

Винахід належить до медицини, зокрема до стоматології, а більш точно до способів післяопераційної фіксації щелеп при лікуванні прогенічного прикусу.

Фіксація нижньої щелепи в післяопераційному періоді є важливим етапом в лікуванні прогенічного прикусу, оскільки від цього залежить результат лікування. Фіксація щелеп відомими способами не забезпечує повну нерухомість фрагментів нижньої щелепи і призводить до післяопераційних ускладнень. Одним з яких є зміщення нижньої щелепи вперед у вихідне положення, тобто рецидив патології. Це обумовлено недостатньо жорсткою фіксацією нижньої щелепи, наявністю сагітальної щілини між фронтальною групою зубів, м'язовою тягою, а також тягою гумової лігатури.

Так, відомий спосіб фіксації нижньої щелепи у післяопераційному періоді шляхом накладання алюмінієвих шин за Тігерштедтом з зачіпними петлями та міжщелепною лігатурною тягою [1]. Методика даного способу наступна. Шини виготовляють з алюмінієвого дроту товщиною 1,8-2 мм. За допомогою клямпових щипців на кожній шині роблять 5-6 зачіпних петель, які розміщують в ділянках парних зубів та вигинають кожну шину по зубній дузі. Після чого накладають шини на зубні ряди і фіксують до кожного зуба за допомогою лігатурного дроту. Після проведеної операції остеотомії нижню щелепу встановлюють у правильне положення і на зачіпні петлі чіпляють гумові кільця, в результаті чого досягають змикання зубних рядів. Гумова тяга даної шини є еластичною, а гумові кільця необхідно міняти кожні 5-6 днів, тому використання даного способу не забезпечує жорсткої фіксації нижньої щелепи, внаслідок чого остання зміщується вперед у вихідне положення.

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється є спосіб фіксації нижньої щелепи в післяопераційному періоді за допомогою назубних шин з швидкотвердіючої пластмаси. Методика даного способу наступна. Після проведеної операції остеотомії нижньої щелепи замішують швидкотвердіючу пластмасу, утримують нижню щелепу у правильному положенні і накладають пластмасу на верхній і нижній зубні ряди. Даний спосіб фіксації не застосовується, оскільки шину не можливо зняти у перші години післяопераційного періоду, коли виникає ризик виникнення у хворого рвоти і аспірації рвотних мас у верхні дихальні шляхи, крім того хірург може змістити фрагменти нижньої щелепи під час накладання і затвердіння пластмаси, що призведе до неправильної фіксації нижньої щелепи.

Задача, що розв'язується винаходом, полягає у жорсткій іммобілізації та фіксації нижньої щелепи після її остеотомії при хірургічному лікуванні прогенічного прикусу.

Технічний результат, який досягається винаходом, що заявляється, буде полягати у попередженні післяопераційного зміщення нижньої щелепи вперед у вихідне положення, тобто у попередженні післяопераційного рецидиву прогенії.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі післяопераційної фіксації нижньої щелепи, що включає отримання відбитків з обох щелеп хворого до операції, відливання моделей з гіпсу, встановлення їх у необхідне співвідношення, виготовлення капи з прозорої пластмаси лабораторним шляхом, згідно винаходу, після проведеної остеотомії нижньої щелепи одягають шину-капу спочатку на верхній зубний ряд, після чого нижню щелепу встановлюють у правильне положення і одягають на нижній зубний ряд, не фіксуючи на цемент із-за ризику виникнення рвоти і аспірації рвотних мас в трахею в післяопераційному періоді. На другий день після операції шину-капу фіксують за допомогою цементу спочатку на верхній, а потім на нижній зубні ряди. Після настання консолідації остеотомованих фрагментів нижньої щелепи дану шину-капу розпилюють і знімають з зубних рядів (за загально прийнятою методикою).

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є використання міжщелепної назубної шини-капи, що виготовляється лабораторним шляхом до операції і фіксується на зубах верхньої та нижньої щелепи за допомогою цементу на другий день після операції. Це дозволяє запобігти післяопераційному зміщенню нижньої щелепи, а також забезпечує надійну іммобілізацію і фіксацію нижньої щелепи. У бічних ділянках шини-капи з вестибулярної сторони містяться пластмасові зацепи, наявність яких дозволяє швидко зняти капу при виникненні у хворого рвоти у перші години післяопераційного періоду.

Запропонований спосіб виконують наступним чином. За кілька днів до операції отримують відбитки з обох щелеп хворого. Відливають моделі з гіпсу, встановлюють їх у правильне співвідношення, при умові правильного розміщення зубів у зубному ряді і правильній формі зубних дуг, тобто при необхідній ортодонтичній підготовці. Загіпсовують моделі в артикулятор або окклюдатор в конструктивному прикусі за допомогою воскових шаблонів (при мінімальному окклюдційному просторі 2-3 мм, що відповідає рівню фізіологічного спокою), моделюють шину-капу з воску, після чого проводять заміну воску на пластмасу. Перед операцією припасовують виготовлену шину-капу на верхній зубний ряд, а потім на нижній. Після проведеної операції остеотомії нижньої щелепи одягають шину-капу спочатку на верхній зубний ряд, після чого нижню щелепу встановлюють у правильне положення і одягають на нижній зубний ряд, не фіксуючи на цемент із-за ризику виникнення рвоти і аспірації рвотних мас в трахею в післяопераційному періоді. На другий день після операції шину-капу фіксують за допомогою цементу спочатку на верхній, а потім на нижній зубний ряд. В результаті чого нижня щелепа фіксується до верхньої, що попереджує її зміщення у всіх трьох напрямках. Після настання консолідації остеотомованих фрагментів нижньої щелепи дану шину-капу розпилюють і знімають з зубних рядів (за загально прийнятою методикою).

Запропонований спосіб дозволяє:

- 1) забезпечити міцну фіксацію нижньої щелепи до верхньої у післяопераційному періоді;
- 2) попередити післяопераційні зміщення нижньої щелепи;
- 3) полегшити співставлення верхнього і нижнього зубних рядів у правильне положення після операції;
- 4) забезпечити швидке зняття шини-капи у перші години післяопераційного періоду;
- 5) використовувати шину-капу ізольовано без назубних алюмінієвих шин за Тігерштедтом та без підборідної праці.

Приклад застосування.

Хвора Ш. (19 років, історія хвороби №1923 щелепно-лицевого відділення №2 МКЛ №12). Скарги: на косметичний дефект профілю обличчя. Anamnesis morbi: в 2 роки отримала травму підборіддя (упала з гойдалки). Рана була ушита, рентгенографію нижньої щелепи не проводили. В 5 років помітили переважання в розмірах нижньої щелепи над верхньою. В анамнезі затримка прорізування постійних зубів. 5 років лікувалась у ортодонта. Anamnesis vitae: вірусний гепатит, туберкульоз, вен. захворювання заперечує; захворювання серцево-судинної та ендокринної системи заперечує; алергічні реакції на мед. препарати відсутні; перенесені операції - пластика вуздечки верхньої губи. Дані загального обстеження: загальний стан хворої задовільний, свідомість ясна, шкіра

звичайного кольору, висипання відсутні, опорно-руховий апарат без змін, АТ 120/80, пульс 72 уд/хв, ритмічний, дихання везикулярне, хрипи відсутні, живіт м'який, безболісний при пальпації, фізіологічні відправлення в нормі, симптом Пастернадського не визначається.

Status lokalіs. Обличчя симетричне, нижня губа і підборіддя виступають вперед. Шкіра обличчя звичайного кольору, висипання відсутні. Відкривання рота вільне. Слизова оболонка порожнини рота блідо-рожевого кольору, без патологічних змін. У фронтальній ділянці зворотне перекриття верхніх зубів нижніми, сагітальна щілина відсутня, у бічних ділянках ключ оклюзії порушений за рахунок мезіального зсуву нижньої щелепи. Зуби розміщені по центру альвеолярного відростка. Зубна формула

7654321|1234567

765321|123567

Діагноз: справжня прогенія 1 ступеню.

27.11.2001 проведено операцію площинну остеотомію нижньої щелепи, після чого в порожнину рота введено міжщелепну шину-капу, яку попередньо було виготовлено з прозорої пластмаси за кілька днів до операції. На наступний день після операції шину-капу було фіксовано на верхній і нижній зубні ряди за допомогою цементу. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Скарги відсутні. Фрагменти нижньої щелепи фіксовані добре, зміщення відсутні. Харчування хворого проводилось через ретромолярні проміжки рідкою їжею.

4.12.2001 проведено зняття швів.

21.12.2001 за допомогою бормашини проведено розпилювання і зняття шини-капи з зубних рядів. Зміщення нижньої щелепи відсутнє.

Література:

1. Назубні шини за Тігершtedтом: Вернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. - К: "Здоров'я", 1973 - 16 с.

2. Назубні шини з швидкотвердіючої пластмаси: Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии. Том 2. - К: ТОВ "Червона рута - Турс"., 1998. - 94 с.