

Страна по заслугам оценила многоплановый труд Владимира Ильича, присвоив ему звания «Заслуженный врач Кубани», «Почетный гражданин г. Краснодара», «Ветеран труда».

Коллеги, ординаторы, студенты любят и ценят Вас. Сердечно поздравляем нашего доброго учителя, друга, внимательного врача, высококвалифицированного ученого и педагога. От всей души желаем крепкого здоровья, счастья, радости, семейного благополучия, больших творческих успехов в таком нелегком и очень важном деле – создавать пациентам красивые улыбки.

Коллектив кафедры совместно со стоматологами всей России искренне говорит: «Всего Вам доброго, уважаемый Владимир Ильич!».

E. O. LUBOMIRSKAJA, A. F. VERAPATVELYAN

ANNIVERSARY. VLADIMIR ILICH SHULZHENKO – IS 65

About 37 years Shulzhenko Vladimir Ilich devote to surgical treatment of children with cleft lip and palate. He is the head of the department of children's stomatology, orthodontik and dental plastic surgery for 17 years. He is the president of the charitable organization for invalid children with birth face defects for 14 years. He has more than 150 scientific works, 15 patents and certificates, he has operate on more than 1000 patients.

**В. И. ШУЛЬЖЕНКО, И. В. АФАНАСЬЕВ, А. Ф. ВЕРАПАТВЕЛЯН,
С. С. ГУЩИНА, Э. Ф. АФАНАСЬЕВА**

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ СКВОЗНЫМ НЕСРАЩЕНИЕМ ГУБЫ И НЕБА НА ФОНЕ ПОЗДНЕЙ АУТООСТЕОПЛАСТИКИ

Кафедра детской стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии КГМУ

Конечной целью комплексной реабилитации детей со сквозным несращением губы и неба (СНГН) является достижение морфофункционально-эстетического оптимума и социальной адаптации. Рациональное протезирование пациентов с СНГН является завершающим этапом в комплексной реабилитации.

Окончательное протезирование детей с СНГН проводится в возрасте 16–18 лет. Это возраст, приближающийся к завершению роста лицевого черепа (22 года) и наиболее активной социальной адаптации. Необходимо учитывать, что эти пациенты находятся на диспансерном учете с самого рождения. После проведения ряда хирургических вмешательств, ортодонтического лечения пациенты устают от лечебных манипуляций, но им хочется иметь красивую внешность и улыбку. Съёмная пластинка с искусственными зубами в области отсутствующих боковых резцов и проволочными кламперами не отвечает эстетическим требованиям пациентов [3].

Цель – добиться хорошего функционального и эстетического результата при протезировании детей с СНГН.

Задачи – создать целостный зубной ряд и сохранить результаты ортодонтического лечения.

Методы исследования: клиническое наблюдение, рентгенологические – определение степени дефекта альвеолярного отростка по классификации Б. Н. Давыдова до и после предоперационной ортодонтической подготовки, степени репаративно-регенеративных процессов после аутоостеопластики по классификации О. Bergland и соавт., 1986 г., на ортопантомограммах, измерение плотности костной ткани в области дефекта на компьютерных томограммах (КТ).

На наш взгляд, для лучшего эстетического результата при протезировании детей с односторонним и двусторонним сквозным несращением губы и неба (ОСНГН и ДСНГН) необходимо проведение остеопластики дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти аутоотрансплантатом из гребешка подвздошной кости. Это позволяет при протезировании применить несъемные зубные протезы у детей с ОСНГН

и съемные бюгельные протезы у детей с ДСНГН [1].

Исследование компьютерных томограмм перед поздней остеопластикой дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти показало, что костной ткани вокруг корней опорных зубов, граничащих с дефектом, недостаточно. Также глубина и форма самого дефекта не позволяют рассчитывать на положительный результат протезирования. Через 18 месяцев после аутоостеопластики при исследовании результатов КТ в области дефекта альвеолярного отростка четко определяется формирование костного мостика на ширину дефекта, плотность которого составляет от 280 до 450 ED. Н. Через 2 года плотность достигает до 450–600 ED. Н. Для сравнения: плотность костной ткани в норме 550–800 ED. Н в зависимости от слоя костной ткани – кортикальная пластинка или губчатая часть кости. Во всех случаях костный мостик располагался на уровне края грушевидной апертуры и середины альвеолярного отростка, связывая между собой фрагменты верхней челюсти.

После поздней аутоостеопластики у 7 пациентов с ОСНГН были применены несъемные металлокерамические конструкции, и у 2 пациентов с ДСНГН – съемные бюгельные протезы с замковой фиксацией [4]. Пациентам с ОСНГН были назначены съемные ретейнеры ночного действия для стабилизации трансверсальных размеров верхней зубоальвеолярной дуги, полученных в результате ортодонтического расширения. Ретейнер представлял собой съемную пластинку с кламперами Адамса на первые моляры [2]. У пациентов с ОСНГН с выраженным плоским небом мы предпочитаем применять бюгельное протезирование, поскольку процент рецидивов у таких пациентов выше, чем у пациентов с высоким сводом неба. Пациентам с ДСНГН это не понадобилось, т. к. бюгельный протез являлся одновременно и ретейнером.

В первой группе детей с ОСНГН были отмечены высокие эстетические показатели, моральная удовлетворенность, относительное удобство в пользовании протезом и ретейнером, хотя у одного пациента был отмечен рецидив – сужение верхней зубной дуги, т. к.

он не пользовался ночным ретейнером. Также отмечалось наличие контактного гингивита в области границ протеза у пациентов данной группы.

У детей во второй группе с ДСНГН были отмечены высокие эстетические показатели, удобство в пользовании, надежность, отсутствие контактного гингивита и рецидивов, которые возникают при применении пластинчатого протеза. Единственным ограничением использования таких протезов может служить их относительно высокая стоимость.

Вывод: бюгельное протезирование пациентов с ДСНГН на фоне поздней остеопластики дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти является наиболее приемлемым методом рационального протезирования этих детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верапатвелян А. Ф., Шульженко В. И., Гушина С. С. Протезирование детей со сквозными несращениями губы и неба в их комплексной реабилитации // Организация управления и экономики и бухгалтерский учет в стоматологии. М., Краснодар, 2005. С. 186–191.
2. Ильина-Маркосян Л. В. Ортодонтия и зубное протезирование в детском возрасте // Справочник по стоматологии, 2-е изд. М.: Медицина, 1977. С. 381–454.
3. Хорошилкина Ф. Я., Гранчук Г. Н., Постолаки И. И. Ортодонтическое и ортопедическое лечение аномалий прикуса, обусловленных врожденным несращением в челюстно-лицевой области. Кишинев, Штинца, 1989. С. 143.

**В. И. ШУЛЬЖЕНКО, А. Ф. ВЕРАПАТВЕЛЯН, Е. А. ПЛЕЧОВА,
Ю. И. ГНУЧЕВСКАЯ, Ю. А. ВАСИЛЬЕВ**

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ЛИЦА У ДЕТЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Кафедра детской стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии КГМУ

В предыдущие годы органы здравоохранения и мы уделяли основное внимание лечению и реабилитации детей с несращениями губы и неба и мало – вопросам распространенности этой патологии в Краснодарском крае. Со студентами элективных курсов мы начали работу в этом направлении и уже сейчас имеем некоторые интересные результаты.

Цель работы – составить целостную картину по врожденной патологии лица в Краснодарском крае и Республике Адыгея.

Задачи – изучить:

- показатели распространенности клинико-анатомических форм врожденного несращения губы и неба (ВНГН);
- частоту рождения детей с несращениями в динамике за 20 лет (1985–2004 гг.);
- сопряженность антропогенной нагрузки на окружающую среду с частотой случаев патологии.

Исследование проводилось на основе архивных материалов Краснодарского диспансерного центра при краевой клинической детской больнице и краевой стоматологической поликлинике. Изучено более полутора тысяч диспансерных карт детей с врожденной патологией лица, родившихся в период 1985–2004 гг. в Краснодарском крае и Республике Адыгея.

Выявлено преобладание среди пациентов детей мужского пола – 54%. По частоте встречаемости первое место занимает изолированное несращение неба – 39%. Второе – сочетание патологии губы и неба – 38%, и третье место – патология губы – 23%. При сквозных

4. Хенинг В. Современные технологии протезирования. Германия, 2004. С. 356.

**V. I. SHULJENKO, I. V. AFANASIEV,
A. F. VERAPATVELYAN,
S. S. GUSHINA, E. F. AFANASIEVA**

MAKING PROSTHETIC APPLIANCE FOR CHILDREN WITH CLEFT OF LIP AND PALATE AFTER LATE OSTEOPLASTIK

Department of children stomatology, ortodontik and dental plastic surgery Prosthetic, cleft lip and palate.

This work about different ways of making prosthetic appliance for children with unilateral and bilateral complete cleft of lip and palate after late osteoplastik, we com to conclusion that.

The use of removable partial dentures with nichel-chrome base for patients with unilateral and bilateral complete cleft of lip and palate after late osteoplastik proves to be more effective as a finish stage compare to the rest of the methods removable partial dentures with plastic base.

несращениях верхней губы и неба чаще встречаются односторонние поражения, в 77,4% из которых преобладают левосторонние – 46%. Двустороннее несращение наблюдалось в 22,6% случаев.

У девочек несращение неба встречается несколько чаще, чем у мальчиков (1,5:1); однако несращение губы преобладает у лиц мужского пола (1,2:1). Сочетание несращений губы и неба более характерно для мальчиков (1,2:1). Эти результаты соответствуют общероссийским данным, представленным С. В. Беляковой [1].

При изучении относительных показателей частоты рождения детей с патологией установлена следующая динамика: с 1985 по 1990 г. наблюдается увеличение частоты несращений с 92 до 143 на 100 000 новорожденных. В 1991, 1992 гг. – резкое снижение до 90, далее рост, в 1999 г. показатель равен 160. В 2000 г. происходит снижение до 105, затем незначительный рост и убыль в 2004 году.

Динамика появления различных форм патологии носит однообразный характер, но в последние 5 лет возникновение несращения неба и сочетание несращений губы и неба идет на убыль, а показатель несращения губы остается стабильным.

Анализируя частоту рождения детей с этой аномалией на территории Краснодарского края, мы разделили районы и крупные города на 3 группы: с наиболее высокими показателями – более 3 случаев на 10 000 населения; от 2 до 3; третья группа – менее 2. На основе этих результатов составлена электронная картограмма.