Д.м.н, профессор Ешиев А.М.

Косая скользящая остеотомия ветвей нижней челюсти по методу Лимберга

Остеотомия альвеолярного отростка верхней челюсти с костной пластикой по методу Gillies, Rowe

Больная боковая вид и прямая

Вид прикуса спереди

После наложения брекетов

Вертикальная остеотомия

Схема расщепления нижней челюсти при сагиттальной ретромолярной остеотомии по методу Dal Pont

КОСТНАЯ ПЛАСТИКА

На сегоднящний день имеется большое разнообразие видов и вариантов костной пластики, при костных дефекты одномоментно замещаются участком другой кости, либо создаются условия для постепенного замещения дефекта вновь образующейся костной.

Альтернативные методы с использованием синтетического материала на основе титана, углеродсодержащих или полимерных материалов.

При костных дефектах альвеолярного отростка

При дефектах и атрофиях альвеолярных отростков челюстей, в качестве подготовки к последющей дентальной имплантации или ортопедическому лечению применяется костная пластика с помощью аваскулярных костных аутотрансплантатов с подбородочной области, ветви нижней челюсти, гребня подвздошной кости, большеберцовой кости.

Забор костного аутотрансплантата с подбородочной области

Операция увеличение (наращивания) гребня альвеолярного отростка

Операция транспозиция нижнелуночкового нерва

**ПОКАЗАНИЯ К КОСТНОЙ ПЛАСТИКЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

* Артропластика височно-нижнечелюстного сустава:
* Резекция нижней челюсти с экзартикуляцией по поводу доброкачественных опухолей;
* Кондилэктомия по поводу деформирующего артроза;
* Кондилэктомия при высоких переломах суставного отростка с вывихом головки.
* **Первичная одномоментная костная пластика:**
* Экскохлеация доброкачественных опухолей, удаление одонтогенных кист и ретенированных зубов;
* Оскольчатые переломы; переломы с дефектом костной ткани;
* Переломы нижней челюсти, проходящие в области кисты;
* Резекция нижней челюсти с сохранением непрерывности кости;

Вторичная костная пластика:

ложные суставы;

дефекты нижней челюсти протяженностью не более 5 см (в случаях отсутствия выраженных рубцовых изменений в мягких тканях или филатовского стебля);

дефекты, протяженностью от 5 см до тотальных.

Комбинированная пластика (ортопедический аллотрансплантат в сочетании с губчатым аутотрансплантатом).

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К КОСТНОЙ ПЛАСТИКЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

1. Поражение нижней челюсти злокачественной опухолью с наличием метастазов.
2. Случаи резекции нижней челюсти с предварительной лучевой терапией в дозе, превышающей 50 Дж/кг (5000 рад).
3. Неудовлетворительное общее состояние больного.
4. Недостаток мягких тканей для закрытия костного трансплантата при вторичной костной пластике с дефектом протяженностью более 5 см.

**ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ**

1. Атравматичность проведения операции.
2. Восстановление мягких тканей воспринимающего ложа.
3. Плотный и на большом протяжении контакт трансплантата с воспринимающем ложем костей реципиента.
4. Правильного подбора трансплантата (измельченной и цельный).
5. Надежная фиксация трансплантата с костью челюсти реципиента.
6. Изоляция раны с полости рта.
7. Иммобилизация челюстей.

Клинический случай

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ  
(двусторонний прямой остеосинтез н/ч полиамидной нитью, осложнившийся остеомиелитом, ложным суставом )

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ  
(после купирования воспалительного процесса произведен прямой остеосинтез рамкой из титана экстраоральным доступом с замещением дефекта кости реберным аутотрансплантатом)

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ  
(через год после операции)

Остеобластокластома ветви и тела н/ч справа

Через полгода после операции

Заготовка реберного трансплантата

Схема фиксации реберного аутотрансплантата

Костная пластика реберным аутотрансплантатом

Восстановление ветви н/ч справа реберным аутотрансплантатом

Восстановление ветви н/ч справа реберным аутотрансплантатом

Остеобластокластома тела и ветви н/ч справа

Экзартикуляция правой половины н/ч, восстановление целостности реберным аутотрансплантатом

Контурная пластика щеки тканями филатовского стебля

Через 8 лет после операции

Через 8 лет после операции

Костный дефект нижней челюсти

После костной пластики  
трансплантат из крыло подвздошной кости

Аутокостная пластика трансплантат из ребра

Через 7 лет после костной пластики

Через 5 лет после костной пластики установлены дентальные имплантаты

Титановые имплантаты

После замещения дефекта титановым имплантатом

Протезирование на дентальных имплантатах

ОСЛОЖНЕНИЯ

На рентгенограмме - длинные винты, которые могут повредить сосуды. Рамка секвестрировала с участками кости.

Через 12 лет – рецидив остеобластокластомы

Удалена часть н/ч по поводу Сr c одновременным замещением дефекта имплантатом из титана(онко. диспансер)

Закрыт сквозной дефект дна рта и трахеостомическое отверстие

**АРТРОЗ ВНЧС**

различают:

Склеротическая форма

Деформирующая форма

**АНКИЛОЗ ВНЧС**

Этиология:

Родовая травма;

Детские инфекционные заболевания;

Воспалительные процессы среднего уха;

Гематогенный остеомиелит челюстей;

Перелом головки нижней челюсти.

**АНКИЛОЗ ВНЧС**

Анкилоз ВНЧС разделяют:

А)по стороне поражения:

односторонний и двухсторонний

Б) по характеру поражения:

Фиброзный( осложненный и не осложненный ) и костный

**МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АНКИЛОЗОВ ВНЧС**

1. Консервативный (фиброзный анкилоз).
2. Редрессация (фиброзный анкилоз).
3. Устранения анкилоза.
4. Устранения анкилоза и восстановления элементов ВНЧС.

Г. П. Иоаннидис

Низведение нижней челюсти при операции по поводу анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

Артропластика по методу шейман

Артропластика по методу Шейман и Орозбекова

Контрактура ВНЧС

Контрактура височно-нижнечелюстного сустава — это сведение челюстей различной этиологии, вплоть до полной неподвижности нижней челюсти.

Воспалительная контрактура (тризм) возникает при непосред­ственном и рефлекторном раздражении аппаратов, связанных с ин­нервацией жевательных мышц (болевое раздражение из очага вос­паления).

**Контрактура нижней челюсти**

Контрактура нижней челюсти бывает:

Воспалительного и травматического происхождения;

Рубцово- мягкотканная( мукогенная, миогенная, дермогенная)

Костная

Неврогенная

Стадии контрактуры ВНЧС

Различают три степени воспалительной контрактуры. При первой степени открывание рта слабо ограничено и возможно в пределах 3—4 см между режущими поверхностями верхних и нижних цен­тральных зубов; при второй — отмечается ограничение открывания рта в пределах 1—1,5 см; при третьей — рот открывается менее чем на 1 см.

Лечение

Лечение воспалительной контрактуры сводится к ликвидации воспалительного процесса. В случае невозможности доступа к вскры­тию гнойного очага в полости рта необходимо снять спазм жева­тельных мышц путем проведения блокады двигательных ветвей третьей ветви тройничного нерва по Берше—Дубову. При длитель­ности воспалительного процесса со сведением челюстей более 2 нед показаны физиотерапия и лечебная гимнастика.

Спасибо за внимание!!!