

Компрессионно-дистракционные
устройства “КОНМЕТ”.
Хирургическая техника.



Подготовка к операции

Пациенты готовятся к плановой операции по общим правилам. Основными этапами предоперационного обследования являются: рентгенологическое исследование (телерентгенограммы черепа в 2 проекциях, ортопантограмма), цефалометрия, электромиография жевательных мышц, ортодонтическое обследование, фото документация.

Ортодонтическое лечение до операции включает в себя исправление формы и размеров зубных дуг верхней и нижней челюстей и создание условий для конструктивного прикуса, чтобы после distraction, при перемещенной нижней челюсти возникли плотные фиссурно-бугорковые контакты между зубами антагонистами.

На основании полученных при обследовании данных выбирается соответствующий вид компрессионно-дистракционного устройства и схематически планируется оперативное вмешательство: на прозрачной бумаге копируется ортопантограмма, на рисунке намечается линия остеотомии и вектор distraction.

Все операции проводятся под эндотрахеальным наркозом. Необходимо отметить, что интубация трахеи представляет значительные трудности, так как при недоразвитии нижней челюсти корень языка смещается дистально и гортань отклонена от средней линии в сторону укорочения челюсти, что затрудняет осмотр голосовой щели и введение интубационной трубки. Поэтому, даже при незначительном ограничении в открывании рта применяется наотрахеальная интубация по проводникам с помощью бронхофиброскопа, разработанная врачами ДКБ св. Владимира: Хаспекковым Д.В., Лазаревой В.В., Дземешко Е.Ю., Воробьевым В.В. В качестве проводников используются ангиографическая струна и тонкий катетер.

Хирургическая техника

Для увеличения размеров ветви нижней челюсти используется КДУ для ветви нижней челюсти (Рис. 1, Рис. 2).

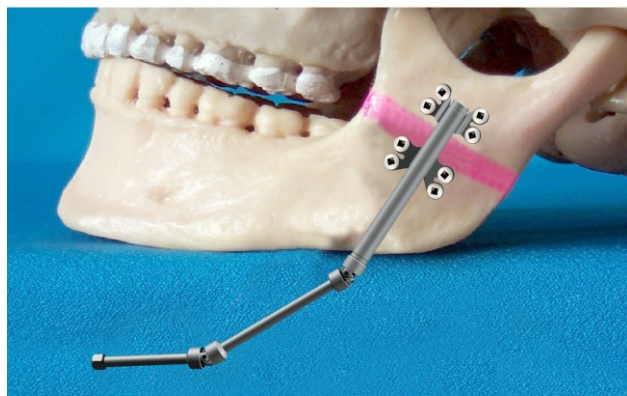


Рис. 1 Компрессионно-дистракционное устройство для ветви нижней челюсти (величина дистракции 30 мм, размещение кардана вне полости рта). Красным цветом отмечена линия остеотомии.

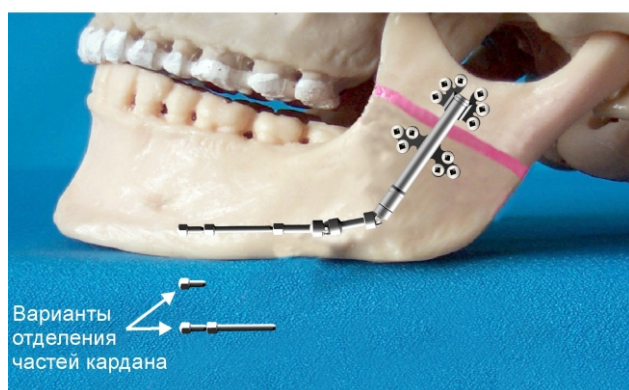


Рис. 2 Компрессионно-дистракционное устройство для ветви нижней челюсти (вариант с отделяемыми частями кардана, величина дистракции 20 мм, возможно внутриротовое размещение кардана). Красным цветом отмечена линия остеотомии.

- В поднижнечелюстной области на стороне поражения производится разрез длиной до 6 см. Послойно скелетируется ветвь нижней челюсти.
- Намечается линия остеотомии: бором или пилой распиливается наружный кортикальный слой, а по переднему и заднему краю ветви нижней челюсти распиливается наружная и внутренняя кортикальные пластинки (внутренняя кортикальная пластинка в средней части сохраняется).
- Устанавливается КДУ, предварительно раскрученный на 2-3 мм, для того, чтобы в последующем можно было произвести компрессию.
- Сверлом диаметром 1,6 мм формируются отверстия под винты. Отверстия сверлят через кортикальный слой.
- КДУ фиксируется к костным фрагментам так, чтобы винты проходили через кортикальный слой. Винты закручиваются до упора. При прокручивании винта используется винт большего диаметра 2,3 мм. Важно, чтобы КДУ было фиксировано к каждому костному фрагменту не менее чем тремя винтами.

- Остеотомом надламывается внутренняя кортикальная пластинка. Остеотомию выполняют так, чтобы площадь соприкосновения костных фрагментов была наибольшей. Необходимо избегать повреждения зубных зачатков. В зависимости от расположения зубных зачатков линия остеотомии может быть поперечной или косой. Если линия остеотомии проходит через зубной зачаток, последний удаляется с оболочками фолликула.

- Производится компрессия.

- Гемостаз по ходу операции. Рана послойно ушивается. Накладывается асептическая повязка.

В случае необходимости (для повышения комфортности пациента) производится отделение одной или двух частей кардана внутриротового малого КДУ Рис. 2 для ветви нижней челюсти (кат. № 820.00). Отделение частей кардана производится следующим образом:

1. Зафиксировать неотделяемую часть с помощью имеющихся зажимов;
2. Изогнуть отделяемую часть до обламывания.

ВНИМАНИЕ!

При выборе длины оставляемой внутриротовой части кардана необходимо учитывать, что в процессе проведения дистракции длина внутриротовой части кардана будет уменьшаться на величину дистракции (до 20 мм).

Для увеличения размеров тела нижней челюсти используется внутриротовое КДУ двухстороннее для тела нижней челюсти (кат. № 812.00) и КДУ двухстороннее с шарниром для тела нижней челюсти (кат. № 813.00), которое, как правило, применяется при проведении дистракции с одной стороны нижней челюсти (Рис. 3).

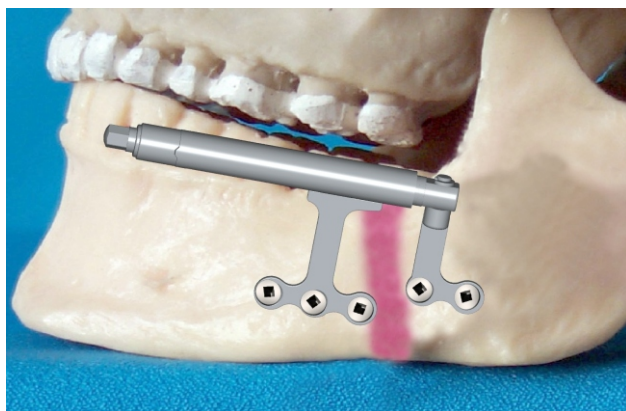


Рис. 3 Внутриротовое компрессионно-дистракционное устройство с шарниром. Красным цветом отмечена линия остеотомии.

- Разрезом до 6 см в полости рта по переходной складке на стороне поражения скелетируется тело нижней челюсти.

- Намечается линия остеотомии между 7/7 и 6/6 или 6/6 и 5/5 зубами: бором или пилой распиливается наружный кортикальный слой, а по верхнему и нижнему краю тела нижней челюсти распиливаются два кортикальных слоя.

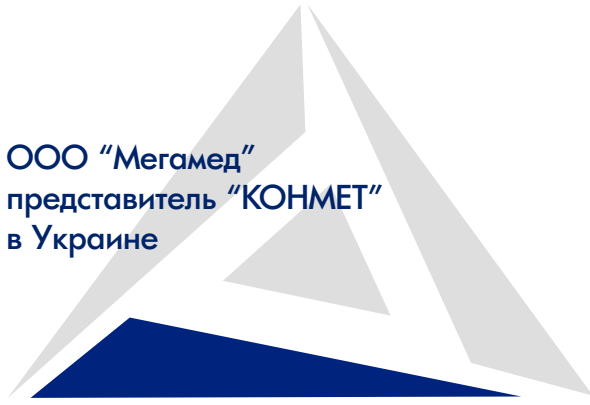
- КДУ устанавливается и фиксируется по вышеописанной методике.
- Остеотомом надламывается внутренний кортикальный слой.
- Производится компрессия.
- Операционная рана обрабатывается раствором антисептика.
- Гемостаз по ходу операции.
- Рана ушивается таким образом, чтобы одна треть корпуса аппарата выступала в полость рта.

В случае, если у пациента имеется в поднижнечелюстной области старый послеоперационный рубец или наложению внутриротового КДУ предшествует снятие КДУ для ветви НЧ, оперативный доступ должен быть наружным и линия остеотомии проводится в ретромаллярной области.

Послеоперационный период

- Холод на область операционной раны.
- Антибактериальная терапия (антибиотик широкого спектра действия в течении 5-7 дней). Туалет полости рта розовым раствором КМnO₄ при установке внутриротового аппарата.
- Ежедневная смена асептической повязки при использовании КДУ для ветви нижней челюсти.
- Швы снимаются на 7-9 сутки после операции.
- Период компрессии длится 8-10 дней.
- Затем следует период дистракции. Дистракция проводится по 1 мм в сутки дробно по 0,25 мм 4 раза или по 0,5 мм 2 раза (по усмотрению врача) до достижения регенерата необходимой величины с помощью соответствующих ключей для дистракции (кат. № 801.00 и 802.00).
- Перед дистракцией каждому пациенту составляется индивидуальный протокол дистракции, в котором отображены дни и часы, а также схематически изображен план работы с КДУ.
- Процесс дистракции контролируется ежедневным осмотром и регистрацией окклюзии. Рентгенологический контроль осуществляется сразу после наложения компрессионно-дистракционного аппарата, в середине и в конце дистракции.
- Ретенционный период индивидуален, в среднем составляет 40 - 60 дней. По окончании ретенции КДУ удаляется.

Период реабилитации включает в себя ортодонтическое лечение, массаж лица, ЛФК, электростимуляцию жевательных мышц. Контрольные осмотры проводятся через 3 - 6 - 12 месяцев.



ООО "Мегамед"
представитель "КОНМЕТ"
в Украине

www.megamed.com.ua