

17. Тлустенко В. П. Доклиническая диагностика дентального периимплантита / В. П. Тлустенко, Ф. Н. Гильмиярова, Е. Е. Головина и др. // Рос. стом. журнал. – 2011. – № 2. – С. 28–29.
18. Хватова В. А. Окклюзия зубных протезов на имплантатах / В. А. Хватова, М. В. Маланин // Новое в стоматологии. – 2001. – № 1. – С. 66–74.
19. Шашмурина В. Р. Характеристика микробиоценоза полости рта пациентов с полным отсутствием зубов в ближайшие сроки после дентальной имплантации / В. Р. Шашмурина, А. И. Воложин, В. Н. Царев // Рос. стом. журн. – 2008. – № 3. – С. 28–33.
20. Buchmann R. Amplified crevicular leukocyte activity in aggressive periodontal disease / R. Buchmann, A. Hasilik, T. E. Van Dyke, D. E. Lange // J. dent. res. – 2002. – V. 81. № 10. – P. 716.
21. Degidi M. Поверхность имплантата и фрактальность / M. Degidi, G. Iezzi, A. Piattelli, V. Perrotti // Новое в стоматологии. – 2012. – № 4. – С. 54–57.
22. Lee K. H. Microbiota of successful osseointegrated dental implants / K. H. Lee, M. F. Maiden, A. C. Tanner, H. P. Weber // J. periodontol. – 1999. – № 70. – P. 131–138.
23. Misch C. E. A positive correlation between occlusion trauma and peri-implant bone loss: Literature support / C. E. Misch, J. Suzuki, M. F. Misch-Dietsh, Martha Bidez // Implant dentistry. – 2005. – V. 14. № 2. – P. 108–114.
24. Misch C. E. Consideration of biomechanical stress in treatment with dental implants // Dent today. – 2006. – V. 25. № 5. – P. 80–85.
25. Misch C. M. Dental umplant prosthetics. – S. Liuis: Mosby, 2005. – 567 p.
26. Queiroz-Junior C. M. Role of systemic and local administration of selective inhibitors of cyclo-oxygenase 1 and 2 in an experimental model of periodontal disease in rats / C. M. Queiroz-Junior, C. M. Pacheco, K. L. Maltos et al. // J. periodontal res. – 2009. – V. 44. № 2. – P. 153–160.
27. Wara-Aswapati N. RANKL upregulation associated with periodontitis and porphyromonas gingivalis / N. Wara-Aswapati, R. Surarit, A. Chayasadam et al. // J. periodontology. – 2007. – V. 78. № 6. – P. 1062–1069.

Поступила 11.06.2013

С. Ю. МАКСЮКОВ, Е. С. БЕЛИКОВА, А. С. ИВАНОВ

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ, НЕДОСТАТКОВ И ДЕФЕКТОВ ПОВТОРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БЮГЕЛЬНЫМИ И СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Кафедра стоматологии № 2 ГБОУ ВПО

«Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Россия, 344718, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29,
тел. 89281960000. E-mail: +79281960000@mail.ru

В статье дана характеристика осложнений, недостатков и дефектов повторного протезирования зубов бюгельными (n=35) и съемными пластиночными (n=67) протезами. При повторном протезировании бюгельными протезами за три года наблюдения общее число осложнений составило 25,7%, недостатки выявлялись в 22,9% и дефекты – в 20% случаев. При использовании съемных пластиночных протезов осложнения повторного ортопедического лечения развились в 83,6%, недостатки – в 61,2% и дефекты – в 71,6% случаев. Число осложнений, недостатков и дефектов повторного протезирования было выше при использовании съемных пластиночных протезов по сравнению с ортопедическим лечением бюгельными протезами. Оптимизация повторного съемного протезирования зубов связана с применением бюгельных протезов и ограничением широкого применения пластиночных протезов.

Ключевые слова: повторное протезирование зубов, бюгельные протезы, съемные пластиночные протезы, эффективность.

S. Yu. MAKSYUKOV, E. S. BELIKOVA, A. S. IVANOV

ANALYSIS OF COMPLICATIONS, DRAWBACKS AND DEFECTS REPEAT PROSTHETIC CLASP AND LAMINAR PROSTHETICS

In article the characteristic of complications, drawbacks and defects repeat prosthetics using clasp (n=35) and removable laminar (n=67) prostheses. When you prosthesis clasp devices during three years of monitoring the total number amounted to 25,7% of complications, drawbacks are identified in 22,9% and 20% – in defects. When using removable laminar prostheses complications of repeated orthopedic treatment developed at 83,6%, flaws and defects in 61,2% and 71,6%. The number of complications, drawbacks and defects repeat prosthetic was higher on removable laminar prostheses compared to orthopedic treatment clasp prostheses. Optimization of the regeneration of removable prosthodontic treatment involves the application of prostheses and clasp with limitation of broad application laminar prostheses.

Key words: repeated dental prosthetics, clasp prostheses, removable laminar protheses, efficiency.

На современном этапе частота частичной или полной адентии у пациентов, требующих протезирования зубов, является высокой и постоянно повышается, что приводит к возрастанию объема не только первичной,

но и повторной ортопедической помощи [1]. При этом увеличивается количество осложнений на различных этапах оказания повторной стоматологической помощи пациентам [3, 7]. Оптимизация повторного проте-

зирования зубов связана с учетом ортопедического, локального, общесоматического и социального статусов и предполагает тщательную терапевтическую, ортодонтическую, пародонтическую, хирургическую подготовку [5], а также преимущественное использование современных ортопедических технологий, к которым можно отнести съемные бюгельные протезы [6, 8]. Бюгельное протезирование отвечает возросшим эстетическим и функциональным требованиям, все чаще входит в практику ортопедической стоматологии [2, 4]. Между тем в литературных источниках при повторном протезировании зубов отсутствует сравнительный анализ использования бюгельных протезов со съемными пластиночными зубочелюстными конструкциями. Всё вышеизложенное свидетельствует об актуальности изучения эффективности повторного протезирования бюгельными и пластиночными протезами.

Цель работы – дать характеристику количества и структуры осложнений, недостатков и дефектов повторного протезирования бюгельными и съемными пластиночными протезами.

Материалы и методы

Всего было обследовано и получило повторное ортопедическое лечение 102 пациента с адентией. В зависимости от организации повторного съемного протезирования были выделены две группы больных. В 1-й группе больных (n=35) были использованы бюгельные протезы с кламмерным креплением, а во 2-й группе (n=67) – съемные пластиночные протезы.

Критериями включения больных в исследование были: частичная адентия, возраст менее 75 лет, период между первичным и повторным протезированием 3 года и более, показания для съемного протезирования, отсутствие тяжелых соматических заболеваний.

Перед повторным протезированием, а также через 6 и 12 месяцев после ортопедического лечения съемными протезами исследовали состояние опорных зубов и тканей протезного ложа, оценивали частоту осложнений и недостатков повторного протезирования зубов съемными протезами в раннем и отдаленном периодах. Под осложнением понимали развитие патологических процессов, обусловленных ортопедическим лечением или длительным использованием протезов, что требовало повторного врачебного вмешательства для коррекции сложившейся ситуации. Если отклонение от

нормального функционирования протеза не требовало активного врачебного вмешательства и не приносило вреда здоровью, то это рассматривали как недостаток лечения. Дефектами считали нарушения функционирования протезов при их использовании ввиду их неправильных конструктивных особенностей, что влекло за собой необходимость починки или замены ортопедической зубочелюстной конструкции.

В 1-ю группу было отобрано 35 человек, из их числа 16 (45,7%) пациентов-мужчин, 19 (54,3%) пациенток-женщин. Во 2-й группе под наблюдением находилось 67 пациентов. Из них женщин – 35 (52,2%), мужчин – 32 (47,8%). Возраст больных 1-й группы в среднем был 52,9±2,41 года, во 2-й группе – 57,7±2,76 года.

При предыдущем протезировании в 1-й и 2-й группах длительность пользования протезами в большинстве случаев находилась в диапазоне от 5 до 7 лет (60% и 61,2% соответственно).

У пациентов клинических групп встречающиеся классы адентии по Кеннеди представлены в таблице 1. Чаще других наблюдений в двух группах встречалось сочетание дефектов различных классов.

Статистический анализ результатов исследования проводился при помощи программы «STATISTICA 7.0» («StatSoft Inc.», США). Количественные величины в работе были представлены в виде выборочного среднего значения и стандартной ошибки средней величины. Оценку достоверности различий средних величин независимых выборок проводили при помощи параметрического критерия Стьюдента ввиду приверженности выборок нормальному закону распределения. Проверку выборок на нормальность распределения осуществляли с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Статистическое сравнение долей с оценкой достоверности различий выполняли с использованием критерия Пирсона χ^2 с учетом поправки Йейтса на непрерывность. Относительный риск событий при различных подходах к протезированию определяли с помощью соответствующего модуля программы «MedCalc» (версия 9.3.5.0).

Результаты исследования

В 1-й группе за три года наблюдения общее число осложнений составило 9 (25,7%). Во 2-й группе осложнения повторного ортопедического лечения развились у 56 (83,6%) пациентов. Недостатки повторного

Таблица 1

Распределение больных по группам дефектов зубных рядов (классификация адентии по Кеннеди)

Дефект зубного ряда	1-я группа (n=35)		2-я группа (n=67)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Дистально не ограниченный с двух сторон (концевой дефект)	7	20,0	3	4,5	>0,05
Дистально не ограниченный с одной стороны (концевой дефект)	2	5,7	15	22,4	>0,05
Отсутствие передних и боковых зубов (включенный дефект)	3	8,6	1	1,5	>0,05
Сочетание дефектов различных классов	23	65,7	48	71,6	>0,05

протезирования в 1-й группе встречались в 8 (22,9%) наблюдениях, а во 2-й группе – в 41 (61,2%) случае. Дефекты повторного протезирования отмечали в 1-й группе у 7 (20%), а во 2-й группе – у 48 (71,6%) пациентов. Число осложнений, недостатков и дефектов повторного протезирования было выше ($p < 0,05$) при использовании съемных пластиночных протезов по сравнению с ортопедическим лечением бюгельными протезами.

В 1-й группе при повторном протезировании бюгельными протезами осложнения ортопедического лечения в большинстве случаев возникали в опорных зубах, и причиной тому была неэффективная фиксация протезов кламмерами. Перелом опорных зубов был в 2,9% ($n=1$), подвижность опорных зубов также в 2,9% ($n=1$) случаев. Частота встречаемости расцементировки опорных коронок, вкладок составила 2,9% ($n=1$). Резорбция костной ткани альвеолярных отростков встречалась в 5,7% ($n=2$), нарушения кламмерной фиксации – в 8,6% ($n=3$) случаев.

Осложнения при бюгельном протезировании чаще возникали при концевых и сочетанных дефектах. В 5 (55,6%) случаях из 9 осложнения развивались при концевых дефектах зубных рядов, при включенных дефектах – 1 (11,1%) осложнение, и 3 (33,3%) осложнения – при сочетанных дефектах зубных рядов.

Во 2-й группе при повторном протезировании съемными пластиночными протезами структура осложнений была иной. Самыми часто встречающимися осложнениями были воспалительные изменения в ткани пародонта (23,9%, $n=16$), постепенно прогрессирующее снижение фиксации протеза (17,9%, $n=12$), дискомфортные ощущения и отсутствие привыкания к протезам (20,9%, $n=14$). Вышеперечисленные осложнения в большинстве случаев встречались среди больных пожилого возраста. Нарушения дикции речи, выраженные боли под протезом, отсутствие краевого замыкающего клапана, атрофия альвеолярных отростков наблюдались каждый в одинаковом проценте случаев – 14,9% ($n=10$). Наблюдения выраженных болей под протезом (14,9%, $n=10$) и отсутствие краевого замыкающего клапана (14,9%, $n=10$) были обусловлены дефектом при изготовлении функционального оттиска. Расшатывания опорных зубов кламмерами и перелом протезов наблюдались в одной десятой случаев.

В ходе исследования было выявлено, что поломки съемных пластиночных протезов на нижней челюсти наблюдались чаще всего в области опорных зубов, а на верхней челюсти, напротив, по средней линии. При протезировании съемными пластиночными протезами, как и в предыдущей группе, наибольшее количество осложнений при повторном ортопедическом лечении выявилось при концевых и сочетанных дефектах зубных рядов.

Самыми значимыми недостатками при пользовании съемными протезами были: травма десны при употреблении твердой пищи (20,9%, $n=14$), видимость со стороны кламмеров во время разговора пациента (17,9%, $n=12$). Больные также жаловались на нарушения температурной (14,9%, $n=10$) и вкусовой (11,9%, $n=8$) чувствительности, частые коррекции протезов (14,9%, $n=10$).

Недостатки бюгельного протезирования в 1-й группе касались только кламмеров: при разговоре у 6 пациентов были видны замки (17,1%), у 2 больных появлялось увеличение объема тканей маргинальной десны возле опорного зуба (5,7%). Вероятно, данные измене-

ния этиологически связаны с процессами воспаления вследствие неудовлетворительной гигиены полости рта.

Жалобами больных с бюгельными протезами, обратившихся за перепротезированием, явились: боли под базисом протеза (14,3%, $n=5$), плохая фиксация протеза (8,6%, $n=3$), невозможное привыкание к протезу (8,6%, $n=3$), неприятные запахи из-под опорной коронки и дискомфортные ощущения (5,7%, $n=2$).

При анализе причин осложнений бюгельного протезирования было выявлено, что травматическое воздействие бюгельного зубного протеза возникло при неправильном расположении дуги и ответвлений каркаса (2,9%, $n=1$), в 5,7% ($n=2$) случаев и отмечались отсутствие зазора между мягкими тканями протезного ложа и каркасом, неверное расположение каркаса в области уздечек и десневого края (2,9%, $n=1$). В 8,6% ($n=3$) обнаружены неудовлетворительная стабилизация и фиксация протеза, что отчасти случилось вследствие неправильного расположения опорно-удерживающих кламмеров (5,7%, $n=2$), неправильный выбор конструкции протеза (2,9%, $n=1$), недостаточная моделировка ретенционных и опорных зон бюгельной коронки – в 2,9% ($n=1$) случаев.

Следующим этапом были подвергнуты анализу случаи дефектного протезирования зубов съемными пластиночными протезами. В 20,9% ($n=14$) случаев пациенты отмечали невозможность пользования съемными зубными протезами из-за их несоответствия и болезненности, в 17,9% ($n=12$) больные отмечали плохую фиксацию протезов и их нестабильность, в 14,9% ($n=10$) – нарушение дикции. 14,9% ($n=10$) пациентов жаловались на боли под зубными протезами. Нарушение акта жевания больные отмечали в 11,9% ($n=8$). В таком же проценте случаев больные отмечали чувство жжения и сухость в полости рта. Боли в области височно-нижнечелюстных суставов волновали 9% ($n=6$) больных. Пролежни под протезами, нарушение прикуса, эстетические неудобства, изменение цвета коронок отмечали 6% ($n=4$) обследованных от группы. Выраженный рвотный рефлекс и боли в области языка были отмечены пациентами в 3% ($n=2$) случаев.

Чаще других причиной дефектов повторного протезирования во 2-й группе при использовании съемных пластиночных протезов были воспалительные изменения тканей протезного ложа (пролежни, маргинальный гингивит, токсические стоматиты) ввиду неудовлетворительной подготовки перед протезированием ротовой полости (32,8%, $n=22$). Ошибки в определении центрального соотношения челюстей составили 17,9% ($n=12$) случаев. Неверное определение межальвеолярной высоты, сопровождающееся мацерацией уголков рта и ангулярным хейлитом, – 6% ($n=4$). Неудовлетворительная установка искусственных зубов с их отклонением от центра альвеолярного отростка – 17,9% ($n=12$), и это явилось причиной жалоб на нарушение дикции, эстетические проблемы, сложности при акте жевания. Сходный процент составляла перегрузка опорно-удерживающего аппарата зубов. Анализ дефектов указал на следующие ошибки в конструкции: непременное дистальным краем зубного протеза слепых отверстий, укорочение границ базисов зубных протезов (11,9%, $n=8$), неудовлетворительная фиксация полных съемных зубных протезов (11,9%, $n=8$), неверный выбор конструкции протезов (11,9%, $n=8$), низкое качество отделки и полировки зубных протезов (11,9%,

Сроки появления жалоб больных и начала устранения дефектов повторного протезирования

Группа	Виды протезов	Сроки появления жалоб, годы	Сроки перепротезирования, годы	p
1-я	Съемные пластиночные протезы	1,9±0,1	2,6±0,08	0,0001
2-я	Бюгельные протезы	2,4±0,2	2,8±0,13	0,096
p ₁₋₂		0,047	0,75	

n=8), неправильное расположение кламмеров (9%, n=6). Отсутствие в области костных экзостозов мягкой подкладки в 9% (n=6) случаев являлось причиной стойкого болевого синдрома. В 6% (n=4) случаев пациентам при первом протезировании не проводили аллергопробы к акриловым пластмассам, что привело к постепенному появлению токсико-аллергического стоматита. Тщательный сбор анамнеза позволил выявить, что жалобы у пациентов возникли гораздо раньше, чем они осознали необходимость обратиться к стоматологу и была поставлена проблема перепротезирования.

В таблице 2 отражены сроки появления жалоб у больных после повторного протезирования и начала их перепротезирования.

При повторном протезировании съемными пластиночными протезами по сравнению с бюгельным протезированием снижение качества зубных протезов с накоплением жалоб происходило гораздо раньше по сравнению со сроками начала перепротезирования. Наиболее отставленный период между появлением жалоб и началом повторного протезирования был выявлен при использовании съемных пластиночных протезов. При использовании бюгельных протезов период между появлением жалоб и началом повторного протезирования был самым коротким.

Сравнительный анализ частоты клинических осложнений в 1-й и 2-й группах обобщен в таблице 3.

Во 2-й группе по сравнению с 1-й группой достоверно чаще встречались патология опорных зубов (46,3% против 11,4%, p=0,006), нарушение фиксации протезов (26,9% против 8,6%, p=0,04). Многие осложнения встречались при протезировании пластиночными протезами

и не отмечались при бюгельном протезировании: поломки протезов, воспалительные изменения пародонта, нарушения функции жевания, речи. Таким образом, при пластиночных протезах частой проблемой является поломка, второй по значимости проблемой выступает недостаточная фиксация протеза. При бюгельных протезах главной проблемой является патология зубов под кламмером. При пластиночных протезах нужна своевременная перебазировка, нельзя допускать длительного воздействия кламмеров на зубы.

В ходе исследования была проведена оценка того, насколько повышался относительный риск при использовании пластиночных протезов по сравнению с бюгельными при повторном протезировании. Относительный риск для развития патологии опорных зубов составил 4,1±0,3, неблагоприятного структурного ремоделирования костной ткани челюстей – 2,6±0,2, нарушения фиксации протезов – 3,1±0,5. Поскольку относительный риск превышал критическую величину 1,5 в отношении рассматриваемых осложнений, можно утверждать, что пластиночные протезы способствуют развитию этих осложнений.

У больных с бюгельным протезированием не всегда требовалось изготовление нового протеза при дефектах. В 6 (85,7%) случаях из 7 при дефектах бюгельного протезирования восстановление хорошего функционирования протеза было возможно его починкой, активацией кламмеров или коррекцией. При пластиночных протезах нормальное функционирование было восстановлено при починках и перепротезировании в 36 случаях из 48 (75%). Ремонтопригодность бюгельных протезов была выше пластиночных.

Таблица 3

Сравнительный анализ частоты клинических осложнений в 1-й и 2-й группах

Группа клинических осложнений	1-я группа (n=35)		2-я группа (n=67)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Патология опорных зубов (перелом, подвижность, удаление, снятие коронок)	4	11,4	31	46,3	0,006
Неблагоприятное структурное ремоделирование костной ткани челюстей	2	5,7	10	14,9	0,08
Поломки протезов	-	-	6	9,0	-
Поломки кламмеров	3	8,6	5	7,5	0,94
Нарушение фиксации протезов, из них ошибки кламмерной фиксации	3	8,6	18	26,9	0,04
Дефекты искусственных зубов	3	8,6	6	9,0	0,85
Дефекты искусственных зубов	-	-	7	10,4	-
Воспалительные изменения пародонта	-	-	16	23,9	-
Аллергия	-	-	8	11,9	-
Нарушения функции жевания, речи, глотания	-	-	18	26,9	-

Таким образом, проведенное сравнительное исследование результатов повторного ортопедического лечения пациентов с адентией свидетельствовало о преимуществе бюгельных протезов над пластиночными по числу осложнений, недостатков и дефектов, срокам пользования. При повторном протезировании бюгельные протезы показывают высокую степень надежности и меньшее количество осложнений по сравнению с пластиночными протезами.

Выводы

При повторном протезировании бюгельными протезами осложнения ортопедического лечения развиваются в 25,7%, недостатки – в 22,9%, а дефекты – в 20% случаев. При повторном протезировании пластиночными протезами осложнения ортопедического лечения развиваются в 83,6%, недостатки – в 61,2%, а дефекты – в 71,6% наблюдений.

Осложнения при бюгельном протезировании в основном касаются опорных зубов или же являются следствием неэффективной фиксации протезов кламмерами (подвижность опорных зубов – в 2,9%; перелом опорных зубов – в 2,9%). При повторном протезировании пластиночными протезами частым осложнением являются прогрессирующее ухудшение фиксации протезов (17,9%), воспалительные изменения тканей пародонта (23,9%).

Недостатки при бюгельном протезировании были связаны только с кламмерами (видны замки при разговоре в 17,1%). Основными недостатками пластиночного протезирования являются травма десен во время употребления твердой пищи (20,9%), нарушения температурной (14,9%) и вкусовой (11,9%) чувствительности, необходимость частой коррекции протезов (14,9%).

Оптимизация повторного съемного протезирования зубов связана с применением бюгельных протезов и с ограничением широкого применения пластиночных протезов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутова В. Г., Кирилина М. Р., Лебедева А. Ф., Жеребцов А. Ю. *с соавт.* Методические подходы к изучению сроков пользования и сроков службы зубных протезов // *Стоматология для всех.* – 2010. – № 2. – С. 26–28.
2. Гажва С. И., Собир Р. К. Ошибки при протезировании с использованием замковых креплений бюгельных и микропротезов // *Нижегородский медицинский журнал.* – Н. Новгород, 2008. – № 2 (выпуск 2). – С. 145–146.
3. Жеребцов А. Ю., Кирилина М. Р., Бутова В. Г. Индивидуальный срок службы на зубные протезы // *Матер. межинститут. науч. конф. с междунар. участием, посвящ. 65-лет. окончания Второй мировой войны, 3 сентября 2010 г.* – М., 2010. – С. 80–83.
4. Загорский В. А. Протезирование при полной адентии. – М.: Медицина, 2008. – 218 с.
5. Максюков С. Ю. Пути повышения эффективности повторного протезирования зубов // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* – 2010. – № 9. – С. 119.
6. Norton M. R., Ferber G. The nonresilient hybrid removable prosthesis: treatment of choice for the atrophic maxilla // *Int. j. periodontics restorative dent.* – 2009. – Vol. 19. № 2. – P. 189–197.
7. Owl B., Kaiser A. E., Carlsson G. B. *Prosthodontics: principles and management strategies.* – London: Mosby-Wife, 2006. – 467 p.
8. Shetty M. S., Shenoy K. K. Techniques for evaluating the fit of removable and fixed prosthesis // *ISRN dentistry.* – 2011. – Vol. 11. – P. 348–372.

Поступила 15.05.2013

М. О. НЕХОРОШКИНА

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ГУБЫ И/ИЛИ НЕБА НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ ЗА ПЕРИОД 1996–2012 гг.

*Кафедра биологии с курсом медицинской генетики
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350089, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: Nekhoroshkina@ro.ru*

Впервые изучена частота рождения детей с расщелинами губы и/или неба (ВРГ и/или Н) за период 1996–2012 гг. на территории Краснодарского края (К. к.) среди новорожденных, которая составила 1,11%. Наибольший удельный вес в структуре ВРГ и/или Н имели врожденные расщелины неба (ВРН) – 0,45%, наименьший удельный вес у врожденных расщелин губы (ВРГ) – 0,2%.

Ключевые слова: врожденные пороки развития (ВПР), врожденные расщелины губы и/или неба, распространенность, дети (новорожденные), Краснодарский край, мониторинг.

М. О. NEKHOROSHKINA

THE ANALYSIS OF STRUCTURE AND PREVALENCE OF CONGENITAL CREVICES OF THE LIP AND/OR THE SKY IN THE TERRITORY OF KRASNODAR TERRITORY FOR THE PERIOD 1996–2012 YEARS

*Biology chair with a course of medical genetics of the Kuban state medical university,
Russia, 350089, Krasnodar, Sedin str., 4. E-mail: Nekhoroshkina@ro.ru*

For the first time the frequency of the birth of children with congenital clefts of a lip and/or palate (CCL and/or P) has been studied for the period 1996–2012 years in the territory of Krasnodar territory (K. t.), among newborns, which amounted to 1,11%.