

## ХІРУРГІЧНИЙ РОЗДІЛ

УДК 616-089.168.1-06-053.2/.6+616.315-007.254

А. Г. Гулюк д. мед. н., О. І. Демид

Державна установа «Інститут стоматології  
Національної академії медичних наук України»КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА  
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ  
ЗАГОСННЯ РАНИ ПІСЛЯ УРАНОПЛАСТИКИ  
У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНОЮ РОЗЩІЛИНОЮ  
ПІДНЕБІННЯ

Поширення вроджених вад розвитку щелепно-лицевої ділянки за даними ВООЗ (2005р.) складає 4-6%. Серед вроджених аномалій розвитку людини вроджена розщелина твердого і м'якого піднебіння зустрічається найбільш часто. У дітей з даною патологією яскраво виражені порушення функції дихання, сання, ковтання, а у подальшому жування та мови.

Вивчення клінічних особливостей залишкових та вторинних дефектів твердого піднебіння, що виникають після проведених оперативних втручань при вроджених розщелинах. Клінічні вивчення характеру ускладнень, що виникають в різні періоди після операції; визначення переважного розташування дефектів, що утворюються та їх клінічна характеристика; визначення розмірів, наявність сполучення з порожниною носа; порівняльна характеристика дефектів, що є залишковими або тих, які виникають вторинно після операції.

**Ключові слова:** післяопераційні ускладнення, порожнина рота, вроджені розщелини.

А. Г. Гулюк, А. І. Демид

Государственное учреждение «Институт стоматологии  
Национальной академии медицинских наук Украины»КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ЗАЖИВЛЕНИЯ РАНЫ ПОСЛЕ  
УРАНОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ  
НЕСРАЩЕНИЕМ НЕБА

Распространение врожденных дефектов развития челюстно-лицевого области по данным ВОЗ (2005 г.) составляет 4-6 %. Среди врожденных аномалий развития человека врожденные несращения твердого и мягкого неба встречается наиболее часто. У детей с данной патологией ярко выражены нарушения функции дыхания, сосания, глотания, а в последующем жевание и разговора.

Изучение клинических особенностей остаточных и вторичных дефектов твердого неба, которые возникают после проведенных оперативных вмешательств при врожденных несращениях. Клинические изучения характера осложнений, которые возникают в разные периоды после операции; определение подавляющего расположения дефектов, которые образуются и их клиническая характеристика; определение размеров, наличие соединения с полостью носа; сравнительная характеристика дефектов, которые являются остаточными или тех, которые возникают вторично после операции.

**Ключевые слова:** послеоперационные осложнения, полость рта, врожденные несращения.

A. G. Guljuk, O. I. Demyd

State Establishment "The Institute of Stomatology  
of the National academy of medical science of Ukraine"THE CLINICAL CHARACTERISTICS  
OF THE POSTOPERATIVE COMPLICATIONS  
OF WOUND HEALING AFTER URANOPLASTY  
IN CHILDREN WITH INNATE CLEFT OF SOFT  
PALATE

## ABSTRACT

**The urgency of the problem.** The prevalence of innate defects of maxillo-facial part according to the data of WHO (2005) equals 4-6 %. Among innate anomalies of the human development the innate cleft of hard and soft palate is the most frequently observed. The disorders in the breathing, suction, swallowing functions and further the ones of chewing and speaking are especially expressed in children with the given pathology.

**The aim.** The study of the clinical peculiarities of residual and repeated defects of hard palate, which appear after surgeries at innate clefts.

**The materials and the methods of the investigation.** The clinical (the study of the character of complications, which appear in different periods after surgery; the determination of the prevailing location of forming defects and their clinical characteristics; the evaluation of the dimensions, the presence of the connection to the nasal cavity; the comparative characteristics of defects, residual ones or those, which reappear after the surgery).

**The subject of the investigation.** The patients, having undergone the surgery on total, conjugate or combined, isolated total or partial clefts of hard and soft palate.

**The findings and discussion on them.** During the investigation the authors have examined 63 patients, having undergone the surgeries on innate cleft of hard and soft palate. The comparative characteristics of the clinical indices at the complicated wound healing after the primary or repeated reconstructions of hard or soft palate was made. According to the findings all patients were divided into groups:

1. the patients with the residual defects of hard palate at step-by-step reconstruction;
2. the patients with the repeated defects of hard palate, formed at the stage of its restoration at its step-by-step reconstruction;
3. the patients with the repeated defects of hard palate at its one-stage restoration;

As the studies have shown, the periosteoplasty of alveolar appendage and the front part of palate at the stage of surgical restoration of upper lip is very promising. This manipulation at the stage of primary cheiloplasty creates conditions for the further stages of surgical treatment.

**The conclusion:** cheiloplasty simultaneous to periosteoplasty of alveolar appendage and front part of soft palate eases greatly the process of restoration of soft palate at radical uranoplasty as well as prevention of oronasal fistulae.

**Key words:** postoperative complications, oral cavity, innate clefts.

**Актуальність теми.** Поширення вроджених вад розвитку щелепно-лицевої ділянки за даними ВООЗ (2005р.) складає 4-6 %. Серед вроджених аномалій розвитку людини вроджена розщелина твердого

і м'якого піднебіння зустрічається найбільш часто (Харьков Л.В., Шоу В., Семб Г., 2001; Гулюк А.Г. 2003, Sandberg D.J. et al., 2002).

За даними ВООЗ вроджена розщілина верхньої губи і піднебіння складає приблизно 86% аномалій щелепно-лицевої ділянки, з них двостороння розщілина верхньої губи і піднебіння складає 15-25%.

У дітей з даною патологією яскраво виражені порушення функції дихання, ссання, ковтання, а у подальшому жування та мови.

Часто дані порушення супроводжуються запальними процесами, які залежать від анатомо-топографічних особливостей, імунологічного статусу, особливостей мікрофлори рота і носоглотки при вроджених розщілинах (А.А.Мамедов і інші 2005р.)

Важливість і актуальність даної проблеми з кожним роком не зменшується так, як постійно підвищуються вимоги до естетичних і функціональних результатів, які в свою чергу приводять до швидкого і повноцінного становлення хворого як особи в суспільстві, покращується якість життя даної особи. Пошук альтернативного лікування при відновленні піднебіння у дітей з вродженою розщілиною є актуальним завданням, вирішення якого дозволить значно підвищити ефективність комплексного лікування даної патології.

Хірургічні методи усунення і корекції ВРГП разом із досягненням анатомічного результату, спрямовані на відновлення велофарингеальної функції (Т.В. Guyette, 2000). Забезпечення нормалізації функції піднебінно-глоткового комплексу (ПГК) сприяє нормалізації дихання, ковтання, впливає на вимову звуків і, в результаті, на подальший фізичний та соціально-психологічний розвиток дитини (Л.В. Харьков, 2000; А.Г. Гулюк, 2003).

**Мета.** Вивчення клінічних особливостей залишкових та вторинних дефектів твердого піднебіння, що виникають після проведених оперативних втручань при вроджених розщілинах.

**Матеріали та методи дослідження.** Клінічні (вивчення характеру ускладнень, що виникають в різні періоди після операції; визначення переважного розташування дефектів, що утворюються та їх клінічна характеристика; визначення розмірів, наявність сполучення з порожниною носа; порівняльна характеристика дефектів, що є залишковими або тих, які виникають вторинно після операції).

**Об'єкт дослідження.** Хворі, що були прооперовані з приводу повних, сполучених або поєднаних, ізольованих повних або часткових розщілин твердого та м'якого піднебіння.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В ході дослідження нами було обстежено 63 хворих, що були прооперовані з приводу вродженої розщілини твердого та м'якого піднебіння, які знаходились в стаціонарі ДУ ІС НАМНУ з 2010 по 2012 рік. Проводилась порівняльна характеристика клінічних показників при ускладненому загоєнні рани після первинної або повторних реконструкцій твердого та м'якого піднебіння. За результатами дослідження всі хворі були поділені на групи:

1) хворі з залишковими дефектами твердого під-

небіння при поетаповому відновленні (рис. 1).



Рис. 1. Фото піднебіння. Хвора Т., 2008 р.н. Д-з: Вроджена повна розщілина верхньої губи, твердого та м'якого піднебіння (стан після велофарингопластики, залишковий дефект твердого піднебіння).

При обстеженні відмічали наявність залишкового дефекту твердого піднебіння, післяопераційний рубець по середній лінії м'якого піднебіння. М'яке піднебіння приймає активну участь в акті мови, прийомі їжі, носовому диханні. Спостерігається зниження візуалізації леміша у зв'язку з його атрофією. Піднебінні пластинки верхньої щелепи, розміщені більш горизонтально, в порівнянні з вертикальним положенням до велофарингопластики. В деяких хворих відмічали в післяопераційному періоді часткове розходження швів в дистальних відділах рани, що можна трактувати як вторинний дефект, утворений навмисно з метою максимально мобілізувати тканини м'якого піднебіння.

2) хворі з вторинними дефектами твердого піднебіння, що утворилися на етапі його відновлення при його поетаповій реконструкції:

а) дефекти альвеолярного паростка (рис. 2).



Рис. 2. Фото альвеолярного паростка верхньої щелепи Хвора Л., 1994 р.н. Д-з: Вроджена повна комбінована двостороння розщілина верхньої губи, твердого та м'якого піднебіння (ороназальна фістула).

Під час огляду – повне відновлення твердого і м'якого піднебіння. По середній лінії піднебіння спостерігається післяопераційний рубець, м'яке піднебіння приймає активну участь в акті мови, прийому

їжі, носовому диханні, тверде піднебіння чітко відмежує слизову носа від слизової оболонки порожнини рота. В ділянці альвеолярного паростка наявний дефект округлої форми, адентія, а в деяких випадках – ретенція зубів в ділянці дефекту. Ретиновані зуби часто зміщені по осі, мають різний кут нахилу, іноді зміщені по трансверзалі. Визначення положення зубів та їх стану має бути врахованим на подальших етапах хірургічного та ортодонтчного лікування. Слизова оболонка порожнини рота в ділянці дефекту гіперемована, спостерігаються явища гіперплазії (грануляційна тканина). Даний факт часто ускладнює вибір раціонального методу відновлення піднебіння місцевими тканинами.

б) дефекти переднього відділу піднебіння (рис. 3).



Рис. 3. Фото піднебіння. Хвора К., 2007 р.н. Д-з: Вроджена ізольована розщілина твердого і м'якого піднебіння (вторинний дефект переднього відділу піднебіння).

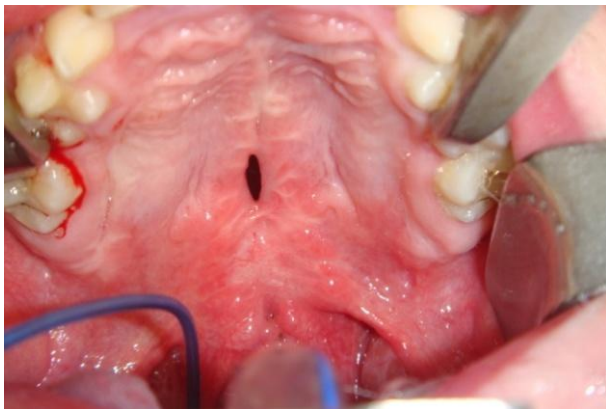


Рис. 4. Фото піднебіння. Хвора А., 2002 р.н. Д-з: Вроджена ізольована розщілина твердого та м'якого піднебіння (вторинний дефект по межі твердого та м'якого піднебіння).

В групі відмічали наявність невеликого лінійного дефекту в передньому відділі твердого піднебіння. Інші відділи піднебіння відновлені в повному обсязі. По середній лінії піднебіння спостерігається післяопераційний рубець, м'яке піднебіння приймає активну участь в акті мови, прийомі їжі, носовому диханні. Зі слів батьків і дитини при прийомі рідкої їжі спостерігається потрапляння її в носову порожнину. При надуванні щік відмічається парусність, тобто, повітря виходить через дефект піднебіння. Слизова оболонка

порожнини рота навколо дефекту обмежена грубою рубцевою тканиною. Розташування дефекту і його невеликі розміри, а також рубцеві зміни слизової оболонки навколо дефекту ускладнюють вторинну реконструкцію твердого та м'якого піднебіння.

в) дефекти по межі твердого і м'якого піднебіння (рис. 4).

При обстеженні в групі спостерігається невеликий лінійний або овальний дефект по межі твердого і м'якого піднебіння. Дистально і медіально від дефекту спостерігається післяопераційний рубець. Тверде піднебіння в передньому відділі чітко відмежує слизову носа від слизової оболонки порожнини рота. М'яке піднебіння приймає активну участь в акті мови, прийомі їжі, носовому диханні. Слизова оболонка порожнини рота навколо дефекту обмежена грубою рубцевою тканиною. Зі слів батьків і дитини при прийомі рідкої їжі спостерігається потрапляння її в носову порожнину. При надуванні щік відмічається парусність, тобто, повітря виходить через дефект піднебіння.

г) тотальний дефект твердого і м'якого піднебіння (рис. 5).



Рис. 5. Фото піднебіння і альвеолярного паростку верхньої щелепи. Хворий К., 2005 р.н. Д-з: Вроджена повна комбінована двостороння розщілина верхньої губи, альвеолярного паростку, твердого та м'якого піднебіння (часткове розходження швів в післяопераційному періоді).

Дану групу характеризує повне або часткове розходження швів в післяопераційному періоді. Наявні рубцеві зміни слизової оболонки м'якого піднебіння. Слизова оболонка порожнини рота в ділянці дефекту гіперемована, спостерігаються явища гіперплазії (грануляційна тканина). Піднебінні пластинки верхньої щелепи розміщені вертикально. Спостерігається гіпертрофія леміша з гіперплазією його слизової оболонки. В передньому відділі альвеолярного паростка наявні ороназальні фістули. Ретенція і дистопія зубів верхньої щелепи в ділянці дефекту в даній групі характеризується важкими клінічними абераціями, що ускладнює в подальшому ортодонтчне лікування.

3) хворі з вторинними дефектами твердого піднебіння при одноетапному його відновленні:

а) дефекти альвеолярного паростка (рис. 6).





Рис. 6. Фото альвеолярного паростку верхньої щелепи. Хвора М., 1998 р.н. Д-з: Вроджена повна комбінована лівостороння розщелина верхньої губи, альвеолярного паростка, твердого та м'якого піднебіння (вторинний дефект альвеолярного паростку в передньому відділі).

При огляді даної групи спостерігали повне відновлення твердого і м'якого піднебіння. По середній лінії піднебіння спостерігається післяопераційний рубець, м'яке піднебіння приймає активну участь в акті мови, прийому їжі, носовому диханні, тверде піднебіння чітко відмежовує слизову носа від слизової оболонки порожнини рота. В ділянці альвеолярного паростка наявний дефект округлої форми, адентія, а в деяких випадках – ретенція зубів в ділянці дефекту. Ретиновані зуби часто зміщені по осі, мають різний кут нахилу, іноді зміщені по трансверсалі. Визначення положення зубів та їх стану має бути врахованим на подальших етапах хірургічного та ортодонтичного лікування. Слизова оболонка порожнини рота в ділянці дефекту гіперемована, спостерігаються явища гіперплазії (грануляційна тканина). Даний факт часто ускладнює вибір раціонального методу відновлення піднебіння місцевими тканинами.

б) дефекти переднього відділу піднебіння (рис. 7).



Рис. 7. Фото піднебіння. Хвора М., 1998 р.н. Д-з: Вроджена повна комбінована лівостороння розщелина верхньої губи, альвеолярного паростка, твердого та м'якого піднебіння (вторинний дефект переднього відділу піднебіння).

Під час огляду даної групи – наявний лінійний або округлий дефект в передньому відділі твердого піднебіння. Інші відділи піднебіння відновлені в повному обсязі. По середній лінії піднебіння спостеріга-

ється післяопераційний рубець, м'яке піднебіння приймає активну участь в акті мови, прийомі їжі, носовому диханні. Зі слів батьків і дитини при прийомі рідкої їжі спостерігається потрапляння її в носову порожнину. При надуванні щік відмічається парусність, тобто, повітря виходить через дефект піднебіння. Слизова оболонка порожнини рота навколо дефекту обмежена грубою рубцевою тканиною. Розташування дефекту і його великі розміри, рубцеві зміни слизової оболонки навколо дефекту, явища гіперплазії навколишніх тканин ускладнюють вторинну реконструкцію твердого піднебіння.

в) дефекти по межі твердого і м'якого піднебіння;

При обстеженні в групі спостерігається невеликий лінійний або овальний дефект по межі твердого і м'якого піднебіння. Дистально і медіально від дефекту спостерігається післяопераційний рубець. Тверде піднебіння в передньому відділі чітко відмежовує слизову носа від слизової оболонки порожнини рота. М'яке піднебіння приймає активну участь в акті мови, прийомі їжі, носовому диханні. Слизова оболонка порожнини рота навколо дефекту обмежена грубою рубцевою тканиною. Зі слів батьків і дитини при прийомі рідкої їжі відбувається потрапляння її в носову порожнину. При надуванні щік відмічається парусність, тобто, повітря виходить через дефект піднебіння.

г) тотальний дефект твердого і м'якого піднебіння.

Дану групу характеризує повне або часткове розходження швів в післяопераційному періоді. Наявні рубцеві зміни слизової оболонки твердого та м'якого піднебіння. Слизова оболонка порожнини рота в ділянці дефекту гіперемована, спостерігаються явища гіперплазії (грануляційна тканина). При огляді відставання в розвитку середньої третини обличчя за рахунок тотального вторинного дефекту піднебіння, піднебінні пластинки верхньої щелепи розміщені вертикально. Спостерігається гіпертрофія леміша з гіперплазією його слизової оболонки. В передньому відділі альвеолярного паростка наявні ороназальні фістули. Ретенція і дистопія зубів верхньої щелепи в ділянці дефекту в даній групі характеризується важкими клінічними аберациями, що ускладнює в подальшому ортодонтичне лікування.

Оцінка анатомічних результатів хірургічного відновлення піднебіння пов'язана передусім з якістю усунення патологічного сполучення між порожнинами рота і носа. Дефекти піднебіння (піднебінні фістули) можуть бути охарактеризовані як результат невдалої первинної пластики піднебіння, або як навмисно залишені ділянки розщелини альвеолярного відростка і твердого піднебіння. Ороназальні фістули і дефекти твердого піднебіння залишаються проблемою, що руйнує зусилля пластичних хірургів в зв'язку з тим, що висока частота невдач повторних операцій пов'язана з рубцевими змінами мукоперіостальних клаптів.

Методи оперативних втручань, що передбачають використання тканин, взятих по сусідству, і філатовського стебла, в ряді випадків значно подовжують строки лікування. Дослідження клініки післяопераційних дефектів дозволяють зробити висновок про те,

що їх величина і локалізація вельми різноманітні. Об'єм оперативних втручань може бути змінений в залежності від об'єму і локалізації дефекту.

Таким чином, утворення залишкових дефектів переднього відділу піднебіння і альвеолярного відростка є найбільш характерним прикладом нестачі пластичного матеріалу. Основні ускладнення, пов'язані з відновленням цієї ділянки піднебіння при первинній уранопластиці, визначаються необхідністю проведення ретротранспозиції піднебінних клаптів. Це приводить до зменшення і без того невеликого об'єму пластичного матеріалу в передньому відділі піднебіння і, як наслідок, – неможливість проведення одномоментного відновлення всього піднебіння.

Як показали наші дослідження, перспективним є проведення періостеопластики альвеолярного відростка і переднього відділу піднебіння на етапі хірургічного відновлення верхньої губи. Вказана маніпуляція на етапі первинної хейлопластики створює передумови для подальших етапів хірургічного лікування. Наші клінічні спостереження дозволяють зробити висновок про те, що проведення хейлопластики з одномоментною періостеопластикою альвеолярного відростка і переднього відділу піднебіння значно спрощує задачу відновлення піднебіння при радикальній уранопластиці, а також профілактикою ороназальних фістул.

#### Список літератури

1. Гулюк А. Г. Анатомічні особливості піднебінного апоневрозу при природжених щілинах / А. Г. Гулюк // Одеський медичний журнал. – 1999. – № 6 (56) – С. 50-51.
2. Гулюк А. Г. Методи поетапного хірургічного лікування вродженої розщелини верхньої губи та піднебіння / А. Г. Гулюк, Г. Г. Крикляс // Український нейрохірургічний журнал. – 2001. – № 2. – С. 148-149.
3. Гулюк А. Г. Методи поетапного хірургічного лікування хворих з вродженою розщелиною верхньої губи і піднебіння : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / А. Г. Гулюк. – Полтава, 2003. – 37 с.
4. Харьков Л. В. Вроджені захворювання щелепно-лицевої ділянки у дітей. Сучасна стратегія лікування / Л. В. Харьков // Науковий вісник національного медичного університету ім. О. О. Богомольця. – 2004. – № 1-2, С. 45-48.
5. Яковенко Л. М. Комплексне лікування первинних та вторинних деформацій верхньої губи та піднебіння при їх двобічних незрощеннях : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Л. М. Яковенко. – Київ, – 2004. – 57 с.
6. Рогинский В.В., Безруков В.М., Ипполитов В.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М., – 2000.-772.
7. Врожденные расщелины верхней губы и неба / [С. В. Чуйкин, Л. П. Герасимова, Н. А. Давлетшин, Л. П. Назарова]; под ред. С. В. Чуйкина –учебное пособие. – Уфа. : Башкирский гос. мед. ун-т, 2003. – 207 с.
8. Махкатов М. Э. Дифференциальная лечебно-профилактическая тактика при лечении детей с врожденной расщелиной губы и неба : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / М. Э. Махкатов. – Ташкент, 2002. – 37 с.
9. Василенко Ю. С. Голос. Фониатрические аспекты / Василенко Ю. С. – Москва : Энергоиздат, 2002. – 418 с.
10. Гончаков Г. В. Врожденные расщелины верхней губы и неба / Г. В. Гончаков, А. Г. Притыко, С.Г. Гончакова. – Москва: Практическая медицина, 2009. – 168 с.
11. Мамедов Ад. А. Алгоритм специализированной помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба / Ад. А. Мамедов, Т. Н. Боднарюк // Ортодонтия. – 2005. - №2(30). – С. 68.

#### REFERENCES

1. Guljuk A. G. The anatomic peculiarities of the palatal aponeurosis at innate clefts. *Odes'kyj medychnyj zhurnal*. 1999;6 (56):50-51.
2. Guljuk A. G., Kryklyas G. G. The methods of the step-by-step surgical treatment of innate cleft of upper lip and soft palate. *Ukrain's'kyj nejrohirurgichnyj zhurnal*. 2001;2:148-149.
3. Guljuk A. G. *Metody poetapnogo khirurgichnogo likuvannya hvoryh z vrodzhenozh rozshhilynoju verhn'oi guby i pidnebinnja* [The methods of the step-by-step surgical treatment of patients with innate cleft of upper lip and soft palate] Abstract of a doctoral thesis of medical sciences. Poltava, 2003:37.
4. Har'kov L. V. Innate diseases of maxillo-facial part in children. The current strategy. *Naukovyj visnyk nacional'nogo medychnogo universytetu im. O. O. Bogomol'cya*. 2004;1-2:45-48.
5. Jakovenko L. M. *Kompleksne likuvannya pervynnyh ta vtornyh deformacij verhn'oi guby ta pidnebinnja pry ih dvobichnyh nezroszhennjah* [The complex treatment of residual and repeated deformations of upper lip and soft palate at their bilateral clefts]. Abstract of a doctoral thesis of medical sciences Kyi'v. 2004:57.
6. Roginskiy V.V., Bezrukov V.M., Ippolitov V.G. *Rukovodstvo po khirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litsevoy khirurgii*. [The manual on dental surgery and maxillo-facial surgery] Moskva. 2000:772.
7. Chuykin S. V., Gerasimova L. P., Davletshin N. A., Nazarova L. P. *Vrozhdennye rasshcheliny verkhney guby* [Innate clefts of upper lip and soft palate]. Ufa. Bashkirskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet. 2003:207.
8. Makhkatov M. E. *Differentsial'naya lechenno-profilakticheskaya taktika pri lechenii detey s vrozhdennoy rasshchelinoj guby i neba* [The differential therapeutic and preventive tactics at the treatment of children with innate cleft of upper lip and soft palate]. Abstract of a doctoral thesis of medical sciences. Tashkent, 2002:37.
9. Vasilenko Yu. S. *Golos. Foniatricheskie aspekty* [Voice. Phoniatric aspects]. Moskva, Energoizdat. 2002:418.
10. Gonchakov G. V., Prityko A. G., Gonchakova S.G. *Vrozhdennye rasshcheliny verkhney guby i neba* [Innate clefts of upper lip and soft palate]. Moskva, Prakticheskaya meditsina, 2009:168.
11. Mamedov Ad. A., Bodnaryuk T.N. The algorithm of the specialized aid to children with innate cleft of upper lip and soft palate. *Ortodontiya*. 2005;2(30):68.

Надійшла 24.12.13



УДК 617.52-001.4-089.819.6+616.073.43+616.072.7

**А. Г. Гулюк, д. мед. н., С. Д. Варжапетян,  
Н. Г. Баранник, О. Э. Кнава**

Государственное учреждение «Институт стоматологии  
Национальной академии медицинских наук Украины»  
Государственное заведение «ЗМАПО МЗ Украины»

#### ВЛИЯНИЕ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА ЛИЗОМУКОИДОМ НА ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ДИСБИОЗА

Определены показатели маркеров воспаления и дисбиоза гайморовых пазух 15 пациентов с обострением хронического одонтогенного гайморита после местной терапии препаратом Лизомукоид, содержащим яичный лизоцим, инги-