

DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2025-2-43>

УДК 616.317.1+616.315]-007.254-053.1-089.23-76-036(045)

*Олійник М. Ю., Олійник Г. В., Гула А. М.**Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна*

# Ортопедична реабілітація дорослих пацієнтів із вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння комбінованими ортопедичними конструкціями

## (клінічне спостереження)

**Актуальність.** Хворі з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння потребують довготривалої стоматологічної допомоги із залученням багатьох спеціалістів, а завершенням лікування вважається їх протетична реабілітація. Після кваліфіковано наданої допомоги хірургом, ортодонтом, логопедом та іншими спеціалістами завершенням лікування займається стоматолог-ортопед. Вважаємо, що першим етапом ортопедичного лікування є виготовлення тимчасової ортопедичної конструкції, яку в подальшому замінюють досконалішою незнімною або комбінованою конструкцією.

**Мета:** провести клінічне спостереження ортопедичної реабілітації хворої із вродженим незрощенням верхньої губи і піднебіння після операційних втручань.

**Матеріал і методи.** Застосовано стоматологічні клінічні та рентгенологічні методи обстеження, а також фотодокументування.

**Висновки.** Наведене клінічне спостереження засвідчує високу ймовірність реабілітації хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння ортопедичними методами шляхом виготовлення комбінованих ортопедичних конструкцій для оклюзійно-функціональної та остаточної їх реабілітації як один зі шляхів підвищення якості життя таких хворих.

**Ключові слова:** *вроджені незрощення верхньої губи і піднебіння, щелепно-лицеві аномалії, дефекти і деформації зубощелепної системи, ортопедична реабілітація дорослих хворих.*

Стаття опублікована на умовах відкритого доступу за ліцензією CC BY-NC  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.uk>



## Вступ

Вроджені незрощення верхньої губи і піднебіння (ВНВГП) є найпоширенішою вродженою вадою розвитку серед усіх вроджених щелепно-лицевих аномалій [1]. За даними ВООЗ (2006), частота народження таких дітей у світі становить від 1 : 800 до 1 : 2000 новонароджених [2, 3]. В Україні ці показники наближаються до середньоєвропейських і досягають 1 : 650 [4, 5].

Хворі з ВНВГП від народження і до досягнення 18–20-річного віку потребують довготривалої стоматологічної реабілітації [6]. Медична реабілітація таких пацієнтів передбачає проведення комплексних (хірургічних, ортодонтичних, ортопедичних) заходів, що визначаються не

лише основним захворюванням, а й залежать від індивідуальних і вікових особливостей організму. Після кваліфіковано наданої допомоги хірургом, ортодонтом, логопедом та іншими спеціалістами у багатьох випадках завершенням лікування займається стоматолог-ортопед [7–11]. Дефекти і деформації зубощелепної системи, що виникають, спричиняють у дорослих морфологічні та функціональні порушення зубощелепної системи, зокрема складні аномалії прикусу, зубних рядів та положення окремих зубів, а також звуження та вкорочення зубного ряду верхньої щелепи, що призводить до формування несправжньої прогнії та перехресного прикусу [12, 13].

У старшому віці (19–30 років) до деформації верхньої щелепи приєднується значна втрата

зубів і, як наслідок, ускладнення каріозного процесу. Виявлені особливості формування деформацій верхньої щелепи у хворих із ВНВГП мають бути враховані під час надання їм ортопедичної допомоги та вибору відповідної ортопедичної конструкції [14].

Вважаємо, що першим етапом ортопедичної реабілітації хворих із ВНВГП є виготовлення попередньої тимчасової ортопедичної конструкції, яка у майбутньому може бути замінена досконалішою незнімною чи комбінованою конструкцією.

**Мета:** провести клінічне спостереження ортопедичної реабілітації хворої з ВНВГП після операційних втручань.

### Матеріал і методи

Використано стоматологічні клінічні (для визначення скарг, анамнезу і стану зубощелепної системи) та рентгенологічні (для візуалізації зубощелепного комплексу хворих) методи обстеження, а також фотодокументування.

### Результати

Наводимо клінічне спостереження ортопедичної реабілітації.

Хвора Л. М. Д., 1984 р. н., у віці 19 років звернулася на кафедру ортопедичної стоматології зі скаргами на естетичний дефект, відсутність зубів у фронтальній та бічних ділянках, погане пережовування їжі. Після огляду був поставлений діагноз — дефект зубного ряду I класу за Кеннеді на верхній щелепі та III класу за Кеннеді на нижній щелепі. Такий стан після хейло- та ура-нопластики, яку, зі слів хворої, проводили у 4 і 6 років відповідно.

Об'єктивно: післяопераційний рубець на верхній губі справа. У ділянці незрощення альвеолярного відростка відсутні зуби 12 і 11; наявність залишкового дефекту на піднебінні, який з'єднує ротіву і носову порожнини, відсутність зубів 15 і 16. За рентгенограмою зуб 17 не прорізався, корінь зуба 16 не видалений. Вестибулярно перед зубом 13 розміщений молочний 53; 21 і 26 значно зруйновані з периапікальними змінами. Скупченість зубів на верхній щелепі (зуб 23 розташований вестибулярно, 22 і 25 — орально). На нижній щелепі відсутні зуби 36, 45, 46; уражені каріозним процесом зуби 32, 31, 41, 42. Усі зуби на нижній щелепі розміщені з оральним нахилом. Прикус — несправжня прогенія з сагітальною щільною завбільшки 2 мм.

Після детального огляду складено план лікування: хірургічне — видалення 53, 21 і 26 зубів з хронічним періодонтитом, які не підлягають

лікуванню; видалення кореня зуба 16; терапевтичне лікування уражених зубів; професійна гігієна порожнини рота.

Після санації порожнини рота проведено ортодонтичне лікування з метою стимуляції прорізування зуба 17, розширення верхньої щелепи та вестибулярного переміщення зубів 13 і 22. Виготовлено ортодонтичну пластинку з двома розширювальними ортодонтичними замками, омегаподібними штовхачами під зуби 13 і 22 та утримувальними кламерами. Протягом лікування у зв'язку зі зміною ситуації виготовлено дві пластинки. Тривалість ортодонтичного лікування становила 1 рік і 4 місяці. За цей період верхня щелепа розширилася більш як на 12 мм. Зуби верхнього зубного ряду доведені до контакту з нижнім у бічних ділянках. У фронтальній ділянці цього досягти не вдалося через невідповідність розмірів верхньої і нижньої щелеп та сплюснення верхньої щелепи у фронтальній ділянці. Поза тим вестибулярне переміщення зубів 13 і 22 дало можливість сформувати правильнішу конфігурацію верхнього зубного ряду. Зуб 17 під дією постійного навантаження пластинкою почав прорізуватися вестибулярним горбом.

На час закінчення ортодонтичного лікування постійне протезування незнімною ортопедичною шинувальною конструкцією, що включила б усі зуби верхньої щелепи, відновила цілісність верхнього зубного ряду та закріпила результати ортодонтичного лікування, ще зарано було проводити через неповне прорізування 17 зуба, який мав би стати повноцінною дистальною опорою.

З урахуванням усіх чинників вирішили виготовити тимчасовий частковий пластинковий протез на верхню щелепу з об'ємно модельованим базисом у фронтальній ділянці та, особливо, у ділянці незрощення, де відсутня кісткова тканина альвеолярного відростка і є залишковий післяопераційний дефект (рис. 1).

Виготовлений за такою конструкцією протез своєю поверхнею закрити залишковий післяопераційний дефект, товщею пластмаси заповнив відсутню частину альвеолярного відростка, перекрити базисом зуби 13 і 22 майже повністю, крім їх ріжучих частин. Штучні зуби виставлено в ортогнатичний прикус, що дало можливість отримати правильне перекриття у фронтальній частині зубного ряду, виповнити запалу верхню губу і отримати задовільний естетичний результат. Майже повне перекриття власних фронтальних зубів та велика площа дотикання протеза до бічних зубів зліва, включення дефекту в ділянці 16 і кламерна фіксація гнутими кламерами забезпечили ідеальну стабілізацію протеза. Зовнішній вигляд молодої



Рис. 1. Хвора Л. М. Д. у віці 19 років: а, б, в — стан зубощелепної системи до лікування; з — панорамна рентгенограма; г — ортодонтична пластинка в інтраоральному дзеркалі; д — стан зубощелепної системи після ортодонтичного лікування; е — зовнішній вигляд пацієнтки до лікування у фас; є — вигляд ротової порожнини в інтраоральному дзеркалі після закінчення лікування; ж — зовнішній вигляд пацієнтки після лікування у фас; з — зовнішній вигляд пацієнтки до лікування у профіль; и — зовнішній вигляд пацієнтки після лікування у профіль

дівчини кардинально покращився, вона повністю задоволена виконаною роботою.

Пацієнтці рекомендовано користуватися ортопедичною конструкцією як ретенційною та функціональною доки повністю не проріжеться зуб 17. За потреби з'являться для корекції протеза у ділянці зуба 17 у процесі його прорізування. Ретельно слідкувати за гігієною ротової порожнини та замінити у майбутньому цей пластинковий протез досконалішою незнімною чи комбінованою конструкцією.

У віці 33 років хвора повторно звернулася на кафедру ортопедичної стоматології зі скаргами на значні дефекти коронкових частин зубів 17 та 22, біль у зубі 27. Їй запропоновано замінити тимчасовий частковий пластинковий протез, яким вона користувалась увесь цей час, на досконалішу конструкцію. У подальшому проведено терапевтичне лікування, що полягало у девіталізації зубів 14, 13, 23, 25, 27 та повторному ендодонтичному лікуванні зубів 17 та 22. Виготовлено коронково-короневі вкладки на зуби

17 та 22, після чого, з особистих причин, хвора припинила лікування.

У віці 39 років хвора знову звернулася на кафедру ортопедичної стоматології зі скаргами на погану фіксацію і балансування знімного протеза у ротовій порожнині, а також значні дефекти коронкових частин зубів 14, 13, 23, 25, 27, 47, біль у зубах 28 і 38, погане пережовування їжі. Вона виявила бажання замінити тимчасовий частковий пластинковий протез на досконалішу конструкцію.

Був складений план комплексного лікування. Терапевтичне лікування полягало у девіталізації зуба 28 та повторному ендодонтичному лікуванні зубів 14, 13, 23, 25, 27, 47. Виготовлено коронково-короневі вкладки на зуби 14, 13, 23, 25, 27, 47.

З урахуванням отриманих об'єктивних даних вибір плану надання ортопедичної допомоги хворій обумовлений клінічною ситуацією на верхній та нижній щелепах. Після аналізу діагностичних моделей ортопедичне лікування вирішено провести комбінованою металокерамічною ортопедичною конструкцією, що складається з незнімної шинувальної мостоподібної конструкції з опорою на зуби 17, 14, 13, 22, 23, 25, 27 і умовно знімної конструкції обтуратора з балковою фіксацією і замком Snap E (Bredent) та об'ємним моделюванням базису у фронтальній ділянці для нівелювання невідповідності між верхньою та нижньою щелепами за сагітальною, створення прийнятних оклюзійних співвідношень, заміщення дефекту верхнього зубного ряду і альвеолярного відростка для досягнення різцевого перекриття та виконання запалої верхньої губи.

Опорні зуби верхньої щелепи покрито коронками та об'єднано балкою, яка, розміщуючись у ділянці дефекту зубного ряду та незрощення,

об'єднує два фрагменти верхньої щелепи в єдине ціле, простягається від 13 до 22 зуба.

На нижню щелепу виготовлено металокерамічну коронку на зуб 38, шинувальну конструкцію з опорою на зуби 34, 35 та шинувальну мостоподібну конструкцію з опорою на зуби 44, 47.

Встановлені ортопедичні конструкції дали можливість розширити зубну дугу верхньої щелепи майже на 8 мм, особливо у ділянці незрощення; надати їй правильної форми; об'ємним моделюванням базису рожевою керамікою виповнити дефект кісткової тканини у ділянці альвеолярного відростка та присінку рота. Виконання верхньої губи такою конструкцією приховало западання губи і змінило зовнішній вигляд пацієнтки, забезпечивши позитивний естетичний ефект не лише під час посмішки, а й у фас і профіль (рис. 2).

Таким чином, цей вид протезів дав змогу адекватно реабілітувати пацієнтку на естетичному та функціональному рівнях. Пацієнтці рекомендовано звернутися до пластичного хірурга, оскільки завершене ортопедичне лікування слугуватиме основою для майбутніх пластичних операцій, спрямованих на корекцію форми носа та губи.

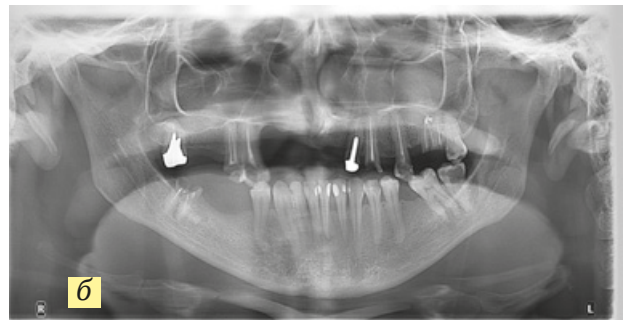
## Висновки

Ортопедична реабілітація постійними комбінованими конструкціями зубних протезів забезпечує повне відновлення оклюзійних контактів зубних рядів та можливість функціонування оклюзійної системи з відтворенням анатомічного балансу між верхньою і нижньою щелепами.

Отже, такий комплексний підхід, що поєднує можливості функціональної та естетичної реабілітації хворих із ВНВГП після операційних втручань методами ортопедичної реабілітації, є, на нашу думку, функціональним і перспективним.

## ПОСИЛАННЯ / REFERENCES

- Jain, P., Sharma, R., Yadav, L., Kaur, S., Juneja, C., Sharma, D. (2025). Cleft lip and palate: A literature review and recent advances in management. *Int. J. Paediatr. Geriatr.*, 8(1), 5–10. DOI: <https://doi.org/10.33545/26643685.2025.v8.i1a.254>.
- Mahboubi, H., Truong, A., Pham, N. S. (2015). Prevalence, demographics, and complications of cleft palate surgery. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, 79(6), 803–807. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2015.02.032>.
- Mossey, P. A., Little, J., Munger, R. G., Dixon, M. J., Shaw, W. C. (2009). Cleft lip and palate. *Lancet*, 374(9703), 1773–1785. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60695-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60695-4).
- Leshnevskyy, O. B., Kuzyk, A. S., Romanyshyn, B. S., Sheremet, M. R., Agir, H. (2024). Clinical case report: late correction of cleft palate in an 11-year-old boy with bilateral cleft lip and palate. *Paediatr. Surg. Ukraine*, 1(82), 100–104. DOI: <https://doi.org/10.15574/PS.2024.82.100>.
- Vyshpinsky I. M. (2014). Comparative characteristics of surgical treatment methods for cleft lip and palate in children of different ages. *Pediatric Surgery*, 3–4, 26–34. [ Вишпінський І. М. (2014). Порівняльна характеристика методів хірургічного лікування незрощень верхньої губи та піднебіння в дітей різного віку. *Хірургія дитячого віку*, 3–4, 26–34. ]. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Khdv\\_2014\\_3-4\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Khdv_2014_3-4_7).
- Davies, J. M., Codispoti, E. E., Harding, S. A., Wren, Y. E., Southby, L. C. (2025). Exploring the needs of young people born with cleft lip and/or palate approaching end of routine care, in the UK. *Cleft Palate Craniofac. J.* Advance online publication. DOI: <https://doi.org/10.1177/10556656241312494>.



**а** — панорамна рентгенограма у віці 33 роки;  
**б** — панорамна рентгенограма у віці 39 років;



**в** — вигляд порожнини рота у процесі лікування

**г** — ортопедичні конструкції в артикуляторі



**д** — комбінована ортопедична конструкція



**е** — металокерамічний протез у порожнині рота



**є** — зовнішній вигляд пацієнтки після лікування

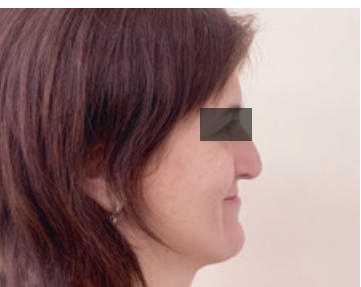
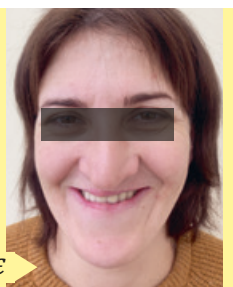


Рис. 2. Хвора Л. М. Д. у віці 39 років

7. de Lima Toyoshima, G. H., da Silva Costa, S. M., Costa, M. S. C., Cota, R. M. E., de Oliveira, T. M., Soares, S., de Almeida, A. L. P. F. (2022). Fixed partial dentures in adult patients with cleft lip and palate and their relationship with the quality of life: A cross-sectional clinical study. *J. Prosthet. Dent.*, 131(4), 598–602. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2022.03.011>.
8. Filonenko, V., Yefymenko, V., Vyshpynskiy, I., Holub, T. (2024). Clinical aspects of orthodontic treatment depending on the results of primary surgical interventions in children with congenital cleft lip and palate. *Journal of Dentistry*, 126(1), 19–26. [ Філоненко, В. В., Єфименко, В. П., Вишпінський, І. М., Голуб, Т. О. (2024). Клінічні аспекти ортодонтичного лікування залежно від результатів первинних хірургічних втручань у дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння. *Вісник стоматології*, 126(1), 19–26. ]. DOI: <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2024-51-1.4>.
9. Filonenko, V. V., Kaniura, O. A., Bidenko, N. V., Yefymenko, V. P., Yakovenko, A. O. (2024). Multidisciplinary approach to the treatment of children with congenital cleft lip and palate in Ukraine. *Medicine today and tomorrow*, 93(1), 75–85. [ Філоненко, В. В., Канюра, О. А., Біденко, Н. В., Єфименко, В. П., Яковенко, А. О. Мультидисциплінарний підхід до лікування дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння в Україні. *Медицина сьогодні і завтра*, 93(1), 75–85. ]. DOI: <https://doi.org/10.35339/msz.2024.93.1.fkb>.
10. Dmytrenko, M., Smahliuk, L., Hurzhii, O., Zenchenko, D., Romanchenko, B. (2024). Innovative approaches in the complex treatment of patients with congenital unilateral through-going clefts of the upper lip and palate. *Kharkiv Dental Journal*, 1(1), 94–103. [ Дмитренко, М., Смаглюк, Л., Гуржій, О., Зенченко, Д., Романченко, Б. (2024). Інноваційні підходи у комплексному лікуванні пацієнтів із вродженими однобічними наскрізними незрощеннями верхньої губи та піднебіння. *Харківський стоматологічний журнал*, 1(1), 94–103. ]. DOI: <https://doi.org/10.26565/3083-5607-2024-1-10>.
11. Halych, L. B., Kuroyedova, V. D., Tsvetkova, N. V., Halych, L. V. (2024). Orthodontic and orthopedic rehabilitation of adult patients with congenital cleft lip and palate (clinical case). *Medicni Perspektivi*, 29(2), 237–245. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.2.307777>.
12. Makieiev, V. F. (2008). Clinic, diagnostics and conceptual foundations of orthopedic measures in the complex treatment of defects and deformations of the dento-maxillary system of patients with non-unions of the upper lip and palate [author's abstract of the dissertation of Doctor of Medical Sciences]. Lviv: Danylo Halytsky Lviv National Medical University [ Макєєв, В. Ф. (2008). Клініка, діагностика та концептуальні основи ортопедичних заходів у комплексному лікуванні дефектів та деформацій зубо-щелепної системи хворих з незрощеннями верхньої губи та піднебіння. Автореф. дис. докт. мед. наук]. Львів: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. ].
13. Makieiev, V. F., Oliinyk, A. Yu. (2017). Orthopedic rehabilitation of patients with congenital clefts of the upper lip and palate with various types of prosthetic structures using our own method of visualizing dentition deformations to assess their severity. *News of Dentistry*, 3, 43–50. [ Макєєв, В. Ф., Олійник, А. Ю. (2017). Ортопедична реабілітація хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння різними видами протезних конструкцій із використанням власної методики візуалізації деформацій зубних рядів для оцінки їх важкості. *Новини стоматології*, 3, 43–50. ]. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ns\\_2017\\_3\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ns_2017_3_11).
14. Makieiev, V. F. (2013). Orthopedic treatment methods for patients with congenital cleft lip and palate. *Kvart.* [ Макєєв, В. Ф. (2013). Ортопедичні методи лікування хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння. *Кварт.* ].

## Orthopedic Rehabilitation of Adults with Congenital Cleft Lip and Palate with Combined Orthopedic Constructs (Clinical Observation)

Oliinyk, M., Oliinyk, H., Hula, A.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

**Relevance.** Patients with congenital cleft lip and palate require long-term dental care involving many specialists, and the completion of treatment is considered to be their prosthetic rehabilitation. After qualified assistance from a surgeon, orthodontist, speech therapist and other specialists, the completion of treatment is carried out by an orthopedic dentist. It is believed that the first stage of orthopedic treatment is manufacturing of a temporary orthopedic structure, which is subsequently replaced by a more advanced fixed or combined structure.

**Aim:** to present a clinical observation of orthopedic rehabilitation of a patient with congenital cleft lip and palate after surgical interventions.

**Material and methods.** Dental clinical and radiological examination methods, as well as photo documentation, were applied.

**Conclusion.** The presented clinical observation demonstrates the high possibility of rehabilitation of patients with congenital cleft lip and palate using orthopedic methods by manufacturing combined orthopedic structures for their occlusal, functional and final rehabilitation, as one of the ways to improve the quality of life of such patients.

**Keywords:** congenital cleft lip and palate, maxillofacial anomalies, defects and deformations of the dentofacial system, orthopedic rehabilitation of adult patients.

**Олійник Маркіян Юрійович** — доктор філософії (Ph. D.), асистент кафедри ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна  
oliynukmark@gmail.com, +38 (063) 968 81 68  
**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-7500-2957>

**Олійник Галина Василівна** — кандидат медичних наук, асистент кафедри ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна  
**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-5397-076X>

**Гула Андрій Миколайович** — зубний технік зуботехнічної лабораторії № 1 Стоматологічного медичного центру Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

*Стаття: надійшла до редакції 02.03.2025 р.; прийнята до друку 10.04.2025 р.*