



Рис. 3 Експресія CD68<sup>+</sup> (1А, 1Б, 3) та CD163<sup>+</sup> (2А, 2Б) макрофагів у власній пластинці слизової оболонки ротової порожнини, забарвлення гематоксилін, зб. x400.

CD68<sup>+</sup> клітини (стрілки) над вестибулярно ретенуваним 13, Пацієнт Б., 15 р. амбулаторна карта №5 (А), та піднебінно ретенуваним 13, Пацієнт З., 14 р. амбулаторна карта №16 (Б).



## УСУНЕННЯ ДЕФЕКТУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ПАРОСТКА ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМ ОДНОСТОРОННІМ НЕЗРОЩЕННЯМ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ І ПІДНЕБІННЯ

Доленко О.Б., Лохматова Н.М, Коротич Н.М.

*Полтавський державний медичний університет, м. Полтава*

**Вступ.** З метою усунення деформації верхньої щелепи, пов'язаної з наявністю вродженого незрощення її фрагментів, застосовується безліч класичних методик оперативних втручань та їх модифікацій.

**Актуальність.** Для пластики кісткового дефекту безпосередньо в ділянці альвеолярного паростка найчастіше використовуються алогенні та аутоотрансплантати. Найбільш поширеною серед них є ліофілізована кісткова тканина, яка дозволяє сформувати із неї необхідний розмір і форму, наближену

до певної клінічної ситуації та вираженості деформації, яка має місце в тому чи іншому випадку. Проте, як свідчать дані, наведені в літературних джерелах, не завжди вдається компенсувати дефекти кістки та ефективно усунути їх і, відповідно, зменшити деформацію хрящового відділу носа та западання його крила.

**Мета роботи** - покращити результативність пластики дефекту альвеолярного паростка за рахунок застосування ліофілізованої кістки.

На базі хірургічного відділення дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави, яка є базовим закладом кафедри дитячої хірургічної стоматології Української медичної стоматологічної академії, виконано 7 оперативних втручань з приводу наявності дефекту кісткової тканини у фронтальній ділянці верхньої щелепи, який залишився після проведення односторонньої хейлопластики і радикальної ураностафілопластики.

**Матеріали і методи.** Для реалізації поставленої мети використовували антропометричні показники, дані променевих методів обстеження (перевагу надавали КТ), вивчали моделі щелеп і їх співвідношення.

**Результати.** При створенні ложа для кістки в м'яких тканинах спочатку проводили Z пластику слизово-окісних клаптів із роздвоєнням їх на вестибулярну і внутрішню поверхні. Після їх від'єднання від кістки моделювали трансплантат, який досить гармонійно заповнював анатомічний дефект і максимально був наближений до реальної ситуації. При цьому враховувалася ступінь недорозвинення хрящів носа, їх запалість, конфігурацію та розміри самого дефекту. Після реконструкції і примірки фрагменту ліофілізованої кістки її розміщували у заготовлене ложе та зшивали клапті з таким розрахунком, щоб трансплантована кістка була повністю ізольована від впливу зовнішнього середовища.

У 5 хворих було досягнуто гарних контурних анатомічних результатів, проте у 2 відбулося розходження швів, що викликало необхідність видалення оголеного трансплантату. Це ускладнення було обумовлене технічними порушеннями, які мали місце під час проведення оперативного втручання і стосувалися вони безпосередньо якості слизово-окісних клаптів та ступеня їх натягу.

**Висновки.** Таким чином, різноманітність деформацій альвеолярного паростка, які формуються після усунення вродженої однобічної наскрізної розщілини верхньої губи та піднебіння, супроводжуються анатомічними, функціональними і естетичними порушеннями, що потребує їх усунення. Проведення кісткової пластики дефекту альвеолярного паростка являється одним із оптимальних варіантів хірургічного лікування цього недоліку на етапах медичної реабілітації і створює сприятливі умови для ортодонтичного лікування, забезпечує добрий косметичний результат як у найближчі, так і у віддалені терміни спостереження.

**Ключові слова:** діти, незрощення верхньої губи та піднебіння, ліофілізована кістка, пластика.