

Бет аймағына жасалатын операциялар :кесу,
жасау,жарақатқа бірінші реттік өңдеу жасау.
Маңдай және гаймор қойнауларын ашу.



Гайморит

- Гайморит - мұрынның екі жағында орналасқан гаймор қуысының қабынуы. Бұл ауру, әсіресе, күз-қыс айларында тұмаудың асқынуынан дамиды. Оның белгілері - бас ауырады, мұрынмен дем алу қиындап, одан қою сұйықтық ағады, қысқаша айтқанда, ауру асқынып кетіп, дене қызуы жоғарыласа, онда гаймор қуысын рентгенге түсіріп, «пункция» жасату керек. Егер сырқаттың жағдайы жақсы болып, жоғарыдағы ауру белгілері болмаса, онда гаймор қуысын инемен теспей, қарапайым жолмен (аппаратпен) жуып, дәрі жіберіп емдесе, ол жазылып кетеді. Бұл әдіс «кукушка» деп аталады. Сонымен қатар физиотерапевтикалық ем қабылдаса, ауру тез айығып кетеді.

Жақ-бет аймағындағы ақаулар мен деформациялар

-
- Бет сүйегі жарақаттары мен ауруларының ішінде ең көп кездесетіні төменгі жақ сүйегінің жарақаты мен аурулары және оның көбісі сүйек тінінің ақауымен қатар жүреді.
- Ең алғаш бет-жақ аймағы хирургиясында төменгі жақтың алдыңғы бөлігіндегі атпен Zarry жазған. 1893 жылы Clod Martin каучук протезін ұсынды. 1954 жылы Л. М. Обухова, сонан кейін Н. М. Михельсон 1956 жылы амелобластоманың салдарынан төменгі жақты резекциялаудан кейін пластмасс имплантпен ақауға пластикалық операция жасады.
- Бет-жақ аймағындағы қалпына келтіру хирургиясының қазіргі жетістіктері көп жағдайда консервіленген (консервированные) тіндерді пайдалануға байланысты.

Бас қаңқасы деформацияларының жіктелуі

-
- Іштен туған деформациялар:
- I. Тератогенді факторлар әсерінен болған, жырық, әр түрлі дискраниялар, краниостеноздар, 1—2 желбезек доғасы синдромдары, жақ дисплазиясы, іштей туған жарақаттар. 2. Дәлелденген хромосомды аурулар.
- II. Жүре пайда болған деформациялар.
- 1. Эндокринді және зат алмасу; 2. Қызмет атқару бұзылуы әсерінен; 3. Жарақаттан кейінгі; 4. Қабыну және инфекциялық агенттердің әсерінен; 5. Сәулелендіру салдарынан.

- Орналасуына қарай:
- 1. Тіс альвеолдық; 2. Гнатикалық; 3. Жалпы бас қаңқалық.
- Қалыптан ауытқуы үлкендігіне, пішініне және жақтың жағдайына, олардың бір-біріне қарым-қатынасына байланысты болуы мүмкін. Осыған орай бет қаңқасының деформациясын 5 түрге бөледі:

□

□

□ **2.1 Бет қаңқасы деформациясын емдеудің негізгі қағидалары**

□

- Емдеудің негізгі мақсаты анатомиялық және функционалдық бұзылуларды жою. Бұдан басқа психикалық сауығуды қамтамасыз ету. Соңғы 10 жылда бет қаңқасының ақауы бар науқастарды емдеу айтарлықтай өзгерді. Емдеу жоспары мамандар тобымен құрылады: хирург, анестезиолог, реаниматолог, ортопед, ортодонт, нейрохирург.
- Осыдан басқа көпшілік жағдайларда ЛОР — мамандар, невропатологтар, окулистер, логопедтер, психоневрологтар, эндокринологтар қатыстырылады.

□ 2.2 Туа пайда болған деформацияларды емдеу

□

□ Бұл бұзылыстар, краниостеноздар бас қаңқасы мен бет қаңқасының диастоздарын емдеудің негізгі қағидалары беттің ортаңғы аймағының гипоплазиясын емдеуге негізделген.

□ Жоғарғы прогнатияны қалыпқа келтіру. Жоғарғы прогнатия терең тістесумен бірігіп келгенде (1968) Н. Коле 1-ші премолярларды екі жағынан жұлып, таңдайдың ортаңғы сызығымен медиальды тілік жасап, альвеольды өсіндінің алдыңғы бөлігіне остеотомия жүргізген. Қатты таңдайды 2 см-ге дейін бордың көмегімен тесіп, резекциялаған. Сүйек фрагменті жоғары және артқа жылжып, шырышты қабатқа тігіс салып, тістерге құрсау салу арқылы бекіткен.

□ 2.3 Төменгі прогнатияны қалпына келтіру.

□

□ *Төменгі жақтың альвеолды өсіндісіндегі операциялар.*

□ Американдық хирург I. Nylliren 1848 жылы тістесу ауытқуының біріккен формасы бар науқастың төменгі альвеолды өсіндісінің фронтальды аймағына екіжақты сына тәрізді резекция жасаған. Операция премолярларды симметриялы жұлумен жалғасқан. Мұндай операция алдыңғы тіс қатарының тістесуінің болмауы кезінде ғана жүзеге асырылады. Кейін 1928 жылы Е. Е. Бабицкий бұл операцияны жаңартып жүргізген, бірақ кең түрде қолданыла қоймады.

▣ *Төменгі жақ денесіндегі операциялар...*

▣

▣

▣ **3 Жақ-бет аймағын қалпына келтіру хирургиясы**

▣

▣ Қалыпқа келтіру хирургиясы ақаулар мен деформацияларды жоюмен айналысатын хирургияның бір тармағы. Сонымен қатар қалпына келтіру хирургиясы косметикалық хирургия деп те аталады.

▣

▣

□ **3.1 Қалпына келтіру операцияларын жоспарлау.**

□

□ Беттің, жақтың және ауыз қуысы ағзаларының ақаулары мен деформациялары әртүрлі аурулардың әсерінен болады. Олардың ішінде ауыр қабыну, жаралы-өлеттекген процестер, инфекциялы аурулар (сүзек, жегі) жарақаттары, әртүрлі ісіктерге байланысты жасалған операциялардан кейін, туа пайда болған ақаулар. Қалпына келтіру операцияларын жоспарлау ақау мен деформацияның көлемі мен түріне байланысты.

□

□

□ **3.2 Жергілікті тіндермен жасалатын пластика**

□

□ Жергілікті жасалатын пластикалық операцияларды үш түрге бөлуге болады:

□ 1) тыртықты кесіп алып, тіндерді бір-біріне жақындату; 2) тіндерді тіліп арасын ашу (сабақшаны тігу немесе теріні еркін көшіру); 3) тіндерді қарсы алмастыру (әртүрлі пішіндегі қиықтармен жасалатын пластика).

□ Қарсы орын ауыстыру тең қабырғалы үшбұрышты қиықтарды жылжытып пластика жасауға негізделген. Орын ауыстырған кезде жара шеттерінің ұзындығы дәл келу керек.

□ 3.3 Қоректік аяқшасы бар қиықпен пластика жасау.

□

□ Ақаудың айналасындағы тіндер жергілікті пластика әдісіне жарамсыз болса, айналасынан немесе алшақ аймақтардан қоректі өзегі бар қиықтар арқылы пластикалық операциялар жасалады. Бұл пластиканың екінші тәсілі. Біраяқшалы қайырылған, екіаяқшалы қайырылған, екіаяқшалы көпір тәрізді, қосқабатты артериялы, жасырын тамыр аяқшалары бар қиықтар деп бөлінеді. Қиық операциядан кейін өліп қалмас үшін оның ұзындығының еніне қатынасы 3 : 1 тең болуы керек. Оның өмір сүруіне дұрыс сыдырып іреудің маңызы зор. Және ол тым қатты тартылуы не бос қалмауы керек. Пластика жасаған кезде физиологиялық тартылу болуы тиіс. Егер бұл жағдай тудырылмаса қоректік тамырлары тарылып, қан келуі нашарлап өлеттенуі мүмкін.

□

□ 3.5 Филатовтың сабақшалы қиығымен пластика жасау

□

- 1916 жылы бет тіндерінің ақауын жамау кезінде В. П. Филатов пластикалық хирургияда теріасты клетчаткасына қоса алынған тері қиындысын түтік тәрізді орап теріні көшіру әдісін ұсынды.
- Ақау аумағында бұл түтікшені жазып беттің ақауын қалыпқа келтіреді. Алғашқы рет В. П. Филатов мойында жоғарыда аталған тері түтігін жерілікті жансыздандыру арқылы бүгіп, қабақ ақауын жамау үшін қолданған.
- Филатов сабақшысын жетілдіру үшін В. П. Филатовтың өзінің, Б. Е. Франкенбергтің, А. А Лимбергтің, М. П. Шефтельдің 20 жуық әртүрлі модификациялары ұсынылды. Сонымен қазір Филатов сабақшасының үш түрі бар: 1) Екі аяқшасы бар кәдімгі сабақша (чемодан тұтқасы секілді);

□ **.6 Тіндерді еркін көшіру**

□

- Бет қаңқасы мен жумсақ тіндерінің ақауларын қалпына келтіру үшін хирургиялық стоматологияда тіндерді еркін көшіру кеңінен қолданылады.
- Еркін көшірудің 5 түрі бар. 1) аутогенді өз тіндерінен; 2) синогенді генетикалық жағынан бір организмнен алынатын тін; 3) аллогенді осы тәрізді организмнен алынады; 4) ксеногенді — бөтен түрдегі организмнен алынған тіндер; 5) өлі материалдарды ендіру — имплантаттар егер олар тінге түгелдей енсе, тінге жартылай ендірілсе, эксплантаттар деп аталады.

- Бітісіп кетуі жағынан ең тиімдісі — аутопластика. Себебі организмнен алынған тін бірден жойылып кетпей белгілі бір уақыт өзінің өмірін сақтайды. Жаңа орынға отырғызылғаннан кейін ол өзінің өмірін сақтап қана қоймай, отырғызылған жерге бітіп кетеді. Пластиканың бұл тәсілі аутопластикалық материалдың аздығына байланысты жиі қолданылмайды және оны алу кезінде науқасқа қосымша жарақат жасалады.

□ 3.7 Жақтардың сүйек пластикасы.

□

- Жақ сүйектері пластикасының әсіресе төменгі жақтың, өзінің қиыншылығы бар.
- Бұл келесі ерекшеліктерге байланысты:
 - 1) Бұл қозғалмалы сүйек және әртүрлі қызметтерге қатынасады. Мысалы: сөйлеу, тыныс алу, шайнау, ымдау.
 - 2) Оның қозғалысы күрделі: шарнирлі және кері қайтарылушы.
 - 3) Жақта тістер орналасқандықтан олар сыртқы ортамен қатынаста. Сондықтан осы жерлердегі патологиялық процестер (жарақаттар, қабыну, ісіктер) операциядан кейінгі ағымын ауырлатады. 4) Жақтардың эстетикалық орны.
- Сүйек пластикасы негізінен төменгі жаққа жасалады. Жасалу уақытына байланысты алғашқы және екінші сүйек пластикасы деп белінеді.

□ **3.8 Аралас трансплантаттарды еркін кешіру**

□

- Аралас трансплантаттар дегеніміз тұтас күйінде бірге отырғызылатын әртүрлі тіндерден тұратын трансплантат. Оған мұрынның қанаты мен ұшын, құлақ қалқанының бір бөлігімен пластика жасау әдісі мысал бола алады. Алғашқы рет мұндай пластиканы 1898 ж. К. П. Суслов жасады.
- Беттің және жақтың ақаулары мен деформациялары өзінің себептеріне қарай әртүрлі болғанымен пішініне қарай бірдей болады. Сондықтан оларды пластиканың жалпы қағидаларына қарай: жергілікті тіндермен, аяқшасы бар қиықпен, Филатов сабақшасымен, теріні еркін көшіру, және толық қабатты аутотрансплантаттармен қалпына келтіреді.

□

□ 3.9 Ауызмаңы аймағының пластикасы



- Жоғарғы және төменгі еріннің ақаулары жартылай және түгелдей деп бөлінеді. Қызыл жиегіндегі кішкене ақауларды шырышты қабықты жылжыту арқылы орнына келтіруге болады.
- Ауыз қуысының айналасындағы тыртықтану процестерінің салдарынан тарылып микростомия дамиды. Ондай деформацияның үш тәсілмен қалыпқа келтіреді.
- 1) И. Г. Лукомский әдісі. Ауыздың бұрыш аймағының зақымданбаған терісінен түбін ұрт аймағына қаратып төрт бұрыш қиықтар қиылады. Одан кейін осы қиылған тері қиықтары ауыздың ішіне қарай қайырылып, шырышты қабықпен тігіліп тасталады. Мұндай операциялар тек әйелдерге жасалады. Егер қиық қиған аймақта сақал немесе түк болмаса ерлерде де жасалады.

- Одонтогенді гаймориттің ка-зіргі кезеңдегі емінің негізгі ұстанымы - жиі асқынулар тудыратын гаймо-ротомия операциясын, реті келсе жасамауға тырысу (Г.В. Кручинский және т.б., 1998). Гайморитпен ауырған науқастарды тек операциялық жолмен ғана айықтыруға алуға болады деген ұғым, бұл күнде ескіргенге ұқсайды. Өкінішке орай, гаймор қойнауының шырышты қабығының патологиялық өзгерісін үнемі қайтымсыз деген желеумен гайморотомия операциясын жаппай жасауды және шырышты қабығын түгелдей қарып алып тастауды, әлі де болса қолдайтын хирургтар жоқ емес. Эксперименттік және клиникалық зерттеулер нәтиже-леріне сүйенетін болсақ, созылмалы одонтогенді гайморитте
-
- қойнаудың шырышты қабығының өзіндік регенерациялық қабілеті толық жойылмайтыны, қабыну процесінің ұзаққа созылуына қарамастан, түр сипаты едәуір өзгеріске енсе де, атқаратын қызметі сақталатыны дә-лелденген.



Гаймор
пазуха

- Созылмалы одонтогенді гайморит-тің емінде көзделетін негізгі мақ-саттар:

-

Ў гаймор қойнауына инфекцияның енуін тоқтату (одонтогенді гайморитті тудырушы себепші тісті жұлу);

- Ў гаймор қойнауының полипозды өзгеріске енген шырышты қабығын алып тастау, сау және өзгермеген шырышты қабығын қалдыру;

- Ў гаймор қойнауында жинақталған жалқық кедергісіз шығуын қамту. Ол үшін мұрын қуысының төменгі жолынан қойнаудың медиальды қа-бырғасын Куликов инесімен (сурет) тесіп (пункциялап), жасанда қатынас жасау (егер жұлынған «себепші» тіс ұяшығынан гаймор қойнауының түбі тесілмесе немесе жыланкөз болмаса);

□ жасалған жасанды тесік арқылы гаймор қойнауына жіңішке полихлор-винильді түтік енгізіп, жергілікті ем ретінде антибиотиктермен немесе антисептикалық ерітінділермен өңдеп, инфекциямен күресізу. Осы ретте, гаймор қойнауында жинақталған жалқықтың шығуын қамту мақсатымен мұрынға шырышты қабығының қан тамырларын тарылтатын дәрі-дәрмектер тамызу қажет. Мұндай ем нәтиже бермесе, гайморотомия опе-рациясын жасап, патологиялық өзгерістегі (полипозды) шырышты қабығын қырып алып тастау қажет. Гаймор қойнауында жинақталған жалқық кедергісіз шығып тұру үшін, мұрын қуысының төменгі жолынан гаймор қойнауына ашылатын жасанды қатынас (тесік) жасалады. Гайморо-томия операциясы, әдетте жалпы наркозбен немесе премедикациямен қоса жергілікті өткізгіштік жансыз-дандыру әдістерімен орындалады.

▣ **Операцияның орындалу реттілігі.** Клиникалық тәжірибеде гайморо-томия операциялары арасында жиі Калдвелл-Люк әдісі орындалады. Ол үшін жоғарғы жақсүйектің өтпелі қатпары бойымен, екінші күрек тістен бірінші немесе екінші үлкен азу тістеріне дейін шырышты қабығы сүйекқабымен бірге тілінеді (143 сурет). Қырғышпен (распатор) гаймор қойнауының алдыңғы сүйек қабырғасының беті ашылады. Содан кейін диаметрі кіші бұрғымен сүйір тіс ойығы тұсынан сүйек табақшасы дөнгелек пішінді етіліп, диаметрі орта шамамен 1,5×1,5 см тесіледі (144 сурет). Тесіктер өзара біріктіріліп, босатылған сүйек табақша алынып тасталады. (Мишенькин әдісі бойынша, сүйек табақша сүйекқабынан ажыратылмай бірге босатылады). Гаймор қойнауының алдыңғы қабырғасын шапқымен немесе Г.Н. Марченко ұсынған арнайы цилиндрлі тескішпен (трепан) тесуге де болады (145 сурет). Егер гайморит жоғарғы жақсүйектің созылмалы остеомиелитінен дамиды болса, гайморотомия операциясымен бірге секвестрэк-томия операциясы Нейман-Заславский (1966) әдісі бойынша тіндер трапеция тәрізді тілінеді (146 сурет). Одон-тогенді гайморитте патологиялық процесі негізінен гаймор қойнауының түбінде өтетіндіктен және операция барысында себепші тістің айнала-сындағы патологиялық тіндер (өлі сүйек тіндері - секвестрлер, тіс түбірінің сынықтары, грануляциялық тіндер немесе ұраның қабы) алынып тасталатындықтан, трапеция тәрізді тілік жасау тиімді.



