

Винахід належить до медицини, а саме до хірургічної стоматології і може бути застосований для лікування прогенії і відкритого прикусу.

Відомі способи лікування прогенії (Митрофанов Г.Г., Рудько В.В., 1972, Семенченко Г.И., 1975, Сукачев В.А., Грицай Н.П., 1977 і ін.), при яких вимірюють і видаляють сегмент щелепи і роблять площинну остеотомію в ділянці гілки або кута та гілки нижньої щелепи, які відрізняються за формою та напрямом остеотомії.

Підґрунтям винаходу є завдання удосконалення способу лікування прогенії та відкритого прикусу, в якому овальна форма і напрям остеотомії ззовні гілки нижньої щелепи через ретромоларну ділянку на внутрішню поверхню тіла сприяє розщепленню нижньої щелепи у сагітальній площині на три фрагменти, збереженню судинно-нервового пучка, переміщенню і повороту середнього фрагмента та встановлення його в ортогнатичному прикусі і за рахунок цього поліпшується зовнішній вигляд пацієнта, нормалізується функція жування, настає соціальна реабілітація.

Поставлене завдання вирішується тим, що в спосіб лікування прогенії і відкритого прикусу входить вимірювання величини фрагменту, на який потрібно укоротити тіло нижньої щелепи, його видалення та розщеплення нижньої щелепи на три фрагменти з наступним переміщенням середнього фрагменту щелепи в ортогнатичне положення, який згідно винаходу відрізняється тим, що розтин кортикального шару роблять по овальному периметру ззовні гілки нижньої щелепи через ретромоларну ділянку на внутрішню поверхню тіла і нижній край щелепи і після того видаляють сегмент кортикальної пластинки.

Рівень винаходу забезпечується неочевидністю форми і напрямом лінії розтину нижньої щелепи.

Спосіб виконують наступним чином.

До операції за допомогою телерентгенографії та гіпсових відбитків щелеп вираховують на яку величину потрібно укоротити тіло нижньої щелепи. Якщо місця у ретромоларній ділянці для остеотомії недостатньо - видаляють 8-18 зуби. Після того під загальним знеболенням роблять розтин м'яких тканин в підщелеповій ділянці довжиною 5см до кістки. Склеюють нижню щелепу в ділянці кута і частково тіла, роблять розтин кортикального шару по овальному периметру ззовні гілки з переходом через ретромоларну ділянку на внутрішню поверхню тіла і нижній край щелепи (на фіг.1 показано лінію розтину (1, 2) кортикального шару). З зовнішньої та внутрішньої поверхні роблять сегментарну остеотомію кортикального шару (фіг.2) і переводять площину, що підлягає розщепленню у круглу форму. За допомогою остеотома розщеплюють нижню щелепу у сагітальній площині і тіло щелепи переміщують дистально. Фрагменти нижньої щелепи фіксують швом із поліамідної нитки (на фіг.3 показано положення нижньої щелепи після переміщення і фіксації швом 1). Рану м'яких тканин пошарове зашивають наглухо. Таку ж саму операцію роблять з протилежного боку нижньої щелепи. Після виведення хворого із наркозного сну, нижню щелепу фіксують в ортогнатичному прикусі за допомогою індивідуальних назубних шин та гумових кілець на 4 - 5 тижнів.

Приклад. Х-ра Г., 17 р. (іст. х-би №1702/83) поступила в клініку хірургічної стоматології 31.01.04р. з скаргами на неможливе відкусування та пережовування їжі. Місцево: виражена диспропорція частин обличчя. Нижня губа і підборіддя виступають вперед. Нижня щелепа знаходиться в мезіальному положенні. Сагітальна щілина між фронтальними зубами 8мм, вертикальна - 6мм. Центральна різцева лінія

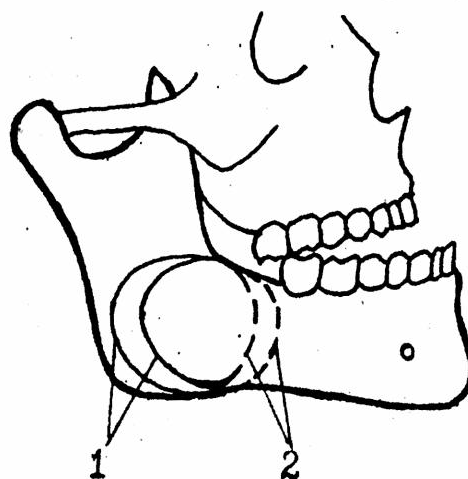
654/56
765/67

зміщена вліво на 3мм. Артїкулюють лише зуби.

Діагноз: Справжня прогенія, поєднана з відкритим прикусом IIст.

04.02.94р. під ендотрахеальним наркозом проведена операція - двостороння овально-кругова остеотомія через ретромоларну ділянку у сагітальній площині з видаленням на кожному фрагменті сегмента кортикального шару: справа 9мм, зліва - 6мм. Тіло нижньої щелепи переміщено дистально і на фрагменти кістки накладено шов із поліамідної нитки. Післяопераційний період протікав гладко. Отримано добрий ефект, прикус ортогнатичний. При контрольному огляді через 1,5 року рецидиву не виявлено.

Запропонований спосіб за рахунок остеотомії по овальному периметру у сагітальній площині, видалення сегменту кортикального шару величиною, на яку потрібно укоротити тіло нижньої щелепи і переведення площини остеотомії у круглу форму дає можливість перемістити середній фрагмент дистально, а при потребі і вверх і цим самим ліквідувати не тільки прогенію, але й прогенію, що поєднана з відкритим прикусом.



Фіг. 1

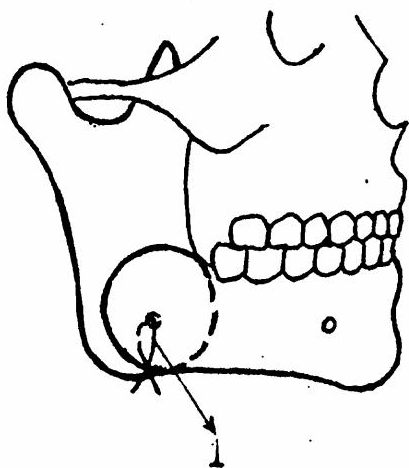


Fig. 3