



УКРАЇНА

(19) UA (11) 18247 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

ОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ПРОВІДНИКОВОГО ЗНЕБОЛЮВАННЯ ОПЕРАЦІЙ У ВЕРХНІЙ ТРЕТИНІ ШІЇ

1

2

(21) u200600818

(22) 30.01.2006

(24) 15.11.2006

(46) 15.11.2006, Бюл. № 11, 2006 р.

(72) Малаховська Анна Олександрівна, Шувалов Сергій Михайлович

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб провідникового знеболювання операцій у верхній третині шиї, що передбачає прове-

дення блокад гілок шийного нервового сплетіння і нижньощелепного нерва біля овального отвору основи черепа, який **відрізняється** тим, що одночасно блокують під'язиковий та язиково-глотковий нерви і анастомози шийного нервового сплетіння з лицевим і трійчастим нервами шляхом ін'єкції анестетика біля кута нижньої щелепи в напрямку кореня язика.

Корисна модель відноситься до медицини, стосується новітніх технологій провідникового знеболювання операцій на шиї і може бути використана в щелепно-лицевій хірургії і анестезіології.

Відомий спосіб знеболювання операцій на шиї за методом повзучого інфільтрату [О.О. Вишневський, 1930], а також спосіб інфільтраційної анестезії тканин верхньої третини шиї і дна порожнини рота з доступу в надпід'язичній області [С.Н. Вайсблат, 1961]. Але ці доступи, пов'язані з інфільтрацією тканин анестетиком, зовсім несприятні в гнійній щелепно-лицевій хірургії через те, що виражений набряк, гнійна інфільтрація тканин призводять до забрудненого дихання і ковтання у пацієнта і провадження голки через інфіковані тканини протипоказане. Проведення операцій під загальною анестезією /наркозом/ у даної групи хворих дуже небезпечно через можливість асфіксії.

Даних про провідникове знеболювання тканин верхньої третини шиї і дна порожнини рота нами не виявлено.

Прототипом запропонованого способу провідникового знеболювання операцій в верхній третині шиї і дна порожнини рота є спосіб М.Д. Дубова і В.А. Дунаєвського [в кн. М.Д. Дунаєвського "Місцеве знеболювання в стоматологічній практиці". Ленінград, Медицина, 1969, с.105]. При даній методиці знеболювання пропонують комбіноване проведення блокади нижньощелепного нерва коло овального отвору основи черепа (підскуловий шлях) і інфільтраційної анестезії в підщелепній області з підведенням анестетика до заднього

краю грудинноключичнососцеподібного м'язу для виключення тільки верхніх гілок шийного сплетіння. При даній методиці анестезії проведення хірургічних втручань в глибоких відділах верхньої третини шиї і дна порожнини рота; як правило, безболісне.

Недоліками відомого способу є те, що не проводиться блокування анестетиком язиковоглоткового нерва і анастомозів шийного нервового сплетіння з гілками лицевого і трійчастого нервів для повного знеболювання хірургічного втручання.

В основу корисної моделі "Спосіб провідникового знеболювання операцій в верхній третині шиї" поставлено завдання шляхом блокування анестетиком язиковоглоткового нерва і анастомозів шийного нервового сплетіння з гілками лицевого і трійчастого нервів досягти повного знеболювання хірургічного втручання.

Поставлене завдання вирішується способом, що передбачає проведення блокад гілок шийного нервового сплетіння і нижньощелепного нерва коло овального отвору основи черепа, в якому згідно з корисною моделлю одночасно блокують під'язиковий та язиковоглотковий нерви і анастомози шийного нервового сплетіння з лицевим і трійчастим нервами шляхом ін'єкції анестетика біля кута нижньої щелепи в напрямку кореня язика.

Спосіб здійснюється наступним чином. Проводять блокаду гілок шийного нервового сплетіння по М.Ф. Mulroy (1995). Укол голки роблять на місці перетину зовнішньої яремної вени і заднього краю грудинноключичнососцевидного м'язу. Повздовж заднього краю цього м'язу проводять голку вверх і

(19) UA (11) 18247 (13) U

вниз на відстань 4см. По ходу просування голки вводять до 10мл анестетика. Внаслідок цієї анестезії відбувається знеболювання шкіри до рівня краю нижньої щелепи і середньої лінії шиї (глибокі відділи верхньої третини шиї не знеболюються). Знеболювання настає через 5-7 хвилин. Далі проводять блокаду нижньощелепного нерва (гілки трійчастого нерва) біля овального отвору основи черепа по С.Н. Вайсблату (1962). Укол голки проводять по середині трагоорбітальної лінії до зовнішньої пластинки крилоподібного відростку основної кістки, після чого голку виводять до середини відміченої відстані і занурюють на таку ж глибину, але направивши її на 20-25° позаду до овального отвору на основі черепа (місце виходу нижньощелепного нерва - третьої гілки трійчастого нерва). Внаслідок даної блокади відбувається знеболювання нижньої щелепи, язикового нерва. Шкіри підборіддя і нижньої губи до серединної лінії. Знеболювання настає через 5-7 хвилин. Проте при даній, блокаді залишаються не знеболюванні тканини дна порожнини рота, глибокі відділи верхньої третини шиї і кореня язика. Повне знеболювання тканин верхньої третини шиї відбувається при проведенні анестезії запропонованим способом, внаслідок блокади анастомозів шийного нервового сплетіння з гілками лицевого і трійчастого нервів, а також язикоглоточного. Точка уколу знаходиться донизу від кута нижньої щелепи на перетині ліній проведених горизонтально від під'язикової кістки до переднього краю грудинноключичнососцевидного м'язу і вертикально по задньому краю гілки нижньої щелепи до перетину з переднім краєм грудинноключичнососцевидного м'язу. Таким чином точка уколу голки знаходиться на відстані 2-2,5см донизу від кута нижньої щелепи. Шприц направляють до переднього краю голки нижньої щелепи над жувальним м'язом (2см вище нижнього краю нижньої щелепи). Інфільтрують тканини під поверхневою фасцією шиї на всьому шляху просування голки. Вводять 2-3мл знеболюючого розчину внаслідок чого відбувається блокада анастомозів лицевого нерва і шийного нервового сплетіння, що проявляється затримкою рухів нижньої губи на боці знеболювання. Далі виводять голку до підшкірної клітковини і спрямовують під кутом 45° до гілки нижньої щелепи направлену до кореня язика, при цьому шприц розміщують паралельно задньому краю гілки нижньої щелепи. На глибині 2,0-

2,5см вводять 2мл знеболюючого розчину (біля заднього краю підщелепної слинної залози, де в області її ложа блокується "під'язиковий нерв, який має анастомози з нижньощелепним). Блокада проявляється зміщенням язика. в уражену сторону при спробі висунути його вперед. Далі голку просувають у тому ж напрямку і на глибину 4,0-4,5см в області язика вводять 2,0-4,0мл знеболюючого розчину, внаслідок чого відбувається блокада язикоглоточного нерва, що проявляється зникненням болю при ковтанні і рухах язика. Знеболювання відбувається через 5-7 хвилин.

#### Приклад

Хворий Х., 25 років, іст. хв. №10359, поступив в відділення щелепно-лицевої хірургії 9.06.05р. з діагнозом: Одонтогенна флегмона правої підщелепної ділянки. В день надходження хворий був прооперований під провідниковою анестезією. Після приведення підскулової блокади по С.Н. Вайсблату біля основи черепа і блокади верхнього шийного сплетіння по М.Ф. Mulroy була проведена блокада запропонованим способом. Точку уколу голки визначили по місцю перетину горизонтальної і вертикальної ліній, проведених на рівні під'язичної кістки і заднього краю гілки нижньої щелепи. 2мл знеболюючого розчину було введено в ділянку кута нижньої щелепи і над жувальним м'язом, після чого голка зі шприцем була введена до підшкірної жирової клітковини і знову введена під кутом 45° до гілки нижньої щелепи і на глибині 2,0-4,5см пошарово були інфільтровані анестетиком (4мл) тканини в області дна порожнини рота і кореня язика. Клінічні ознаки знеболювання настають у хворого послідовно через 5-10хв. Відмічалось оніміння шкіри підборіддя і нижньої губи справа, затримка рухів нижньої губи і кута рота справа, акт глотання став безболісним. Після проявів ознак анестезії був зроблений розріз в правій підщелепній області розміром 6 см паралельно краю нижньої щелепи, відступивши від неї донизу 2см. Тупим і гострим шляхом вскрито нижньощелепний клітковинний простір. Отримано до 10могною. Проведено пальцеве обстеження клітковинного простору з обстеженням тканин області дна порожнини рота і кореня язика.

Таким чином, хірургічне втручання і обстеження порожнини флегмони було безболісне. Рана була промита антисептиком і дренована. Знеболювання рани зберігалось протягом 45 хвилин.