

В 1935 г. А.Я.Катц [6], занимаясь лечением зубочелюстных аномалий, вызванных формой и положением нижней челюсти, предложил использовать методику ослабления сопротивляемости костной ткани. Препятствием для исправления деформации на нижней челюсти автор считал мощный кортикальный слой кости, усиленный в области внутренней и наружной кривой линии, у подбородка, в области угла и нижнего края нижней челюсти. Катц рекомендовал проводить полную декортикацию нижней челюсти в области моляров [1,6,9] (рис.1).

Н.Колле (1958 г.) ввел термин «кортикотомия» [9]. Кортикотомия (остеотомия или компактоостеотомия) — хирургическая операция, направленная на уменьшение сопротивляемости костей лицевого отдела черепа действию ортодонтической аппаратуры в местах повышенной резистентности костной ткани у взрослых пациентов. Автор в начале своей работы, как и А.Бихельмайер в 1960 г., использовал методику остеотомии альвеолярного отростка с рассечением межзубных перегородок (полная декортикация альвеолярного отростка с сохранением альвеолярного гребня) и иссечением лунок с небной стороны на верхней челюсти [1,9].

Колле предлагал под местным обезболиванием обнажать вестибулярную поверхность кости посредством волнистого разреза на расстоянии 0,5 см от края десны с последующим отслаиванием слизисто-надкостничного лоскута. Далее круглыми и фиссурными борами трепанировал компактный слой кости в проекции межзубных промежутков до губчатого вещества, насечки соединял при помощи долота до появления дефектов кортикального слоя в виде борозд, идущих параллельно корням зубов до уровня их верхушек. На нижней челюсти участок декортикации затрагивал тело челюсти, нетронутым оставался только ее нижний край [1,10].

Подобные оперативные вмешательства предлагали И.Л.Злотник (1952), Н.П.Мозговой (1964, 1966, 1970), З.Ф.Василевская и П.В.Ходорович (1966) и др. [9,11].

Однако в дальнейшем Н.Колле (1959), а ранее А.Я.Катц (1936) [1,9], пришли к заключению, что основное сопротивление действию ортодонтических сил оказывает кортикальная пластинка кости. Они полагали, что ослабление кортикальной пластинки без повреждения губчатого вещества, через которое идет кровоснабжение кости, приведет к ускорению ортодонтического лечения. Впервые такую операцию при лечении прогении на нижней челюсти провел Катц в 1941 г. [1,2,9].

Эту методику широко применяла Byloff-Clar (1959, 1961, 1962) [1]. Она считала, что остеокластам для разрушения компактного слоя кости необходимо больше времени, чем для разрушения тонких пластинок губчатого вещества. После рассечения поверхностного плотного слоя подлежащий губчатый слой в области давления перестраивается быстрее и легче [1].

Принципиально новую оценку сущности компактоостеотомии дал А.А.Лимберг в 1960 г. [1,9]. Автор указал, что главное — это не механическое ослабление костной ткани в результате операции, а биологическая реакция воспаления, возникающая в ответ на травму. В результате этой реакции происходит деминерализация костной ткани, активизируются репаративные процессы, что облегчает пере-

стройку кости под воздействием ортодонтических аппаратов [1,5,9,12,13].

D.Timms, J.Kennedy, P.Lines и др. на основании результатов гистологических исследований экспериментов на фотоэластической модели черепа. исследований на лабораторных животных (обезьянах), клинического опыта пришли к выводу, что скуловерхнечелюстное соединение, крыловидно-верхнечелюстное соединение и срединный небный шов являются зонами повышенной устойчивости. Большинство авторов придерживалось мнения о необходимости проведения остеотомии срединного небного шва перед ортодонтическим расширением верхней челюсти [2,3,11].

T.Susami проводил двустороннюю кортикотомию у основания альвеолярного отростка верхней челюсти. A.Glassman предлагал выполнять эту операцию с вестибулярной поверхности альвеолярной части. Операции, рассчитанные на ослабление механической прочности верхней челюсти, проводили также Тальбот (1896) и Skogsborg (1926) [11]. Однако выполнение декортикации на верхней челюсти затруднено, так как между кортикальным слоем кости и стенкой лунки практически нет губчатого вещества. В результате имеется угроза травмы тканей периодонта и корней зубов [11].

Проведенные В.А.Дунаевским, К.В.Тюкаловым, А.Т.Титовой, З.И.Часовской (1965) экспериментальные и клинические исследования подтвердили мнение Лимберга о значительной роли биологической реакции воспаления [14].

А.Т.Титова (1960-1962) разработала методику решетчатой компактоостеотомии (рис.2) [6,7,9]. Вместо удаления компактного слоя костной ткани она предложила перфорировать его в шахматном порядке в области межлуночковых перегородок, верхушек корней зубов и контрфорсов. Методика проводится следующим образом: под местным обезболиванием слизистая оболочка десны рассекается вместе с надкостницей. Один разрез проводится со стороны преддверия рта, другой — со стороны твердого неба на 2-3 мм ниже шеек зубов [1,5-7,9].

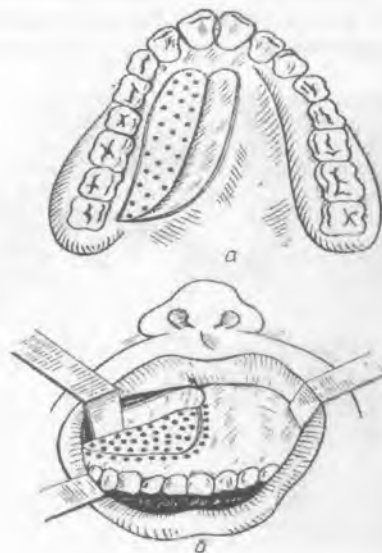


Рис.2. Схема решетчатой компактоостеотомии (по Титовой)