

всієї групи м'язів. Так як біоелектрична активність жувальних і скроневих м'язи підвищена, в спокої спостерігалось їх напруження.

**Висновки.** Даний метод діагностики дозволяє оцінити скоротливу діяльність м'язів, процеси збудження і гальмування в них і при зіставленні з передбачуваним діагнозом встановити причину і характер змін біоелектричної активності.

З аналізу даних ЕМГ, отриманих у пацієнтів групи Б, випливає, що в нормі акт жування являє собою фізіологічний процес, який характеризується скоординованою взаємодією зубних рядів, тканин пародонта, м'язів рота і жувальних м'язів.

Сила скорочення жувальних м'язів регулюється рецепторами періодонту; процеси збудження в них синхронно чергуються з процесами гальмування, це залежить від функціонального стану нервово-рецепторного апарату пародонту і жувальних м'язів.

При змиканні щелеп до положення центральної оклюзії відзначається швидке наростання біоелектричної активності, спалахи біопотенціалів мають різну величину. Після повернення нижньої щелепи в положення фізіологічного спокою амплітуда біопотенціалів знижується до рівня ізоелектричної лінії.

Електроміографічні дослідження слід проводити при захворюваннях скронево-нижньощелепного суглоба, захворюваннях м'язової системи, аномаліях розвитку зубощелепної системи, як контроль за ефективністю лікування.

За результатами обстеження пацієнтів групи А можна відзначити, що у хворих на хронічний генералізований пародонтит і бруксизм є порушення координованої роботи м'язів щелепно-лицевої ділянки, що призводить до більш частих загострень даного захворювання. Картина електроміографії характеризується значним зниженням амплітуди біопотенціалів жувальних і скроневих м'язів, присутністю спонтанної активності всієї групи м'язів. Так як біоелектрична активність жувального і скроневого м'язів підвищена, в спокої спостерігається їх напруження. Порушення міодинамічної рівноваги жувальної групи м'язів у хворих групи А значно обтяжувало протікання основного захворювання та погіршувало ефективність лікування.

Електроміографічне дослідження м'язів щелепно-лицевої ділянки у пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом дає можливість оцінити ефективність проведення лікувальних процедур.

#### Список літератури

1. Грудянов А. И. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта / А. И. Грудянов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 96 с.
2. Курыкина Н. В. Заболевания пародонта / Н. В. Курыкина, Т. Ф. Кутепова. – Медицинская книга. – 2003. – 160 с.
3. Koyano K. Assessment of bruxism in the clinic / K. Koyano, Y. Tsukiyama, R. Ichiki, T. Kuwata // J. Oral. Rehabil. — 2008.
4. Хайбуллина Р. Р. Эффективность комплексного лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом и бруксизмом / Р. Р. Хайбуллина, Л. П. Герасимова // Фундаментальные исследования. – 2013. – №12. – С. 250-253.

#### REFERENCES

1. Hrudyanov A. I. *Etiologiya i patogenez vospalitel'nykh zabolovaniy parodonta* [Etiology and pathogenesis of inflammatory periodontal diseases]. Moskva: OOO «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo», 2010: 96.
2. Kuryakyna N. V., Kutepova T. F. *Zabolovaniya parodonta* [Periodontal disease]. *Meditsinskaya kniga*; 2003:160.
3. Koyano, K. Assessment of bruxism in the clinic. *Oral. Rehabil*; 2008.
4. Khaybullyna R. R., Herasymova L. P. The efficiency of complex treatment of patients with chronic generalized periodontitis and bruxism. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2013;12:250-253.

Надійшла 24.04.15



УДК 616.315-007.254.003.9-053.2/6

**А. Г. Гулюк, д. мед. н., Л. Б. Коган,  
О. І. Демид, к. мед. н., В. Г. Крикляс, к. мед. н.,  
Н. Б. Дмитрієва, к. мед. н.**

Державна установа «Інститут стоматології  
Національної академії медичних наук України»

#### МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ПРИРОДЖЕНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ОБЛИЧЧЯ

*Вроджені розцілини верхньої губи і піднебіння є однією з найбільш складних стоматологічних патологій, які вимагають комплексного підходу в питанні реабілітації пацієнтів. Фахівці багатьох стоматологічних спеціальностей, стикаючись з проблемою лікування дітей з вродженою патологією, відзначають граничні значення показників, що характеризують ступінь деформації щелеп і зубних рядів, захворювання слизової оболонки порожнини рота, ураження зубів каріесом, рядом функціональних і, нарешті, косметичних дефектів у даній категорії хворих.*

*Порівнюючи проблему реабілітації хворих з вродженими розцілинами верхньої губи та піднебіння з іншими видами стоматологічної патології, в очі впадає необхідність комплексного підходу в реабілітації цих дітей за участю лікарів усіх стоматологічних спеціальностей. З іншого боку, очевидно розуміння проблеми реабілітації цих хворих як процесу, що має багаторічний термін реалізації фактично до повноліття пацієнтів.*

**Ключові слова:** вроджена розцілина верхньої губи та піднебіння, реабілітація, полідисциплінарний підхід до лікування.

**А. Г. Гулюк, Л. Б. Коган, О. І. Демид, В. Г. Крикляс,  
Н. Б. Дмитрієва**

Государственное учреждение «Институт стоматологии  
Национальной академии медицинских наук Украины»

#### МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛИЦА

*Врожденные расщелины верхней губы и неба являются одной из самых сложных стоматологических патологий, которые требуют комплексного подхода в вопросе реабилитации пациентов. Специалисты многих стоматологических специальностей, сталкиваясь с проблемой лечения*

детей с врожденной патологией, отмечают предельные значения показателей, характеризующих степень деформации челюстей и зубных рядов, заболевания слизистой оболочки полости рта, поражения зубов кариесом, рядом функциональных и, наконец, косметических дефектов у данной категории больных.

Сравнивая проблему реабилитации больных с врожденными расщелинами верхней губы и неба с другими видами стоматологической патологии, в глаза бросается необходимость комплексного подхода в реабилитации этих детей с участием врачей всех стоматологических специальностей. С другой стороны, очевидно понимание проблемы реабилитации этих больных как процесса, имеющего многолетний срок реализации фактически до совершеннолетия пациентов.

**Ключевые слова:** врожденная расщелина верхней губы и неба, реабилитация, полидисциплинарный подход к лечению

**A. G. Gulyuk, L. B. Kogan, O. I. Demidov,  
V. G. Kriklyas, N. B. Dmitrieva**

State Establishment "The Institute of Stomatology  
of the National academy of medical science of Ukraine"

### MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH CONGENITAL PATHOLOGY FACE

#### ABSTRACT

*Congenital cleft lip and palate is one of the most complex dental pathologies that require an integrated approach to the rehabilitation of patients. Specialists many dental specialties, faced with the problem of the treatment of children with congenital disorders, mark the limit values of indicators characterizing the degree of deformation of the jaws and dentition, diseases of the oral mucosa, teeth caries lesions, a number of functional and finally cosmetic defects in these patients.*

*Comparing the issue of rehabilitation of patients with congenital cleft lip and palate with other types of dental pathology in the eye catches a need for an integrated approach to the rehabilitation of these children with the participation of doctors of all dental specialties. On the other hand, it is obvious understanding of the problem of rehabilitation of these patients as having a long implementation period to adulthood in fact patients.*

**Keywords:** congenital cleft lip and palate, rehabilitation, multisectoral approach to treatment.

Вроджені розщілини верхньої губи і піднебіння є однією з найбільш складних стоматологічних патологій, які вимагають комплексного підходу в питанні реабілітації пацієнтів. Фахівці багатьох стоматологічних спеціальностей, стикаючись з проблемою лікування дітей з вродженою патологією, відзначають граничні значення показників, що характеризують ступінь деформації щелеп і зубних рядів, захворювання слизової оболонки порожнини рота, ураження зубів каріесом, рядом функціональних і, нарешті, косметичних дефектів у даної категорії хворих [1-7].

Порівнюючи проблему реабілітації хворих з вродженими розщілинами верхньої губи та піднебіння з іншими видами стоматологічної патології, в очі впадає необхідність комплексного підходу в реабілітації цих дітей за участю лікарів усіх стоматологічних спеціальностей. З іншого боку, очевидно розуміння проблеми реабілітації цих хворих як процесу, що має багаторічний термін реалізації фактично до повноліття

пацієнтів.

Однак продовжують дивувати спроби окремих «фахівців» вирішувати проблему лікування хворих з вродженою патологією тільки хірургічними заходами, спрямованими на усунення розщілини як такої. Демонструючи своє «мистецтво», вони ілюструють окремі найбільш вдалі результати відновлення верхньої губи та піднебіння, забуваючи про десятки і навіть сотні дітей, які потрапили на операційний стіл хірурга, стурбованого конкретною проблемою усунення розщілини тільки верхньої губи або тільки піднебіння без найменшого уявлення про долю пацієнта після зняття швів.

Сформована ситуація диктує необхідність висвітлення процесу реабілітації дітей з вродженою патологією як проблеми, що вимагає комплексного підходу з обов'язковим залученням лікарів усіх стоматологічних спеціальностей, що працюють в умовах спеціалізованих клінік (центрів). Одним з найбільш важливих аспектів лікування дітей з даною патологією є розуміння єдиної концепції поетапної реабілітації пацієнтів кожним фахівцем, який бере участь у даному процесі з об'єктивною експертизою стану уражених органів на кожному з етапів лікування.



Рис. 1. Ізольована розщілина верхньої губи



Рис. 2. Ізольована розщілина піднебіння

У зв'язку з переліченими фактами, вважаємо за доцільне представити проблему реабілітації дітей з вродженою патологією верхньої губи та піднебіння з позиції полідисциплінарного підходу, реалізованого протягом вже більше 50 років в ДУ «Інститут стоматології НАМН України» та стоматологічному факультеті Одеського національного медичного університету

ту. З метою ілюстрації високого ступеня різноманітності клінічних форм вродженої розщілини верхньої губи та піднебіння приводимо клінічну характеристику окремих форм даного пороку (рис. 1-3).



Рис. 3. Сполучена розщілина верхньої губи, альвеолярного відростка і піднебіння

Клінічна характеристика ізольованих форм пороку досить різноманітна. Так, зокрема, сукупність ізольованих розщілин складається з окремих клінічних форм, що характеризуються як ураження окремих анатомічних структур при збереженні «цілісності» навколишніх тканин іноді з мінімумом зовнішніх клінічних ознак патології. Ця обставина послужила основою для сформованого уявлення про те, що ізольовані форми пороку є найбільш простою формою розщілини. Наслідком подібного судження стало, з одного боку, «зневажливе» ставлення до цієї проблеми щелепно-лицевих хірургів, що мають певний «досвід» лікування розщілин, з іншого боку, визначення даної групи пацієнтів як тієї, на якій можуть напрацювати клінічний досвід молоді хірурги. Зазначена позиція може бути мотивована з точки зору «фахівців», що представляють хірургічне лікування ізольованих розщілин як примітивне ушивання розщілини, без найменшого уявлення про основні механізми патогенезу розвитку вродженої ізольованої розщілини верхньої губи та піднебіння. Очевидно, саме цей факт пояснює високий відсоток невдалих результатів лікування даного виду патології.

Основну по частоті форму пороку складають сполучені форми розщілин верхньої губи та піднебіння. Дана форма характеризується високою розмаїтістю клінічних проявів. Особливу підгрупу сполучених розщілин складають двосторонні форми пороку. Саме пацієнти цієї групи хворих вимагають найбільш ретельного планування комплексу лікувальних заходів, буквально з перших днів життя дитини, починаючи з заходів, що створюють умови для вигодовування ди-

тини, до проведення коригувальних втручань у підлітків і дорослих пацієнтів.

Особливу групу пацієнтів складають діти з синдромами П'єра-Робена, Вандер-Вуда, Тригер-Колінза та іншими, що включають розщілину піднебіння і верхньої губи.(рис. 4).

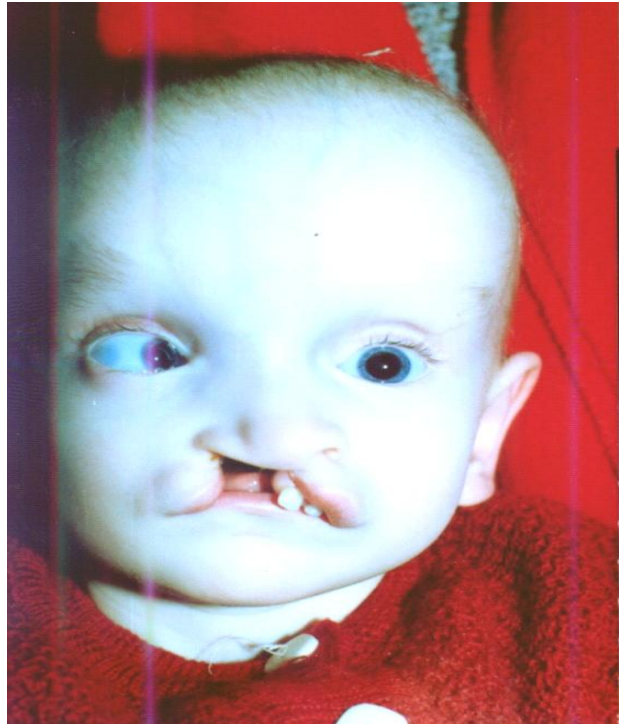


Рис. 4. Фото дитини з синдромом Вандер-Вуда.

Головною особливістю зазначеної групи пацієнтів є необхідність участі в процесі реабілітації лікарів нестоматологічних спеціальностей. Перш за все, загальносоматична патологія в цій групі пацієнтів вимагає проведення основних хірургічних втручань в умовах багатопрофільних педіатричних стаціонарів.

Основною метою комплексного лікування цієї групи хворих є попереднє обговорення програми лікувальних заходів з виділенням головних пріоритетних напрямків у проведеній реабілітації. Необхідність максимальної конкретизації цілей і завдань окремих етапів лікування обумовлює участь анестезіологів-реаніматологів, кардіохірургів, психоневрологів, ортопедів-травматологів, лікарів-дефектологів в залежності від результатів експертизи уражених органів.

Однією з найбільш важливих складових успішної роботи нашої клініки є набутий за багато років досвід клінічної роботи, кваліфікація фахівців, що здійснюють безпосереднє лікування пацієнтів, принцип спадкоємності між поколіннями лікарів, тобто все, що визначає поняття «школа».

Часом заснування школи щелепно-лицевих хірургів, що займаються реабілітацією дітей з вродженими розщілинами верхньої губи та піднебіння, вважається початок 60-х років минулого сторіччя. Цей період часу характеризується створенням в Одесі стоматологічного факультету при Одеському медичному інституті ім.М.І.Пирогова (нині Одеський національний медичний університет). Однак це не означає, що до цього часу в Одесі не існувало фахівців щелепно-

лицевих хірургів, які виконували оперативні втручання у пацієнтів з вродженими розщілинами верхньої губи та піднебіння. З моменту заснування в Одесі Інституту стоматології АМН України в його клініці щелепно-лицевої хірургії працювали такі видатні хірурги як проф. Н. Н. Соколов, проф. Б. Е. Франкенберг, доц. Н. Г. Васильєва. Однак формування системного підходу в лікуванні вроджених розщілин верхньої губи та піднебіння, безсумнівно, пов'язане з ім'ям проф. Г.І.Семенченко

Існує абсолютно виправдана думка, що яким би видатним не був хірург, лікар-фахівець і взагалі особистість, справа, якій він присвятив своє життя, приречена на забуття, якщо у нього немає учнів, немає школи, як це мало місце в період роботи професорів

Н. Н. Соколова і Б. Е. Франкенберга.

Професор Семенченко Г. І. сам рідко оперував дітей з вродженими розщілинами, але його заслуга, в даній ситуації, в основному складається у визначенні напрямку клінічної та наукової робіт заснованої ним кафедри хірургічної стоматології. Важливу роль у заснуванні школи щелепно-лицевих хірургів, справою життя яких стала проблема реабілітації дітей з розщілинами верхньої губи та піднебіння, зіграли соратники проф. Г. І. Семенченко; проф. В. І. Вакуленко, доц. Г. Г. Крикляс. Системний підхід в процесі реабілітації дітей з вродженими розщілинами став тим базисом, на якому була заснована робота клініки щелепно-лицевої хірургії, що забезпечило найбільш повноцінне надання спеціалізованої допомоги (рис. 5, 6).



Рис. 5. Фото хворого Ш., діагноз: двостороння наскрізна сполучена розщелина верхньої губи та піднебіння (до і після операції).

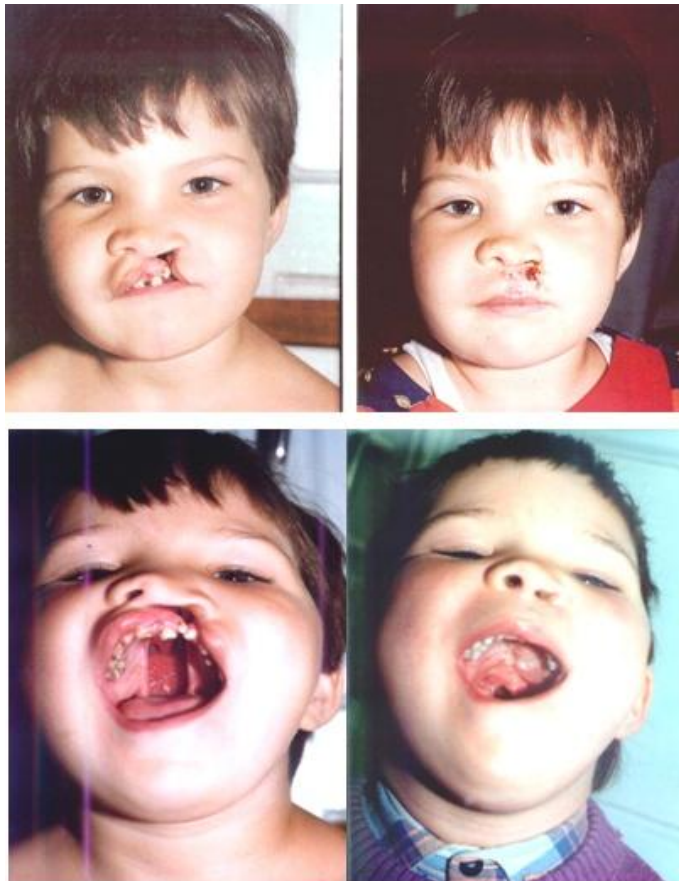


Рис. 6. Фото хворої І. Діагноз: двостороння наскрізна сполучена розщелина верхньої губи та піднебіння (до і після операції, через 10 років після операції)

Наслідком системного підходу до проблеми лікування вроджених розщілин верхньої губи та піднебіння стали результати наукових досліджень, розробки

нових методів хірургічних втручань, методів ортодонтичного лікування, оцінки стану окремих органів і систем при вродженій патології.

Запорукою успішної роботи клініки стало таке співробітництво лікарів Інституту стоматології та стоматологічного факультету Одеського медичного інституту ім. М. І. Пирогова.

Бачення проблеми вроджених розщілин верхньої губи та піднебіння як наявність косметичного дефекту, що вимагає хірургічного лікування, в найбільш ранні терміни після народження дитини скоріше не спрощує, а навіть примітивізує процес реабілітації даної категорії хворих.

З безлічі проблем, які супроводжують народження дитини з розщілиною, можна виділити соціальні, медичні та наукові. Для найбільш повноцінного уявлення про дану патологію, вважаємо за необхідне зупинитися на кожній з них.

Однією з рано сформованих соціальних проблем є сімейний стрес. Народження дитини з розщілиною безпосередньо впливає на всіх членів сім'ї, загострює існуючі проблеми і часто сприяє розпаду сім'ї. На побутовому рівні зазначена проблема в основному концентрується не на можливих шляхах покращення ситуації, що склалася, а зводиться до пошуку «винних» у народженні дитини з пороком розвитку. Аналіз психологічних аспектів ситуації, що склалася, дозволяє судити про те, що наявність вродженого дефекту обличчя сприймається родичами як більш серйозна проблема, ніж вроджена патологія серцево-судинної, травної та інших систем організму дитини. При цьому серед причин вродженої розщілини найчастіше розглядаються ті, що пов'язані з матір'ю дитини, її способом життя, перенесеними під час вагітності захворюваннями, використанням лікарських препаратів і т.д. Підсумком описаної моделі поведінки членів сім'ї є наростаюче напруження у відносинах між батьками дитини.

Найчастіше сформована ситуація сприяє розпаду сім'ї, як варіант при цьому розглядається відмова від дитини в пологовому будинку. Навіть при збереженні сім'ї постійна боротьба батьків на шляху реабілітації дитини провокує небажання мати дітей надалі. Буквально з перших днів життя дитини з розщілиною його супроводжують проблеми нікчемні самі по собі, але які визначають подальшу долю дитини - естетичні проблеми. Те, що дитина з розщілиною відрізняється від оточуючих, починаючи з дитинства сприяє формуванню особливого ставлення до дитини з розщілиною в дитячих колективах, часто є приводом для глузувань та знущань однолітків і навіть їх батьків. Перелічені особливості з часом формують образ «ізгоя», створюють проблему в соціальній адаптації носія пороку, сприяє обмеженню у виборі професії, отриманню освіти та працевлаштування.

Серед медичних проблем на ранніх етапах розвитку дитини основну роль грає утруднене вигодовування, висока ймовірність розвитку бронхопульмональних ускладнень. Порушення функції ковтання і дихання у дітей з вродженою розщілиною часто сприяє відставанню у розвитку дитини, утрудняє проведення хірургічних втручань, призводить до розвитку інтра- і післяопераційних ускладнень.

До числа стоматологічних проблем відносяться множинний карієс і захворювання слизової оболонки

порожнини рота. Наявність широкого сполучення між порожнинами рота і носа є основною причиною змін біоценозу порожнини рота, порушення функції зубо-щелепної системи.

Серед зубощелепних аномалій у дітей з розщілинами верхньої губи та піднебіння частіше спостерігають недорозвинення верхньої щелепи і всього середнього відділу обличчя, деформації зубних рядів, дистопія і ретенція окремих зубів. Це визначає і особливу роль стоматолога-педіатра в профілактиці карієсу та його ускладнень, лікуванні захворювань слизової оболонки порожнини рота. Виключно велика роль ортодонта як в передопераційному періоді, так і на всіх етапах реабілітації дітей.

Однією з найбільш актуальних наукових проблем є вивчення генетичної схильності до розвитку розщілин верхньої губи та піднебіння. (рис. 7).



Рис. 7. Фотографія матері та дитини з вродженою двосторонньою сполученою розщілиною верхньої губи та піднебіння.

З нашої точки зору, вивчення генетичної детермінації у пробандів дозволяє по-новому систематизувати розщілини верхньої губи та піднебіння, забезпечує можливість прогнозування результатів оперативних втручань і обрання найбільш адекватних протоколів їх проведення. З цим завданням також пов'язане спадкування генетично детермінованих особливостей кісткового метаболізму, що грають визначальну роль у плануванні ортодонтічних заходів. Діагностика відповідних станів, а, головне, їх моніторинг, забезпечить можливість визначення провідного клінічного компонента при довгостроковому плануванні реабілітаційних заходів. З цим завданням тісно змикаються дослідження, спрямовані на удосконалення алгоритму поетапної реабілітації за участю профільних фахівців.

Перелічені наукові проблеми знаходять своє вирішення у виконанні наукових досліджень, здійснюваних за програмою реабілітації дітей з вродженою

патологією. Всі НДР даної програми виконуються за планами, затвердженими Академією медичних наук України, що гарантує високий рівень проведених досліджень, забезпечує можливість широкого обговорення отриманих результатів.

За останнє десятиліття значно зросла кількість дисертаційних робіт з проблеми вроджених розщипин верхньої губи та піднебіння. Основним підсумком захищених дисертаційних робіт стала розробка концепції поетапного хірургічного лікування дітей з різними формами вроджених розщипин верхньої губи та піднебіння. Безпосередня реалізація цієї концепції відображена в дисертаційних роботах доц. Крикляса В. Г., доц. Дмитрієвої Н. Б., ас. Олейник Н. С. Отримані в результаті наукових досліджень результати дозволили удосконалити цілий ряд протоколів оперативних втручань, які виконуються в рамках поетапного хірургічного лікування.

Багаторічний досвід лікування хворих з вродженими розщипинами верхньої губи та піднебіння, наявність команди підготовлених фахівців-однодумців, результати наукових досліджень забезпечили можливість найбільш повноцінного вирішення існуючих проблем.

Найбільш значущим етапом у вирішенні перелічених проблем, пов'язаних з реабілітацією дітей з вродженими розщипинами верхньої губи та піднебіння, стало створення рішенням Міністерства охорони здоров'я України Міжобласного центру дитячої щелепно-лицьової хірургії в 1998 р., який об'єднав у своїй структурі фахівців Інституту стоматології та Одеського національного медичного університету, які беруть участь у комплексній реабілітації дітей з вродженою патологією. Створений на базі відділення дитячої щелепно-лицьової хірургії ДУ «ІС НАМНУ» центр є методичним центром, що регулює взаємодію окремих дитячих лікувальних установ, пологових будинків, кафедр медичного університету, відділень патології новонароджених, будинків дитини, інтернатів та інших організацій, що безпосередньо беруть участь в процесі реабілітації дітей з вродженою патологією щелепно-лицьової області. Наявність центру дитячої ЧЛХ забезпечує можливість моніторингу процесу реабілітації дітей з участю лікарів різних спеціальностей як стоматологічного, так і загальномедичного профілів. Широка популяризація роботи центру через Інтернет, участь у роботі міжнародних наукових симпозиумів, виступ на телебаченні фахівців центру забезпечило можливість міжнародного співробітництва з організаціями, які беруть участь у наданні допомоги дітям з вродженою патологією. Так, починаючи з 1998 р Центр активно співпрацює з міжнародною організацією, що надає гуманітарну допомогу вихованцям дитячих будинків, будинків малюка та інтернатів «Всесвітня допомога дітям» US AID (USA) Всесвітньої Організації Охорони здоров'я та низкою інших міжнародних гуманітарних фондів, що працюють в Україні. Безпосередню участь у реалізації програм реабілітації дітей з вродженою розщипиною верхньої губи та піднебіння реалізовано через співпрацю з такою міжнародною організацією як Operation Smile (USA). Спонсорує надання допомоги дітям з вродженими розщипинами обличчя в Україні міжнародна організація

Smile Train (USA).

Лікувальна робота центру дитячої щелепно-лицьової хірургії включає проведення первинних консультацій в пологових будинках, відділеннях патології новонароджених та за зверненнями з інших регіонів півдня України. Первинна консультація здійснюється групою фахівців, які виїжджають у лікувальні заклади (частіше пологовий будинок). Основною метою первинної консультації є психологічна підтримка батьків дитини з вродженою патологією ЧЛЮ. Фахівці центру оглядають новонародженого, виставляють первинний діагноз, визначають стадійність лікування, пояснюють батькам (родичам) дитини особливості поетапного лікування дітей з розщипинами, показують фотографії раніше оперованих дітей, розповідають про особливості вигодовування і догляду за дитиною. Основним завданням первинної консультації є попередження відмови матері від дитини й узгодження часу консультації безпосередньо в центрі після виписки з пологового будинку. Планування окремих етапів хірургічного лікування здійснюється фахівцем центру спільно з педіатром і анестезіологом-реаніматологом.

У подальшому з батьками дитини обговорюється періодичність звернень до Центру з метою моніторингу стану дитини, уточнень, пов'язаних з етапами хірургічного, логопедичного, ортодонтичного лікування, санації порожнини рота, лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота. Особливу групу дітей з вродженою патологією складають вихованці дитячих будинків, інтернатів, будинків дитини, від яких відмовилися батьки. Консультування зазначеної групи дітей здійснюється бригадою лікарів-спеціалістів, які включають педіатра, анестезіолога-реаніматолога, щелепно-лицьового хірурга, що виїжджають безпосередньо в установи, де перебувають діти з розщипиною обличчя. На місці визначається ступінь потреби і вид майбутнього етапу лікування, намічають план підготовки дитини до оперативного втручання, визначають час наступних консультацій. Всі діти з розщипиною верхньої губи та піднебіння знаходяться на диспансерному спостереженні в Центрі.

В даний час Одеський центр дитячої щелепно-лицьової хірургії - це колектив однодумців, в якому успішно поєднується досвід ветеранів та енергія молоді в справі реабілітації дітей з вродженою патологією щелепно-лицьової області.

### *Список літератури*

1. Гулюк А. Г. Прогноз і профілактика ранніх післяопераційних ускладнень уранопластики - автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук./ А. Г. Гулюк. - Одеса, 1986. - 17 с.
2. Гулюк А. Г. Методи поетапного хірургічного лікування хворих з вродженою розщипиною верхньої губи і піднебіння : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук./ А. Г. Гулюк. - Полтава, 2002. - 24 с.
3. Вакуленко В. І. Хирургическое восстановление неба с применением костной пластики при врожденном незаращении его : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / В. І. Вакуленко. - Одеса, 1983. - 26 с.
4. Крикляс Г. Г. Кісткова пластика альвеолярного відростку і пластики верхньої губи при вроджених незарощеннях обличчя : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук. спец. 14.00.21 «Стоматологія» / Г. Г. Крикляс. - Одеса, 1966. - 19 с.
5. Крикляс В. Г. Обоснование метода устранения дефор-

мацій носа і верхньої губи у больных після хейлопластики по поводу односторонньої вродженої расщелини : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / В. Г. Крикляс. – Одеса, 2005. – 18 с.

6. **Дмитрієва Н. Б.** Обґрунтування вибору методу хейлопластики у хворих з вродженою двосторонньою сполученою розщилиною верхньої губи : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / Н. Б. Дмитрієва. – Одеса, 2007. – 19 с.

7. **Олейник Н. С.** Клініко-функціональні особливості піднебінно-глоткового комплексу після уранопластики : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / Н. С. Олейник. – Одеса, 2004. – 20 с.

#### REFERENCES

1. **Gulyuk A. G.** *Prognoz i profilaktika rannih pisluyoperatsiynih uskladnen uranoplastyki* [Prediction and prevention of early postoperative complications of the uranium plastic] *Odessa*, 1986:17

2. **Gulyuk A. G.** *Metodi poetapnogo hirurgichnogo likuvannya s ailng vrodzhenoyu rozschilinoyu verhnoy ruin i pidnebinnya* [Methods staged surgical treatment of patients with congenital cleft upper lip and palate]. Abstract of a doctoral thesis of medical sciences *Poltava*, 2002:24.

3. **Vakulenko V. I.** *Hirurgicheskoe vosstanovlenie neba s primeneniem kostnoy plastiki pri vrodzhenom nezaruschenii ego* [Surgical repair of the sky with the use of bone grafting in congenital cleft face]. Abstract of a doctoral thesis of medical sciences *Odessa*, 1983:26.

4. **Kryklyas G. G.** *Kistkova plastic alveolar vidrostku i plastic verhnoy ruin at vrodzhenih nezaruschenyiah oblichchya* [Alveolar process bone grafting and plastic upper lip in congenital cleft face]. Abstract of a candidate's thesis of medical sciences. *Odessa*, 1966:19

5. **Kryklyas V. G.** *Obosnovanie metoda ustraneniya deformatsiy nosa I verhney guby u bolnyh posle heyloplastiki po povodu odnostoronney vrodzhenoy rascheliny* [Justification of the method to eliminate the deformation of the nose and upper lip in patients after cheiloplasty about unilateral congenital cleft]. Abstract of a candidate's thesis of medical sciences *Odessa*, 2005:18.

6. **Dmitrieva N. B.** *Obruntuvannya vyboru metodu heyloplastiki u hvorih z vrodzhenoyu dvostoronnoyu spoluchenoju rozschilinoju verhnoy guby* [Justification of the choice of method heyloplastiki in patients with congenital bilateral cleft upper lip combined]. Abstract of a candidate's thesis of medical sciences. *Odessa*, 2007:19.

7. **Oleinik N. S.** *Kliniko-funktsionalni osoblyvosti pidnebinno-glotkovogo kompleksu pislya uranoplastyki* [Clinical and functional features of palate-pharyngeal complex after uranoplastyka]. Abstract of a candidate's thesis of medical sciences. *Odessa*, 2004:20.

Поступила 07.04.15



УДК [616.716.1+616.716.4]-008.64:617-089.843-035

**А. Г. Гулюк, д. мед. н., С. Д. Варжапетян, к. мед. н., В. В. Лепський, С. А. Гулюк, А. Е. Тацян, к. мед. н.**

Державна установа «Інститут стоматології  
Національної академії медичних наук України»

#### ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ МЕТОДІВ ВЕРТИКАЛЬНОЇ І ГОРИЗОНТАЛЬНОЇ АУГМЕНТАЦІЇ ПРИ АТРОФІЇ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ВЕРХНЬОЇ І АЛЬВЕОЛЯРНОЇ ЧАСТИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЄПИ

Основною проблемою денทัลної імплантації є недостатня кількість кістки. Однозначного рішення проблеми атрофії не існує. Вибір методу остеопластики і трансплантата

залежить від точного визначення ступеня атрофії кісткової тканини, характеру і розмірів дефекту.

На клінічних прикладах продемонстровані методи відновлення обсягу кістки верхньої та нижньої щелеп з використанням трансплантатів різного походження

**Ключові слова:** атрофія кістки, денціальна імплантація, кісткова аугментація, кістковий блок, синус-ліфтинг.

**А. Г. Гулюк, С. Д. Варжапетян, В. В. Лепський,  
С. А. Гулюк, А. Э. Тацян**

Государственное учреждение «Институт стоматологии  
Национальной академии медицинских наук Украины»

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ВЕРТИКАЛЬНОЙ И ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ АУГМЕНТАЦИИ ПРИ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ И АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Основной проблемой денальной имплантации является недостаточное количество кости. Однозначного решения проблемы атрофии не существует. Выбор метода остеопластики и трансплантата зависит от точного определения степени атрофии костной ткани, характера и размеров дефекта.

На клинических примерах продемонстрированы методы восстановления объема кости верхней и нижней челюстей использованием трансплантатов разного происхождения

**Ключевые слова:** атрофия кости, денальная имплантация, костная аугментация, костный блок, синус-лифтинг.

**A. G. Guluyk, S. D. Varzhapetjan, V. V. Lepskiy,  
S. A. Guluyk, A. E. Tashjan**

State Establishment "The Institute of Stomatology  
of the National academy of medical science of Ukraine"

#### USING DIFFERENT METHODS OF VERTICAL AND HORIZONTAL AUGMENTATION IN ATROPHY OF THE ALVEOLAR PROCESS AND ALVEOLAR PART OF THE LOWER JAW

#### ABSTRACT

**Introduction.** The main problem, which is increasingly faced professionals in planning restoration of the integrity of the dentition with the help of dental implants is not enough bone in the area of the supposed implantation.

Given the availability of a variety of techniques osteoplasty alveolar defects and a variety of osteoplastic materials, unambiguous solution to the problem does not exist. Planning method and the osteoplasty graft depends on the exact determination of the degree of bone atrophy, nature and extent of the defect.

This article on clinical examples demonstrates methods of volume restoration bones of the upper and lower jaws using grafts of different origin.

**Materials and Methods.** In our study we use bone block, taken from the chin of the mandible and the greater wing of the ilium. Also we use bone substitutes, the membranes, the clips (the cortical screw), powder Bio Oss®. For the isolation of the area augmentation applies collagen membrane Bio Gide® (Geistlich Pharma AG, Wollhusen, Switzerland). All surgeries were performed a standard set of surgical instruments and apparatus piezo surgery.

**Findings and discussion.** Through the use of block the autogenous graft and auxiliary materials was successful augmentation of the alveolar bone of the upper and lower jaws with a strong vertical and horizontal atrophy.

© Гулюк А. Г., Варжапетян С. Д., Лепський В. В.,  
Гулюк С. А., Тацян А. Е., 2015.