания.

Те же ткани, что и при мандибулярной анестезии, включая слизистую оболочку и кожу щеки, слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти от середины второго премоляра до середины второго моляра. Слизистая оболочка языка соответствующей стороны. Все зубы нижнем челюсти соответствующей стороны, костная ткань альвеолярного отростка и частично тела нижней челюсти. Слизистая оболочка нижней губы, кожа подбородка на стороне анестезии.

Внеротовые методы

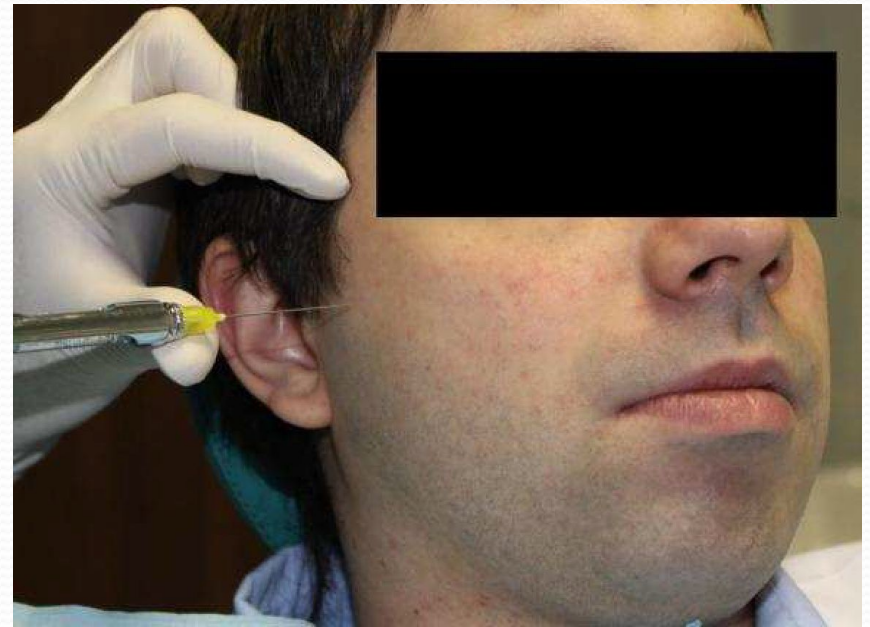
Поднижечелюстной метод

- Используется при затрудненном открывании рта.
- На середине линии, проведенной от верхнего края козелка уха к месту пересечения переднего края жевательной мышцы с основанием нижней челюсти, находится проекция нижнечелюстного отверстия.
- Вкол иглы проводят в области основания нижней челюсти, отступя от края на 1,5 см кпереди от угла, иглу продвигают вверх на 3,5-4 см, сохраняя контакт с костью, где выпускают основную часть анестетика. Продвинув иглу еще на 1 см, выключают язычный нерв.



Подскуловой метод

- Вкол иглы проводят непосредственно под нижнем краем скуловой дуги, отступя 2 см кпереди от основания козелка уха.
- Иглу располагают перпендикулярно кожным покровам и продвигают на 3-3,5 см к средней линии строго горизонтально, постепенно выпуская анестетик.



Торусальная анестезия (по Вейсбрему)

- При широко открытом рте больного шприц располагают на молярах противоположной стороны.



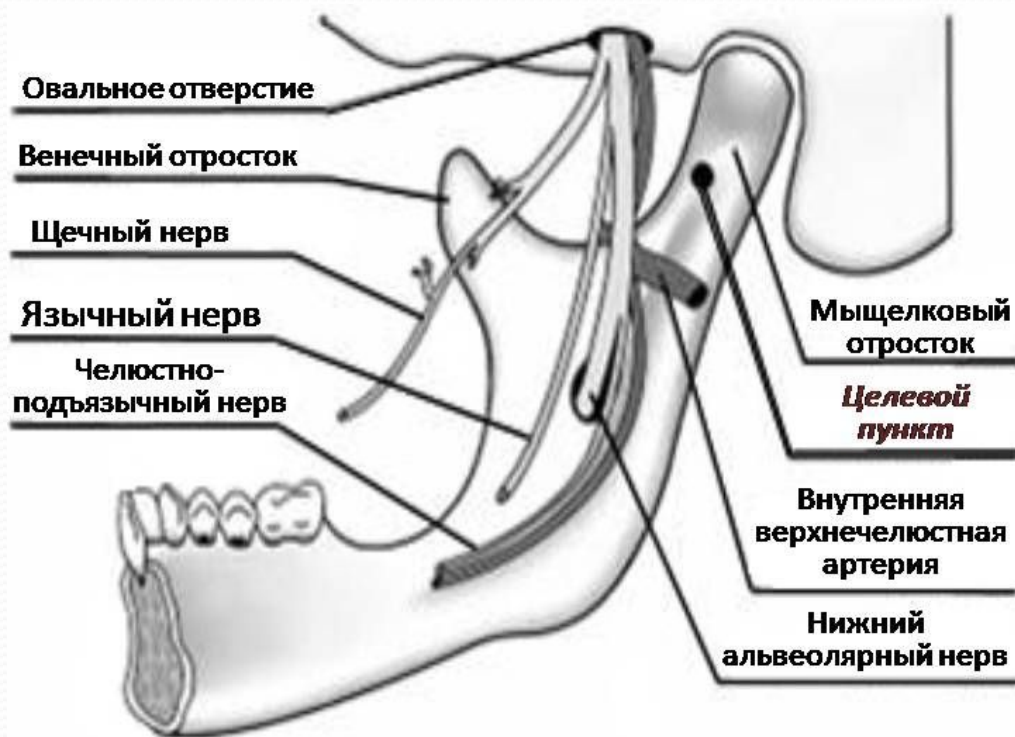
- Вкол иглы проводят в латеральный скат крыловидно-нижнечелюстной складки на 5мм ниже окклюзионной поверхности верхних моляров.
- Иглу продвигают кнаружи и кзади до контакта с костью.

Блокируют нижний альвеолярный и щечный нерв.

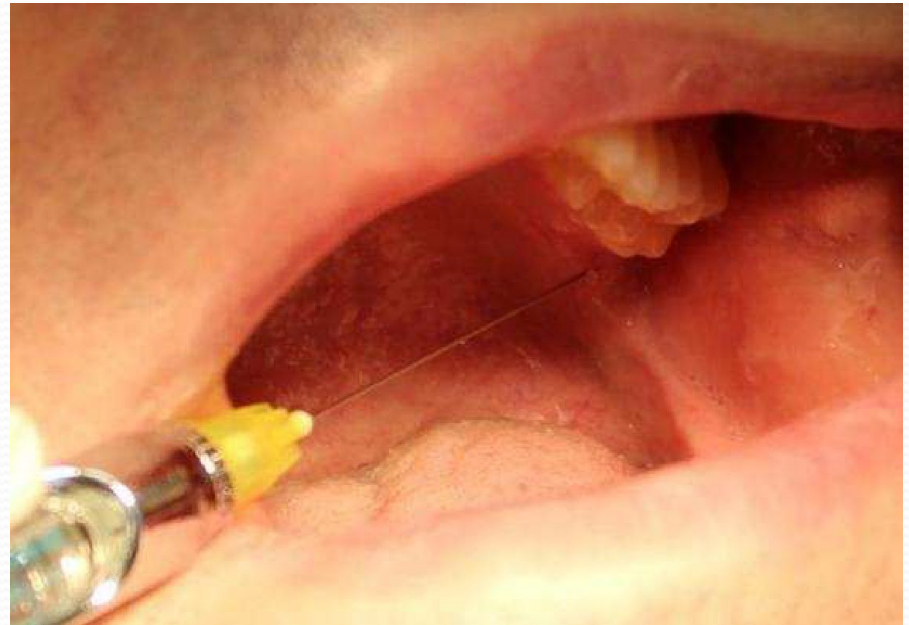
Выведя иглу на несколько мм в обратном направлении, блокируют язычный нерв.

Анестезия по Гоу-Гейтсу

- Обезболивание нижнего альвеолярного нерва в области шейки мышечкового отростка.



- Рот пациента максимально открыт.
- Шприц располагают в противоположном углу рта.
- Вкол иглы проводят в области ретромолярного вдавления верхней челюсти.
- Иглу продвигают кверху, кнаружи и кзади до контакта с костью.
- Блокируют нижний альвеолярный, щечный и язычный нервы.



Ментальная анестезия

- Обезболивание подбородочного нерва и резцовой ветви нижнего альвеолярного нерва в области подбородочного отверстия.



Внутриротовой метод



- Рот пациента закрыт, мягкие ткани щеки отведены в сторону.
- Вкол иглы проводят в переходную складку между 1 и 2 премолярами.
- Иглу продвигают кзади и кнутри не доходя до отверстия 5мм.

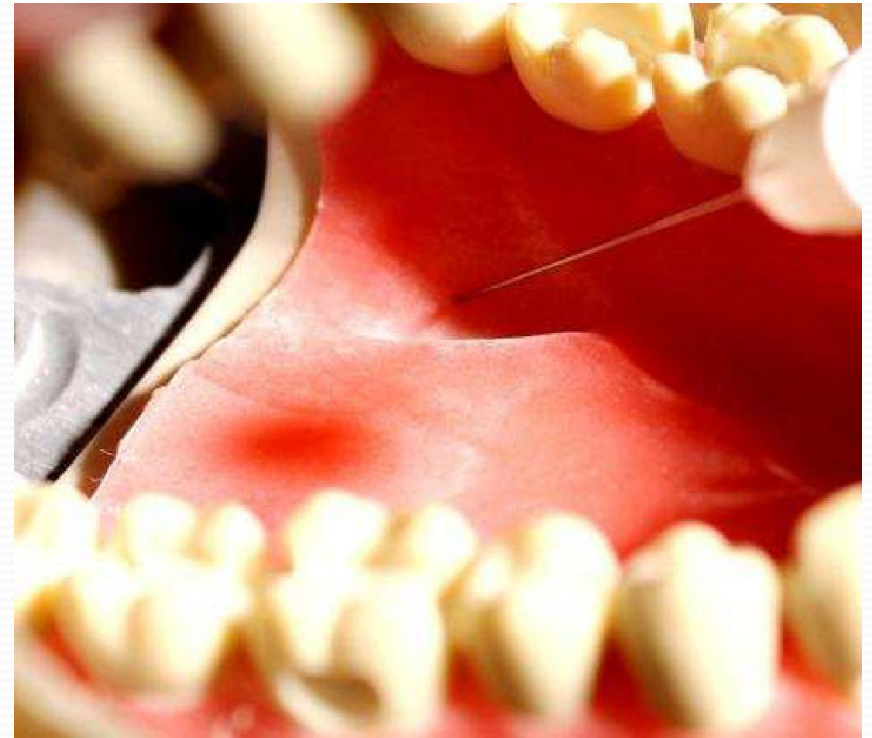
Внеротовой метод

- Палец располагают на коже в проекции подбородочного отверстия.
- Вкол иглы проводят на 5 мм выше и кзади от его проекции.
- Иглу продвигают кпереди и кнутри до контакта с костью, выключают подбородочный нерв.

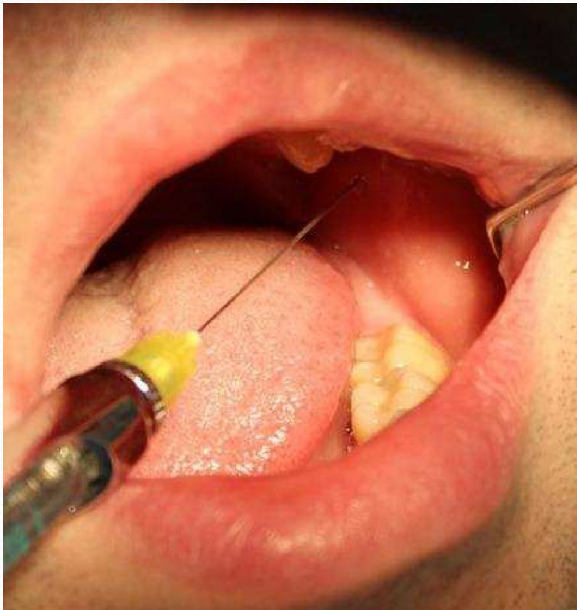


Блокада язычного нерва

- Язык отводят шпателем в противоположную сторону.
- Вкол иглы делают в слизистую оболочку в наиболее глубокой части челюстно-язычного желобка.



Блокада щечного нерва



Иглу продвигают на 1-1,5 см до переднего края венечного отростка.

- Рот пациента широко открыт.
- Шприц располагают с противоположной стороны.
- Вкол иглы проводят в точку, образованную пересечением горизонтальной линии, проведенной на уровне жевательной поверхности верхних моляров и вертикальной линии, являющейся проекцией переднего края венечного отростка на слизистую оболочку щеки.

Осложнения при проведении анестезии

Местные осложнения

- Поломка иглы
- Боль при введении анестетика
- Недостаточное обезболивание
- Избыточное распространение анестетика
- Ятрогенное и самостоятельное повреждение анестезированных тканей
- Травма сосуда иглой
- Сдавление сосудов анестетиком
- Введение анестетика с вазоконстриктором в сосуд
- Повреждение медиальной или латеральной крыловидной мышцы
- Травма нерва

Общие осложнения

- Обморок
- Коллапс
- Аллергические реакции
- Асфиксия (острая дыхательная недостаточность)
- Бронхоспазм
- Гипертонический криз
- Ишемическая болезнь сердца
- Острый инфаркт миокарда
- Инсульт
- Крапивница. Отек Квинке
- Гипо- и гипергликемическая (диабетическая) кома
- Судорожный синдром



Спасибо за внимание!!!