

Устранение открытого прикуса: операции на верхней челюсти



Выполнила:
студентка 5 курса
12 группы
Никитенко Т.С.

Оперативные методы лечения открытого прикуса на верхней челюсти

- Остеотомия или остэктомия во фронтальной отделе верхней челюсти
 - Перемещение всей верхней челюсти
 - Фрагментарная остеотомия с компактостеотомией
- Удаление групп зубов с частичной альвеолэктомией и последующим протезированием
- Остэктомия боковых отделов верхней челюсти

Операции 1й группы

Со стороны преддверия рта проводятся вертикальные разрезы слизистой оболочки от переходной складки в направлениях пятых зубов, т.е. дистальнее намечаемых к удалению четвертых зубов и предполагаемой линии остеотомии. После этого примерно на 1см отслаивается слизисто-надкостничные лоскуты в медиальном направлении до уровня четвертых зубов. Затем удаляются четвертые зубы, т.е. те, с которых начинаются разобщение прикуса; удалять зубы следует так, что не повредить корни соседних. От лунок удаленных зубов при помощи узкого распатора образуются тоннели по направлению к средней линии. Остеотомию фронтального участка верхней челюсти П.Ф.Мазанов рекомендует проводить при помощи фиссурного бора №3 как со стороны щеки, так и со стороны неба; при остеотомии со стороны неба с целью сохранения слизистой оболочки автор предлагает пользоваться защитной желобоватой металлической пластинкой собственной конструкции.



Ширина линии остеотомии на альвеолярном отростке может быть увеличена в сочетании открытого прикуса с верхней прогнатией до 1см. Верхний уровень вертикального распила соединяется с наружным краем нижнего отдела грушевидного отверстия при помощи бора или остеотома. Повреждение слизистой оболочки верхнечелюстной полости никаких осложнений не вызывало. Для остеотомии перегородки носа и сошника производится линейный горизонтальный разрез слизистой оболочки у уздечки верхней губы. Через этот разрез отсекается сошник при помощи узкого ступенчатого долота. Смещение фронтального отдела верхней челюсти книзу осуществляется надавливанием на него пальцами хирурга. На раны слизистой оболочки накладывается швы кетгутом. Смещенный участок верхней челюсти фиксируется при помощи межчелюстной резиновой тяги за крючки паяных шин, наложенных перед операцией на фронтальные и дистальные отделы челюстей.



Операци и 2-й группы

W. H. Bell, K. L. McBride (1977) при синдроме удлинённого лица с открытым прикусом проводят горизонтальную остеотомию альвеолярного отростка верхней челюсти до крыловидных отростков с пересечением выступа носовой ости, а для проведения вертикальной остеотомии удаляют премоляры. Отделяются крыловидные отростки от бугров верхней челюсти. Таким образом, альвеолярный отросток челюсти разделяется на три участка: фронтальный и два боковых. Фронтальный отдел смещается книзу, чему способствуют остеотомия латенного распила. Со стороны неба проводится остеотомия небного отростка на уровне клыков или моляров. Смещённые кверху латеральные фрагменты верхней челюсти фиксируются костными швами к краю грушевидного отверстия и к скуловой кости, кроме того, металлической проволокой назубная шина фиксируется за нижний орбитальный край.



Операции 3-й группы

Г. В. Кручинский (1968) предложил для расширения верхней челюсти метод фрагментарной остеотомии с компактостеотомией, который может быть применен и при устранении открытого прикуса. Автор во время операции расчленяет верхнюю челюсть с обеих сторон на ряд фрагментов в горизонтальной, вертикальной и сагиттальной плоскостях. После разреза по переходной складке проводится остеотомия переднебоковой поверхности челюсти от нижнего края грушевидного отверстия и далее - за бугор. Крыловидные отростки пересекаются при помощи долота. Чтобы придать мобильность альвеолярному отростку вместе с зубами, от горизонтального распила производится компактостеотомия в вертикальном направлении на уровне межзубных перегородок. Со стороны неба через два разреза слизистой оболочки у основания альвеолярных отростков бором перепиливают небные пластинки, оставляя небольшой мостик у переднего края (рис. 78). Костные фрагменты надламываются. На слизистую оболочку со стороны преддверия рта накладываются швы кетгутом (на небе раны не зашиваются). Ортодонтическое лечение начинается спустя 10—12 дней после операции.



Операции 4-й группы

Существует немного приверженцев таких операций, суть которых заключается в удалении отдельных групп зубов (иногда с частичной альвеолэктомией) с последующим протезированием, предусматривающим установление правильного соотношения зубов верхней и нижней челюстей. Так, И. М. Старобинский (1925) у 20-летнего больного при открытом прикусе, обусловленном чрезмерным развитием альвеолярного отростка верхней челюсти, произвел двустороннее удаление верхних моляров с резекцией на этом уровне альвеолярного отростка с последующим протезированием при сочетании верхней прогнатии с открытым прикусом или без него рекомендует удалять "безобразно" вы стоящие фронтальные зубы с резекцией переднего края альвеолярного отростка, а затем замещать зубной дефект зубным протезом .



Операции 5-й группы

Операция начинается с разреза слизистой оболочки и надкостницы в вертикальном направлении между 3-м и 4-м зубом с вестибулярной стороны длиной 2-2,5 см, а на небе - 1,5 см. От верхнего края разреза делают двусторонний горизонтальный разрез по своду переходной складки до уровня 7-го зуба. Края раны мягких тканей мобилизуются. В сторону бугров верхней челюсти и крыловидных отростков при помощи плоского остеотома формируется тоннель. Точно так же формируют тоннель под слизистой оболочкой неба, отступя на 1 см от срединной линии, до уровня перехода твердого неба в мягкое. Остеотомия переднебоковой поверхности верхней челюсти с вестибулярной и небной сторон осуществляется при помощи фиссурного бора, остеотома и фрезы. С вестибулярной стороны ширина резецируемой полоски кости должна позволять ввести изогнутый распатор для отслаивания слизистой оболочки верхнечелюстной полости от ее костного дна. Со стороны неба остеотомия (не сквозная, чтобы не повредить слизистую оболочку носа и тем самым не вызвать сильного кровотечения) проводится в тоннелях при помощи удлиненного бора.



Долотом осуществляется вертикальная небная остеотомия, а также пересечение крыловидных отростков (с вестибулярной стороны). После проведения указанных приемов костные фрагменты дистальных отделов верхней челюсти надламываются рычагом об разным и движениями рук хирурга. Затем эти фрагменты смещаются кверху; при необходимости проводится дополнительная резекция верхних отделов фрагментов. На сл исто-надкостничные лоскуты накладываются швы кетгутом. Фиксация костных фрагментов в заданном положении на 1й мес проводится при помощи восьмиобразной лигатурной вязи от 1-го до 6-го зубов и назубными шинами с межчелюстной резиновой тягой.



Спасибо за просмотр!

