

В.Н.Ралло в 1970 г. предложил проводить операцию следующим образом: под местным обезболиванием, отступя на 0,5 см от шеек зубов, выполняли трапецевидный или угловой разрез, отслаивали слизисто-надкостничный лоскут с основанием, обращенным к переходной складке. Линия разреза не совпадала с линией декортикации. Пропил компактной пластинки делали в форме буквы «П». Горизонтальная часть пропила должна находиться над корнями зубов, его ширина — соответствовать высоте предполагаемого смещения. Этот вид операции стал называться ленточной или линейной компактостеотомией [1] (рис.5).

На нёбе рекомендовалось дополнительно проводить решетчатую компактостеотомию [4,5].

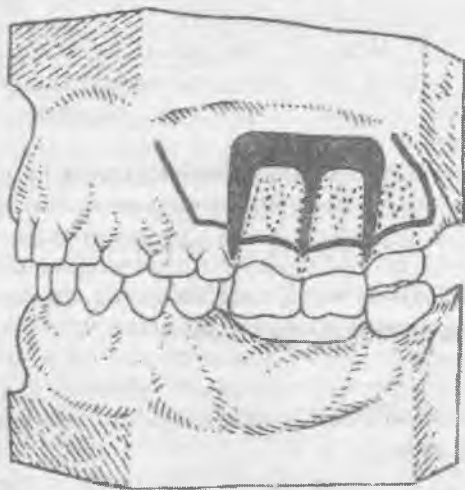


Рис.5. Ленточная (линейная) компактостеотомия

Petrovic, Kufner в 1968 г. предложили проводить операцию без отслаивания большого слизисто-надкостничного лоскута, так как считали, что это поможет избежать осложнений при заживлении [1].

Техника предложенной операции следующая: под местным обезболиванием над десневым сосочком по межзубной перегородке вверх проводят разрез по обе стороны от сегмента, который планиру-

ется переместить. Распатором отслаивают слизистую оболочку и надкостницу по обе стороны от разреза таким образом, чтобы был виден ход корней зубов, между которыми будет рассечен альвеолярный отросток. Острым тонким долотом проходят через поперечник альвеолярного отростка до небного периоста.

Линия остеотомии проходит от гребня альвеолярного отростка на 3-5 мм выше вершечек корней на верхней челюсти и на 3-5 мм ниже вершечек корней на нижней челюсти. Вертикальные рассечения альвеолярного отростка дополняют горизонтальным распилом [1].

К.Мушко в 1977 г. предложил проводить множественные остеотомии с разделением кости на несколько блоков по 1-3 зуба в каждом блоке. Горизонтальные разрезы костной ткани проходили на 3 мм выше вершечек корней зубов. Слизистую оболочку с надкостницей отслаивали только в местах разрезов с применением метода тоннелирования [1].

На верхней челюсти автор рекомендовал делать разрезы только с вестибулярной стороны альвеолярного отростка, не нарушая небного периоста участвующего в трофике костных фрагментов [1].

Компактостеотомию методом прокола проводил В.Н.Зайцев в 1978 г. Под местной анестезией с помощью остеотома нарушалась целостность компактного слоя кости путем прокола его сквозь слизистую оболочку альвеолярного отростка. Отверстия располагались в шахматном порядке над вершечками корней перемещаемых зубов и между их лунками с вестибулярной и небной сторон [1].

В 1982 г. С.И.Криштаб, А.Я.Василевский, А.Д.Мухина, В.П.Неспрядько на основании клинических и экспериментальных данных пришли к заключению, что для эффективности ортодонтического лечения важными являются степень, глубина и продолжительность хирургической травмы костной ткани. Таким образом, проведение линейной компактостеотомии эффективнее решетчатой (рис.6).

Однако чрезмерное повреждение альвеолярной части может привести к осложнениям при заживлении — длительному течению постоперационного периода, подвижности перемещаемых

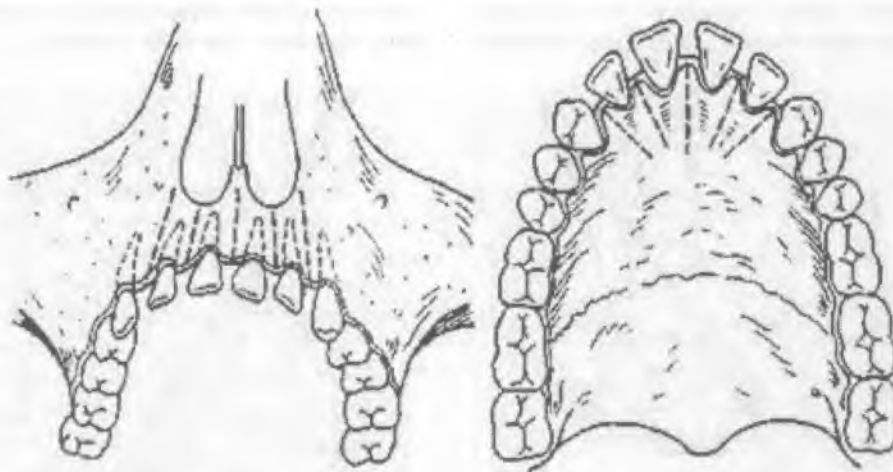


Рис.6. Линейная компактостеотомия на верхней челюсти