

Рис.3. Решетчатая компакosteотомия тела нижней челюсти

Через разрез в области преддверия полости рта отслаивают слизисто-надкостничный лоскут вверх и обнажают переднюю поверхность тела верхней челюсти и альвеолярный отросток. На твердом небе слизисто-надкостничный лоскут отслаивают к середине неба. Круглым бором просверливают углубления через всю толщину компактного слоя кости. Углубления располагают в шахматном порядке на расстоянии около 3-4 мм в несколько рядов над корнями зубов, подлежащих перемещению. В участках повышенной прочности (в области края грушевидного отверстия, бугра верхней челюсти, передней носовой ости) углубления располагают ближе друг к другу.

На нижней челюсти решетчатую компакosteотомию проводят также в участке обнаженной кости круглым бором в виде углублений, проникающих на всю толщину компактного слоя. По краю челюсти в области повышенной резистентности кости делают сквозные насечки [1,5-7] (рис.3).

Г.П.Соснин, А.К.Яровой, А.В.Крицкий (1966) предложили методику компакosteотомии, при которой фрезой удалялся кортикальный слой кости на пути перемещения зуба [1]. Уменьшалась прочность костной ткани, в ней инициировались регенеративные процессы, что в свою очередь приводило к ускорению ортодонтического лечения [1].

Г.Е.Цалолихин (1966) предложил следующую методику компакosteотомии: под местным обезболиванием на вестибулярной поверхности альвеолярной части автор проводил 2-3 пунктирных разреза мягких тканей в проекции межзубных перегородок. Далее вплотную к костной ткани подводил металлическую канюлю для направления бора и защиты окружающих

тканей. С помощью бора формировал каналы сквозь компактный и губчатый слой костной ткани. Костные опилки и стружки из раны не удалялись для улучшения процессов регенерации [14].

Чуть позже М.С.Шварцман и Ф.Я.Хорошилкина (1970) назвали этот метод компакosteотомии тоннелированием (рис.4) [14]. Авторы выделяют 4 этапа операции:

1) под местным обезболиванием на вестибулярной поверхности альвеолярной части проводят разрез слизистой оболочки и надкостницы длиной 4-6 мм или поперек межзубных перегородок перемещаемых зубов на уровне середины их корней. С небной стороны разрез располагают, отступая 4-5 мм от десневого края. Горизонтальные разрезы делают для дальнейшего расширения зубного ряда, вертикальные — для зубоальвеолярного удлинения или укорочения;

2) узкой гладилкой формируют тоннель под слизистой оболочкой и надкостницей вверх и вниз;

3) вводят бор в сформированный тоннель и рассекают компактный слой костной ткани;

4) края слизистой оболочки и надкостницы сближают без наложения швов [14].

Методику компакosteотомии путем тоннелирования также использовал Е.Л.Кириак в 1970 г. [1]. Автор предлагал вводить стальную защитную поверхность с желобком в слизисто-надкостничный тоннель в области аномально расположенного зуба. По желобку защитной поверхности удлиненным фиссурным бором распиливали компактный и губчатый слой межзубной перегородки, а иногда и кортикальный слой кости с небной стороны [1].

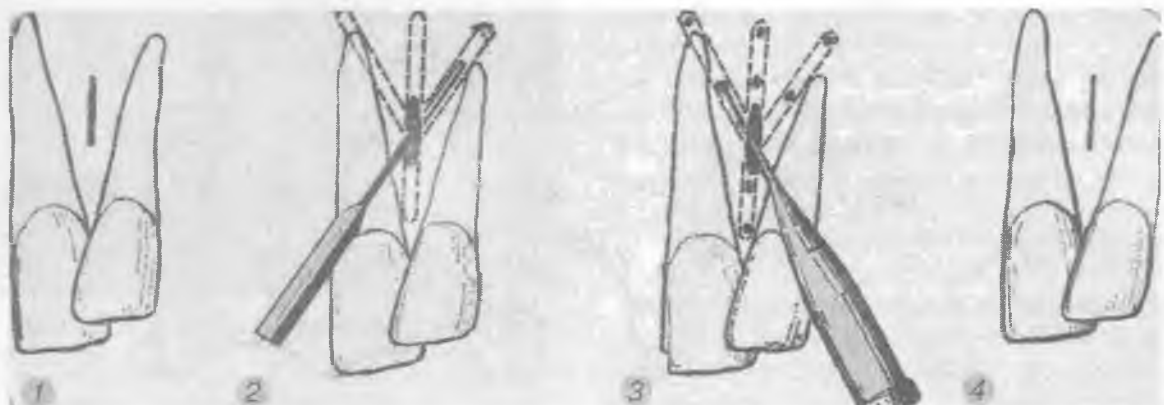


Рис.4. Этапы компакosteотомии путем тоннелирования по Шварцману и Хорошилкиной