

Торусальная и ментальная
анестезия.

Правила проведения и осложнения.



Торусальная анестезия.

При *торусальной анестезии* обезболивающий раствор вводят в область нижнечелюстного валика (*torus mandibularis*). Он находится в месте соединения костных гребешков, идущих от венечного и мышцелкового отростков, — выше и кпереди от костного язычка нижней челюсти. Ниже и кнутри от валика располагаются нижний альвеолярный, язычный и щечный нервы, окруженные рыхлой клетчаткой (рис. 5.22, а). При введении анестетика в данную зону эти нервы могут быть «выключены» одновременно.

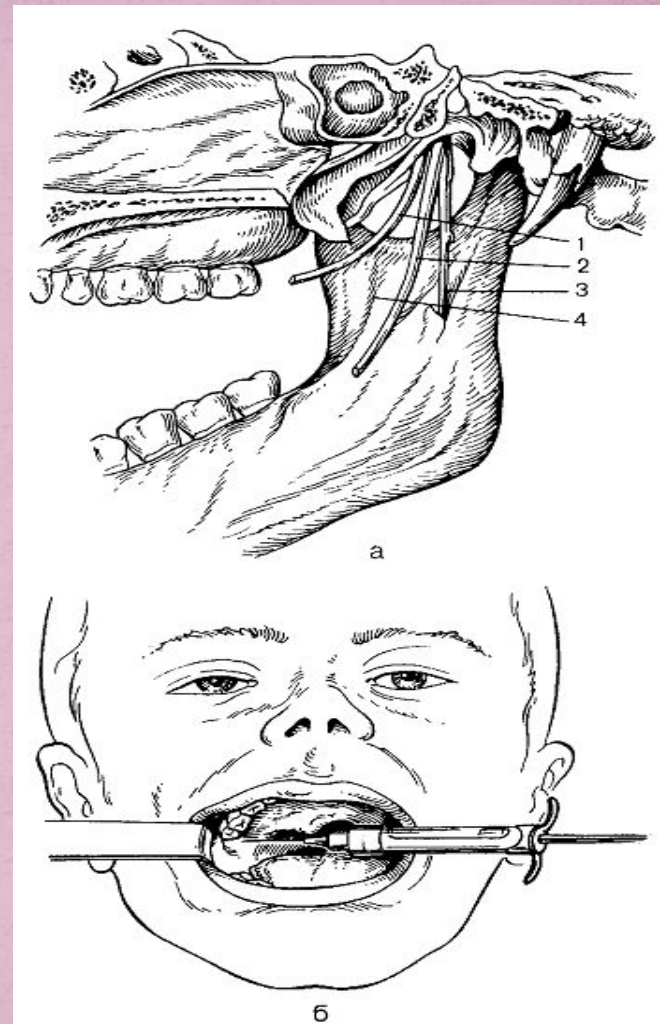


Рис. 5.22. Торусальная анестезия по Вейсбрему.
а — расположение нервов в области нижнечелюстного валика: 1 — щечный нерв, 2 — язычный нерв, 3 — нижний альвеолярный нерв, 4 — височный гребешок; б — положение иглы и шприца при выполнении торусальной анестезии.

- При *торусальной анестезии* рот больного должен быть открыт максимально широко. Вкол иглы производят перпендикулярно к слизистой оболочке щеки, направляя шприц с противоположной стороны, где он располагается на уровне больших коренных зубов. Местом вкола является точка, образованная пересечением горизонтальной линии, проведенной на 0,5 см ниже жевательной поверхности верхнего третьего большого коренного зуба и бороздки, образованной латеральным скатом крыловидно-нижнечелюстной складки и щекой (рис. 5.22, б). Иглу продвигают до кости (на глубину от 0,25 до 2 см). Вводят 1,5—2,0 мл анестетика, блокируя нижний альвеолярный и щечный нервы. Выведя иглу на несколько миллиметров в обратном направлении, инъецируют 0,5—1,0 мл анестетика для «выключения» язычного нерва. Анестезия наступает через 5 мин.

Зона обезболивания при **торусальной анестезии**: те же ткани, что и при анестезии у отверстия нижней челюсти, а также ткани, иннервируемые щечным нервом: слизистая оболочка и кожа щеки, слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти от середины второго малого коренного зуба до середины второго большого коренного зуба. В связи с особенностями взаимоотношений щечного нерва с нижним альвеолярным и язычным нервами обезболивание в зоне иннервации щечного нерва наступает не всегда. В этом случае следует дополнительно провести инфильтрационную анестезию в области операционного поля для «выключения» периферических окончаний щечного нерва.

Ментальная анестезия.

Для выполнения *ментальной анестезии* необходимо определить расположение подбородочного отверстия. Чаще оно располагается на уровне середины альвеолы нижнего второго малого коренного зуба или межальвеолярной перегородки между вторым и первым малыми коренными зубами и на 12—13 мм выше основания тела нижней челюсти.

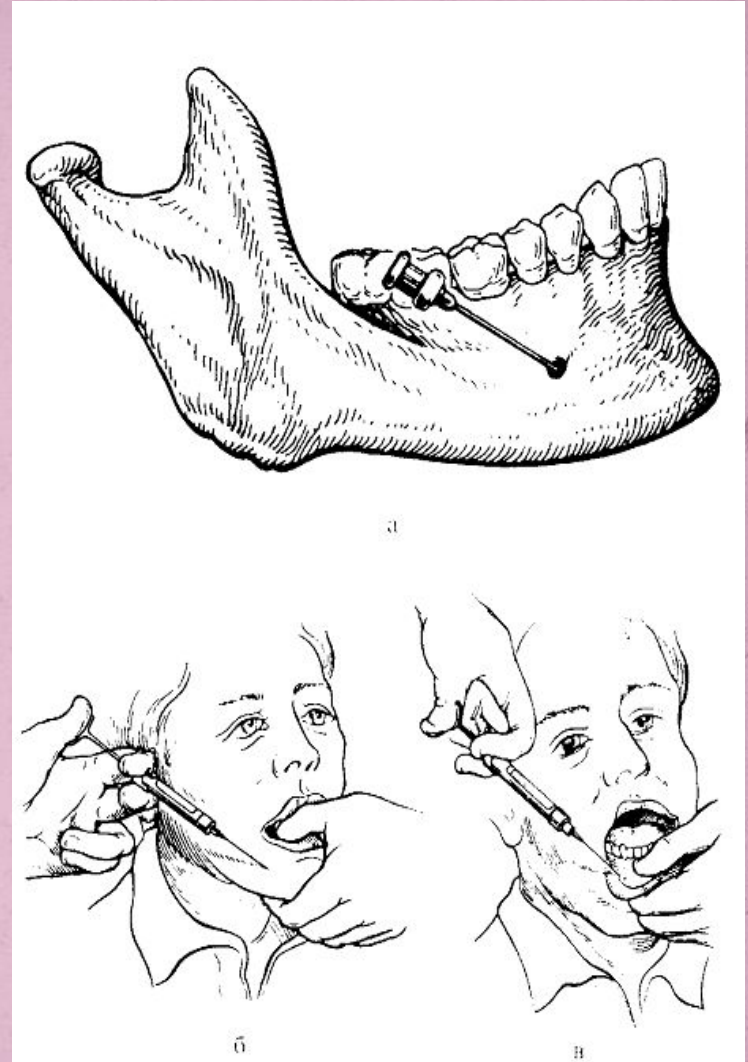


Рис. 5.25. Введение обезболивающего средства в подбородочное отверстие.

а — положение иглы; б — внеротовой способ; в — внутривертебральный способ.

Проекция отверстия находится, таким образом, на середине расстояния между передним краем жевательной мышцы и серединой нижней челюсти. Подбородочное отверстие (устье канала нижней челюсти) открывается кзади, кверху и наружу. Это следует помнить, чтобы придать игле направление, позволяющее ввести ее в канал (рис. 5.25, а).

Внеротовой метод. Проводя ментальную анестезию на правой половине нижней челюсти, удобное положение для врача — справа и сзади больного. «Выключая» подбородочный нерв слева, врач располагается справа и впереди от больного. Определяют проекцию подбородочного отверстия на кожу и указательным пальцем левой руки в этой точке прижимают мягкие ткани к кости. Придав игле направление с учетом хода канала, делают вкол иглы на 0,5 см выше и сзади от проекции подбородочного отверстия на кожу (рис. 5.25, б).

Затем продвигают ее вниз, внутрь и кпереди до соприкосновения с костью. Введя 0,5 мл анестетика и осторожно перемещая иглу, находят подбородочное отверстие и входят в канал. Ориентиром может служить ощущение характерного проваливания иглы. Продвигают иглу в канале на глубину 3—5 мм и вводят 1—2 мл обезболивающего раствора. Анестезия наступает через 5 мин. Если иглу не вводить в канал нижней челюсти, то зона обезболивания, как правило, ограничивается только мягкими тканями подбородка и нижней губы. Обезболивание в области малых коренных зубов, клыка, резцов и альвеолярной части в этом случае выражено недостаточно.

Внутриротовой метод. При сомкнутых или полусомкнутых челюстях больного отводят мягкие ткани щеки в сторону. Вкол иглы делают, отступив несколько миллиметров кнаружи от переходной складки, на уровне середины коронки первого большого коренного зуба (рис. 5.25, в). Иглу продвигают на глубину 0,75—1,0 см вниз, кпереди и внутрь до подбородочного отверстия. Последующие моменты выполнения анестезии не отличаются от таковых при внеротовом методе.

Зона обезболивания при ментальной анестезии: мягкие ткани подбородка и нижней губы, малые коренные зубы, клыки и резцы, костная ткань альвеолярной части, слизистая оболочка его с вестибулярной стороны в пределах этих зубов. Иногда зона обезболивания распространяется до уровня второго большого коренного зуба. Выраженная анестезия наступает обычно только в пределах малых коренных зубов и клыка. Эффективность обезболивания в области резцов невелика из-за наличия анастомозов с противоположной стороны.

Осложнения при ментальной анестезии.

При повреждении сосудов возможны кровоизлияние в ткани и образование гематомы, появление участков ишемии на коже подбородка и нижней губы. При травме нервного ствола может развиваться неврит подбородочного нерва. Лечение и профилактика этих осложнений не отличаются от таковых при анестезии других нервов.