



при узком мышцелковом отростке. Во втором варианте остеосинтеза, при достаточной ширине мышцелкового отростка, крепились две мини-пластины по наружной поверхности мышцелкового отростка и ветви нижней челюсти, расположенные под углом друг к другу (рис. 3, рис. 4). Это обеспечило жесткую фиксацию костных отломков, но в одной плоскости, и в единичных случаях наблюдалось повторное смещение фрагментов нижней челюсти вследствие изгиба мини-пластин или даже их перелома. При третьем варианте остеосинтеза также крепились две мини-пластины, но в двух взаимно перпендикулярных плоскостях (под углом максимально приближенным к 90 градусам): по наружной и по задней поверхности мышцелкового отростка и ветви нижней челюсти (рис. 5, рис. 6). Этот способ позволил достигнуть наилучших результатов, за счет высокой прочности фиксации костных отломков друг к другу, с полным восстановлением анатомии и функции нижней челюсти. Дополнительной межчелюстной иммобилизации нижней челюсти не требовалось.

Таким образом, выявлено, что оптимальным способом остеосинтеза мышцелкового отростка нижней челюсти является остеосинтез мини-пластинами с их фиксацией в двух взаимно перпендикулярных плоскостях: по наружной и по задней поверхности мышцелкового отростка и ветви нижней челюсти.

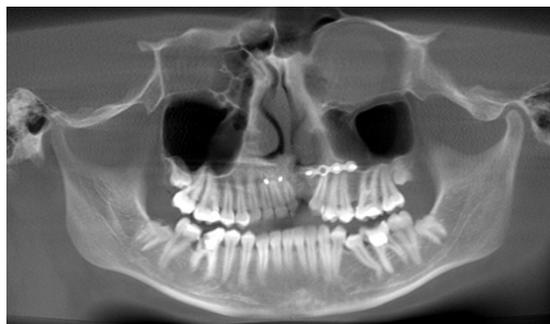
#### **ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА, ВКЛЮЧАЮЩИХ КОСТНУЮ ПЛАСТИКУ РАСЩЕЛИНЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА.**

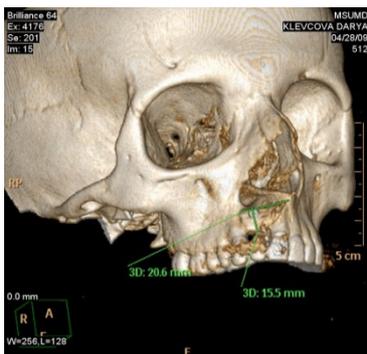
*Боровицкая Н.Н., Топольницкий О.З., Васильев А.Ю., Першина М.А., Шоничева Ю.А., Федотов Р.Н.*

**Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Москва**

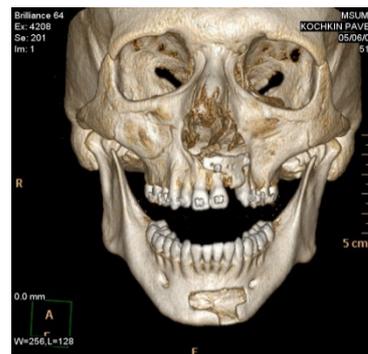
Аннотация: В статье авторы описывают особенности применения различных протоколов лечения больных с расщелинами верхней губы и неба, включающих костную пластику расщелины альвеолярного отростка, в разных возрастных группах.

Важным этапом хирургического лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба является костная пластика расщелины альвеолярного отростка, которая в настоящее время прочно вошла в алгоритм медицинской реабилитации больных с врожденными расщелинами губы и неба. Оптимальным возрастом для проведения костной пластики расщелины альвеолярного отростка большинством отечественных и зарубежных специалистов выбран возраст 8 – 9 лет. Необходимым условием для осуществления этого вида операции является завершенность этапа ортодонтического лечения. Однако в силу разных причин к сроку, определенному как оптимальный возраст для проведения данного вида хирургического вмешательства, ребенок оказывается неподготовленным для стандартной операции. Следует отметить, что даже после проведения костной пластики расщелины альвеолярного отростка в возрасте





8-9 лет не всегда образуется репаративный регенерат по объему достаточный для осуществления рационального протезирования. Это позволило включить в алгоритм лечения такие хирургические



вмешательства, как отсроченная и повторная костная пластика расщелины альвеолярного отростка и пластика передней стенки грушевидного отверстия.

Цель: Выработать показания к применению различных протоколов лечения больных с расщелинами верхней губы и неба, включающих костную пластику расщелины альвеолярного отростка.

Материалы и методы: С 1996 по 2010 год проведено 394 операции по реконструкции альвеолярного отростка у больных с различными формами врожденной расщелины верхней губы, альвеолярного отростка, неба в возрасте от 6 до 18 лет. Оперированные больные разделены на 4 группы: 1 группа – костная пластика расщелины альвеолярного отростка по стандартному алгоритму проведена – 335, 2 группа – отсроченная костная пластика расщелины альвеолярного отростка (старше 10 лет) – 37, 3 группа – повторная костная пластика (старше 16 лет) – 10, 4 группа – различные виды гнатических операций с одномоментной костной пластикой (старше 16 лет) – 12. Всем больным в до и послеоперационном периоде проводилось комплексное обследование. Результаты лечения оценивали на основании клинических данных (форма и высота верхнего свода преддверия полости рта, форма вновь сформированного гребня альвеолярного отростка, наличие остаточных дефектов в области расщелины альвеолярного отростка с вестибулярной и нёбной сторон), результатов рентгенологического обследования (ортопантограмм, контактных рентгенограмм, панорамных рентгенограмм, вприкус, дентальной компьютерной томографии, мультиспиральной компьютерной



томографии). Использование новых цифровых технологий при рентгенологическом обследовании больных с расщелиной альвеолярного отростка позволяет максимально объективно оценить размеры дефекта альвеолярного отростка в дооперационном периоде с целью выбора рационального метода хирургического вмешательства. В послеоперационном периоде позволяет объективно оценить качественные и количественные показатели образовавшегося репаративного регенерата.

Результаты комплексного исследования в послеоперационном периоде показывают, что лучшие результаты хирургического вмешательства получены у больных с завершённым ортодонтическим лечением (Рис. 1, Рис. 2, Рис. 3, Рис. 4).

Выводы: Выбор протокола лечения зависит от возраста больного, формы расщелины, от ортодонтического статуса пациента.



Рис 1. Внутриротовая рентгенография верхней челюсти вприкус пациента П., 17лет, 1месяц после костной пластики расщелины альвеолярного отростка монокортикальным аутотрансплантатом из подбородка.

Рис 2. Цифровая объемная томография пациента А., 16лет, 6мес после костной пластики расщелины альвеолярного отростка монокортикальным аутотрансплантатом из гребня подвздошной кости.

Рис 3. Мультиспиральная компьютерная томография пациента Д., 17лет, 6 месяцев после костной пластики расщелины альвеолярного отростка монокортикальным аутотрансплантатом из гребня подвздошной кости.

Рис 4. Мультиспиральная компьютерная томография пациента П., 17лет, 1месяц после костной пластики расщелины альвеолярного отростка монокортикальным аутотрансплантатом из подбородка.

#### **PROPOSED CLINICAL USE OF VARIOUS TREATMENT REGIMENS FOR PATIENTS WITH CLEFT LIP AND PALATE, INCLUDING OSTEOPLASTY OF THE CLEFT ALVEOLAR BONE.**

*Borovitskaya N.N., Topolnicky O.Z., Vasilev U.A., Pershina M.A., Shonicheva U.A., Fedotov R.N.*

Keywords: alveolar bone grafting, cleft lip and palate, dental development, dental occlusion, orthodontic treatment, osteoplasty of the cleft alveolar bone.

Abstract: The purpose of this article is to illustrate author's approach in carrying out the bone grafting. As a result of this approach authors carry out the bone grafting in different ages depending on form of the cleft, and extent of the orthodontic status.

Objective: To elaborate clinical use of various treatment protocols for patients with cleft lips and palates, including osteoplasty of the cleft alveolar bone.

Methods: 394 alveolar bone repairs were carried out on patients from 6 to 18 years old with various forms of cleft lips, cleft alveolar bones, and cleft palates were performed in 1996-2010. The operated patients were divided into 4 groups. Group 1: osteoplasty of the cleft alveolar bone performed under a standard algorithm – 335, group 2: delayed osteoplasty of the cleft alveolar bone (above 10 years of age) – 37, group 3: repeated osteoplasty (above 16 years of age) – 10, group 4: various kinds of orthognathic surgery with single-step osteoplasty (above 16 years of age) – 12. All patients were subjected to preoperative and postoperative check-ups.

The postoperative check-up results showed that the best surgery results were obtained on patients with the completed pre-operative orthodontic treatment (Fig.1, Fig. 2, Fig. 3, Fig. 4).

Conclusions. The choice of the treatment regimen depends on the patient's age, form of the cleft, and the pre-operative orthodontic status.

