



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 62428

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ МАКРОГНАТІЇ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

1

2

(21) 2003032446

(22) 21 03 2003

(24) 15 12 2003

(46) 15 12 2003, Бюл. № 12, 2003 р.

(72) Куцевляк Валерій Ісайович, Хмиз Тетяна Григорівна

(73) Куцевляк Валерій Ісайович, Хмиз Тетяна Григорівна

(57) Спосіб лікування макрогнатії нижньої щелепи, який включає видалення малих кутніх зубів, ого-

лення тіла щелепи на ділянці видалених зубів внутрішньоротовим доступом з вестибулярного боку з наступним розтином кістки і переміщенням фрагментів тіла щелепи при дозованій компресії до досягнення необхідного укорочення щелепи, який відрізняється тим, що проводять двобічну вертикальну остеотомію, після чого додатково переміщують остеотомований фронтальний фрагмент тіла щелепи до щільного контакту з бічними фрагментами тіла щелепи

Винахід належить до медицини, а саме до хірургічної стоматології і може бути застосований при лікуванні макрогнатії нижньої щелепи

Є відомим спосіб оперативного лікування макрогнатії нижньої щелепи шляхом розтину кортикальної пластинки у ділянці гілки щелепи та кортикальної пластинки у ділянці тіла щелепи з утворенням кісткового П-подібного виступу з кортикальної пластинки тіла щелепи і паза з кортикальної пластинки гілки щелепи (А с СРСР № 365993, А61В 17/24, 1973 р.)

Незважаючи на нетривалий термін лікування при здійсненні відомого способу, пацієнт зазнає значних незручностей, оскільки період лікування характеризується відсутністю функції нижньої щелепи, утрудненістю гніти порожнини рота і неможливістю процесу нормального харчування. Крім того, внаслідок проведення операції позаротовим доступом, для запобігання утворенню рубців потрібна висока кваліфікація хірурга.

Таким чином, вищезгадані недоліки обмежують застосування відомого способу.

Найбільш близьким до пропонованого винаходу за технічною суттю і результатом, що досягається, є спосіб лікування макрогнатії нижньої щелепи, який включає видалення малих кутніх зубів, оголення тіла щелепи в ділянці видалених зубів внутрішньоротовим доступом з вестибулярного боку з наступним розтином кістки і переміщенням фрагментів тіла щелепи при дозованій компресії до досягнення необхідного укорочення щелепи (А с СРСР № 1197649, А61В 17/00, 1985 р.)

У відомому способі на стадії оперативного втручання здійснюють косу кортикотомію тіла щелепи, розтинаючи кортикальний шар від ікла до першого моляра із зовні до середини, спереду назад по овальному периметру тіла щелепи, при цьому ментальний отвір знаходиться назовні і від лінії кортикотомії, а губчаста речовина і судинно-нервовий пучок не порушуються.

Недоліком відомого способу є значна тривалість післяопераційного періоду, що подовжує термін лікування в цілому. Це зумовлене тим, що збереження губчастої речовини в повному об'ємі в процесі оперативного втручання перешкоджає переміщенню фрагментів тіла щелепи на операційному столі, тому укорочення щелепи здійснюють лише в післяопераційному періоді шляхом переміщення фрагментів при дозованій компресії, при цьому відбувається перебудова губчастої речовини, а кортикальні пластинки черепицеподібне насуваються одна на одну. Цей процес є достатньо тривалим.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу лікування макрогнатії нижньої щелепи, в якому за рахунок зміни методики оперативного втручання забезпечувалося б скорочення тривалості післяопераційного періоду і терміну лікування в цілому.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування видалення малих кутніх зубів, оголення тіла щелепи в ділянці видалених зубів внутрішньоротовим доступом з вестибулярного боку з наступним розтином кістки і переміщенням фрагментів тіла щелепи при дозованій компресії

(13) A

(11) 62428

(19) UA

до досягнення необхідного укорочення щелепи, згідно з винаходом, проводять двобічну вертикальну остеотомию, після чого додатково переміщують остеотомований фронтальний фрагмент тіла щелепи до щільного контакту з бічними фрагментами тіла щелепи

Сукупність суттєвих ознак пропонованого технічного рішення забезпечує скорочення терміну лікування макрогнатії нижньої щелепи за рахунок скорочення тривалості післяопераційного періоду в результаті того, що, на відміну від прототипу, укорочення тіла щелепи здійснюється як на стадії оперативного втручання, зважаючи на наявність дефекту кісткової тканини в усю її товщину, так і в післяопераційному періоді, причому на стадії оперативного втручання укорочення тіла щелепи може бути здійсненим від 0,85 мм - 3,1 мм і визначається діаметром інструмента, який використовується для розтину кістки

Спосіб здійснюється таким чином

Видаляють малі кутні зуби. На зубах нижньої щелепи фіксують компресійний апарат. Оголюють тіло нижньої щелепи в ділянці видалених зубів внутрішньоротовим доступом з вестибулярного боку. Проводять двосторонню вертикальну остеотомию. Активуючи апарат, переміщують остеотомований фронтальний фрагмент тіла щелепи до щільного контакту з бічними фрагментами тіла щелепи. Рани у порожнині рота ушивають.

Наступного дня після операції здійснюють переміщення фрагментів тіла щелепи при дозованій компресії до досягнення необхідного укорочення щелепи.

Спосіб ілюструється конкретним прикладом.

Приклад. Хвора К., 20 років, звернулась з скаргами на косметичну ваду зовнішності у вигляді виступання нижньої щелепи вперед, неможливості відкушування їжі фронтальними зубами через відсутність контакту між ними, утруднення під час пережовування їжі, нечіткість мови.

Об'єктивно під час зовнішнього огляду було визначено збільшення в розмірах нижньої щелепи в ділянці її тіла, підборіддя та нижня губа виступали вперед, верхня губа і середній відділ обличчя дещо западали, відзначалась згладженість підборідної складки і вираженість носогубних складок. Під час огляду порожнини рота було визначено медіальне зміщення нижнього зубного ряду по відношенню до верхнього, нижні фронтальні зуби перекривали верхні, був відсутній контакт в ділянці фронтальних зубів нижньої і верхньої щелепи, мала місце сагітальна щілина.

Вивчення діагностичних ліпсових моделей щелеп показало, що

- розмір сагітальної щілини становив 5 мм,
- величина різцевого перекриття становила 2 мм,
- величина сагітального зміщення в ділянці перших молярів верхньої і нижньої щелепи становила 5 мм,
- серединно-сагітальна площина проходила між верхніми і нижніми центральними різцями,
- формула верхнього зубного ряду - напівеліпс, нижнього - парабола.

Під час аналізу телерентгенограми (ТРГ) в бічний проєкції за методом Шварца були одержані наступні значення

NS=74 мм G₀-P₀=83 мм, A₁-G₀=52 мм,

∠ Ar-Go-Gn=131°, ∠ SNA=81°, ∠ SNB=84°,

∠ ANB=-3°, 1 ∠ 1=140°. За результатами аналізу ТРГ визначили надмірний розвиток тіла нижньої щелепи по відношенню до переднього відділу основи черепа на 6 мм.

Були проведені фотометричні дослідження, які показали, що нижня губа виступає вперед по відношенню до лінії Greufus на 4,5 мм, а підборіддя - на 3,0 мм, кут рота був розташований спереду від лінії Simon на 4 мм.

На підставі проведеного обстеження було поставлено діагноз: симетрична макрогнатія нижньої щелепи.

За 30 днів до операції хворій було видалено два нижні перші малі кутні зуби (44-34). За два дні до операції на зубах нижньої щелепи зафіксували компресійний апарат. Операцію було проведено внутрішньоротовим доступом. На альвеолярному відростку в ділянці видалених зубів з вестибулярної сторони викроювали П-подібний шматок, відшаровували слизово-окістний шматок, скелетували вестибулярну поверхню тіла щелепи. Потім проводили остеотомию за допомогою фісурного бора №7 діаметром 2 мм. Після цього, активуючи апарат, переміщали остеотомований фронтальний фрагмент тіла щелепи до щільного контакту з бічним фрагментом тіла щелепи, тобто на 2 мм. Рану в порожнині рота ушивали.

Подібну операцію проводили і на протилежній стороні нижньої щелепи.

Наступного дня після операції здійснювали дозовану компресію фрагментів тіла щелепи, переміщували їх по 0,5 мм за добу. Через 8 днів фронтальна ділянка нижньої щелепи перемістилася назад іще на 4 мм. Для проведення наступного етапу лікування апарат було переведено в ретенційний. Тривалість ретенційного періоду становила 70 днів. Після закінчення ретенційного періоду було зроблено панорамний знімок, аналіз якого показав, що в ділянці компресії тіла нижньої щелепи структура кісткової тканини близька до нормальної, 45 і 43, 33 і 35 зуби контактували своїми апроксимальними поверхнями. Компресійний апарат зняли.

Під час усього періоду лікування хвора вільно відкривала рот, нормально приймала їжу, розмовляла. У період амбулаторного лікування хвора вела звичайний образ життя.

Після закінчення лікування було проведено контрольний огляд хворої. Об'єктивно під час зовнішнього огляду відзначалося відновлення естетичних норм обличчя, підборідний відділ нижньої щелепи змістився назад, профіль обличчя нормалізувався, верхня губа перекривала нижню, підборідна і носогубна складки були виражені помірно, відповідно до віку, візуально не відзначалося надлишку м'яких тканин в ділянці нижнього відділу обличчя, обличчя симетричне і пропорційне, мова нормалізувалась. Під час внутрішнього ротового обстеження було виявлено, що фронтальна група верхнього зубного ряду перекриває нижні зуби на 2 мм, зберігся попередній контакт між жувальними

групами зубів верхньої і нижньої щелепи, серединно-сагітальна площина проходить між центральними різцями верхньої і нижньої щелепи

Під час аналізу ТРГ були одержані наступні значення

$NS=74$ мм, $G_o-P_o=77$ мм $A_r-G_o=52$ мм,
 $\angle A_r-G_o-G_o=131^\circ$, $\angle SNA=81^\circ$, $\angle SNB=80^\circ$,
 $\angle ANB=1^\circ$, $\angle 1=135^\circ$

Таким чином, тіло нижньої щелепи зменшилось симетрично на 6 мм. Фотометричне дослідження показало зміщення усього підборідного відділу нижньої щелепи і нижньої губи назад на 5 мм, при цьому нижня губа була на віддапненні від лінії Dreyfus на 2 мм назад, підборіддя було розташоване посередині між лінією Dreyfus і Simon, а

кут рота дотикався до лінії Simon, відзначено пропорційність усіх відділів обличчя

Оскільки в способі за прототипом проведене лікування хворого з аналогічним діагнозом - надмірний розвиток тіла нижньої щелепи (на 6 мм), вважаємо за правомірне провести порівняння цих способів лікування

Аналіз показує, що тривалість активного етапу післяопераційного періоду в пропонованому способі лікування є меншою і становить 8 днів, тоді як аналогічний період в способі за прототипом становить 12 днів. Таким чином, пропонований спосіб лікування дозволяє скоротити зазначений період на 1/3 (на 4 дні)