**Лекция №9.
Хирургическая подготовка полости рта к ортопедическому и ортодонтическому лечению (компактостеотомия, углубление преддверия, удаление экзостозов, пластика уздечек верхней и нижней губы, иссечение тянущих рубцов).**

**д.м.н.,профессор Ешиев А.М.**

Цель Лекции:

Ознакомить студентов хирургической подготовки полости рта к ортопедическому и ортодонтическому лечению.

Показать клинические примеры по тематике лекции

Задачи Лекции:

 Ознакомить клиника, диагностика и лечения следующих патологий.

1. экзостозы;
2. неравномерность гребня альвеолярного отростка челюстей;
3. короткая уздечка верхней губы;
4. короткая уздечка нижней губы;
5. диастема;
6. рубцы в области преддверия;
7. отлом коронок ранее эндолеченных зубов и т.д.
8. Пластика дефекта альвеолярного отростка в/ч.

Ортопедическое и ортодонтическое лечение стоматологических больных в ряде случаев является безуспешным или недостаточно эффективным вследствие отсутствия условий протезного ложа или наличия какой-либо патологии на альвеолярных отростках челюстей.

Как показывает статистика, примерно каждый 9 пациент (10-11%) нуждается в хирургической помощи до проведения ортопедического лечения.

Виды патологий зубочелюстного аппарата являющиеся причиной безуспешного ортопедического лечения:

1. экзостозы;
2. неравномерность гребня альвеолярного отростка челюстей;
3. короткая уздечка верхней губы;
4. короткая уздечка нижней губы;
5. диастема;
6. рубцы в области преддверия;
7. отлом коронок ранее эндолеченных зубов и т.д.

экзостозы

Экзостозы челюсти – костные образования на альвеолярном отростке или в области тела челюсти в виде выступов, бугров, шипов, остроконечных и тупоконечных гребней.

 Экзостозы, не позволяют припасовать съемный протез на протезное ложе. Ношение его в таких условиях приводят к травме слизистой оболочки с последующими болями, что приводят к отказу больных от ношения протеза.

. Диагностика данной патологии включает сбор жалоб, клиническое обследование и рентгенографию. Лечение экзостозов челюсти направлено на удаление костных выступов, сглаживание поверхности, создание необходимых условий для фиксации ортопедических конструкций.

Причины и симптомы экзостозов челюсти

**Экзостозы челюсти могут возникнуть после операции по удалению зуба. Отсутствие этапа сглаживания краев лунки при проведении травматической экстирпации приводит к образованию костных выступов-шипов. Также причиной остеофитов могут быть травмы, неправильно сопоставленные поврежденные фрагменты челюсти, застарелые**[**переломы**](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/bone-fracture)**. При периферической форме остеомы по краю челюсти возникают остеофиты остеогенного диспластического происхождения.**

**Как правило, экзостозы челюсти небольших размеров не вызывают никаких жалоб. Костные наросты могут быть выявлены во время определения степени атрофии кости, оценки уровня податливости слизистой оболочки на подготовительном этапе перед протезированием. Наиболее часто экзостозы челюсти локализуются в зоне срединного небного шва, а также с оральной стороны альвеолярного отростка в проекции нижних премоляров. Открывание рта у пациентов с экзостозом челюсти свободное, осуществляется в полном объеме. Слизистая над остеофитами бледно-розовая, без видимых патологических изменений, подвижная.**

Диагностика экзостозов челюсти

**Постановка диагноза экзостоз челюсти базируется на основании жалоб пациента, данных анамнеза, результатов физикального обследования,**[**рентгенографии**](http://www.krasotaimedicina.ru/diagnostics/X-ray/)**. При осмотре**[**врач-стоматолог**](http://www.krasotaimedicina.ru/doctor/dentist/)**на альвеолярном отростке или в участке тела челюсти выявляет безболезненное образование плотной консистенции, не спаянное с окружающими мягкими тканями. Слизистая оболочка над экзостозом челюсти истонченная.**

**Повреждение ее острыми краями разрушенных зубов или базисом протеза приводит к появлению участков изъязвлений. При экзостозе челюсти на рентгенограмме определяют костный выступ с четкими границами. Деструктивные изменения в кости отсутствуют. Дифференцируют экзостоз челюсти с доброкачественными и злокачественными опухолями костной ткани. Обследование проводит**[**хирург-стоматолог**](http://www.krasotaimedicina.ru/doctor/dental-surgeon/)**.**

**Лечение экзостозов челюсти**

**Лечение экзостоза челюсти хирургическое. При иссечении небного торуса производят срединный линейный разрез с послабляющими надрезами спереди и сзади, отслаивают слизисто-надкостничный лоскут, экзостоз челюсти удаляют единым блоком или распиливают, а затем извлекают по фрагментам.**

**Иногда остеофиты в**[**стоматологии**](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/stomatology/) **срезают бором или фрезой. После удаления небного выступа производят ревизию костной раны, сглаживают края. Слизисто-надкостничный лоскут помещают на место. Оперативное вмешательство заканчивается наложением узловых швов.**

**При расположении экзостозов на альвеолярном отростке производят трапециевидный разрез. После мобилизации слизисто-надкостничного лоскута спиливают экзостоз челюсти, сглаживают поверхность, укладывают на место ранее отсепарированный лоскут. Края**[**раны**](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/wounds)**ушивают узловыми швами**.

**Удаление экзостозов альвеолярных отростков.**

Осуществляют путем проведения трапециевидного или полулунного разрезов вершины, которых должны находиться на вершине альвеолярного отростка.

Такое направление разрезов позволяет выкроить лоскут слизистой оболочки с питающей ножкой, обращенной к переходной складке.

После отделения слизисто-надкостничного лоскута бормашиной удаляют выступающие экзостозы, которые могут иметь вид выступов, бугров, шипов, остро- или тупоконечных гребней.

Фрезой обрабатывают и полируют поверхность кости, после чего укладывают лоскут на место и пришивают кетгутом, синтетической нитью.

неравномерность гребня альвеолярного отростка челюстей;

Неравномерность гребня альвеолярного отростка челюстей приводят к опрокидыванию «седла» протеза во время приема пищи и при разговоре.

короткая уздечка верхней губы

Короткая уздечка верхней губы обуславливает наличие мелкого преддверия верхнего свода полости рта и диастеме

**Френулопластика способом Лимберга, 1974.**

Способ основан на формировании и перемещении треугольных лоскутов.

По гребню уздечки производят линейный разрез от межзубного сосочка до переходной складки. У концов разреза под углом 45-60 производят дополнительно еще два разреза.

В области альвеолярного отростка разрез делают до надкостницы, а в области губы рассекают слизистую оболочку с подслизистым слоем.

После того хорошо мобилизуют треугольные лоскуты.

Помещают лоскуты, получая удлинения тканей, и накладывают швы кетгутом, синтетической нитью.

короткая уздечка нижней губы

короткая уздечка нижней губы приводит к уменьшению преддверия нижнего свода полости рта и наличию локального пародонтита нижних резцов.

В норме, **уздечка нижней губы** – едва заметная плёночка. Она расположена глубоко в ложбинке между десной и губой (с внутренней стороны), ориентировочно: на уровне десневого сосочка центральных нижних зубов. Но на сам десневой сосочек эта уздечка прикрепляться не должна!

**Пластика уздечки языка**

Пластика уздечки языка  — это хирургическое вмешательство на уздечке для предупреждения последствий, которые влечет за собой ее неправильное крепление.

При нормальном положении уздечка языка не причиняет неудобств и остается совершенно незаметной.

При подъеме языка вверх или отведении в сторону эта перепонка удерживает его наподобие уздечки, откуда и произошло название.

Длина уздечки составляет примерно 2,7-3 см. Она находится посередине языка (при продольном рассматривании — в области, где слизистая оболочка подходит ко дну ротовой полости.

операция уздечки на языке. Френулопластика уздечки

Суть недостатков уздечки языка состоит в ее неправильном креплении: верхний конец располагается не в середине языка, а ближе к кончику, порой – у самого кончика. Этот недостаток получил название короткая уздечка, или анкилоглоссия. В принципе, уздечка при этом может иметь нормальные размеры (примерно 3 см). Находящаяся вблизи кончика языка складка нарушает нормальное функционирование органа, ограничивая его подвижность.

Укорочение коронковой части зуба приводит к расцементированию коронок и тд.

**Рассмотрим виды хирургического вмешательств, позволяющих подготовить протезное ложе для успешного ортодонтического лечения.**

**Компактостеотомия верхней челюсти способом Титовой, 1960.**

Разрезами слизистой оболочки и преддверии рта от бокового резца до последнего моляра, а также на твердом небе, отпустив на 2-3 мм от шеек зубов, обнажают альвеолярный отросток и переднюю стенку верхней челюсти.

Круглым бором просверливают углубление в шахматном порядке через всю толщу компактной пластинки между и вдоль лунок зубов, а также над их корнями в несколько рядов.

На альвеолярном и небных отростках через разрез на твердом небе также делают множественные углубления в компактном слое кости.

Рану зашивают.

Метод показан при микрогении, ретрогнатии или микрогнатии.

**Компактостеотомия нижней челюсти способом Титовой, 1960.**

Поднижнечелюстным доступом обнажают наружную и внутреннюю поверхность тела нижней челюсти на участке от бокового резца до угла челюсти на стороне ее укорочения.

Круглым бором делают множественные углубления в компактном слое кости.

Рану зашивают.

Метод показан при микрогении.

**Углубление преддверия рта способом Кларка (Clark), 1963.**

Способ заключается в преддверии разрезом слизистой оболочки по переходной складке и отсепаровывании слизистого лоскута на губе длиной 10 мм и углублении на таком же протяжении преддверия.

Слизистый лоскут перемещают вниз (вверх) и подшивают у свода нового преддверия к надкостнице.

Накладывают йодоформную турунду, под которой рана заживает вторичным натяжением в течение 10 суток

**Углубление преддверия рта способом свободной пересадки слизистой оболочки.**

Отступив от переходной складки на 10-15 мм, на губе производят дугообразный разрез слизистой оболочки и подслизистого слоя, отслаивают их до переходной складки и перемещают последнюю в глубь свода.

На образовавшийся дефект производят пересадку эпидермального кожного аутотрансплантата, который фиксируют к краям дефекта швами.

В преддверии вводят стенсовый валик, а снаружи укрепляют давящей бинтовой повязкой.

Альвеолотомия

**Альвеолэктомия.**

Производят при удалении нескольких рядом расположенных зубов или корней для получения ровного края альвеолярного отростка.

После удаления зубов или корней щипцами (байонетами, клювовидными) или костными кусачками скусывают выступающие края лунок зубов, фрезой и бормашиной выравнивают и полируют костную поверхность.

Кюретажной ложкой тщательно выскабливают грануляции и костные опилки.

На края раны десны накладывают швы синтетической нитью, йодоформный тампон.

Швы снимают на 5-7-й день.

Спасибо за внимание!