

Соколовський В. А.¹, Бюркланд К. С.², Корнієнко Л. І.³

¹ Лікар-ортодонт вищої категорії, засновник клініки Flash Smile

² Стоматолог-ортопед клініки Flash Smile

³ Лікар косметолог-дерматолог

Комплексне лікування пацієнта із вродженою аномалією розвитку обличчя в дорослому віці — складнощі та шляхи їх вирішення

▷ **Актуальність проблеми.** Вроджене незрощення верхньої губи та піднебіння посідає друге місце у світі серед усіх вроджених аномалій у новонароджених (за даними ВООЗ, CDC (США) та європейського реєстру EUROCAT). Залежно від регіону, воно проявляється від от одного випадку на 400 до одного випадку на 1500 новонароджених. В середньому в Україні народжується одна дитина з вродженою аномалією розвитку на 650 новонароджених.

Вроджена аномалія розвитку супроводжується первинними (до хірургічних втручань) та вторинними деформаціями (після хірургічних втручань). Первинні деформації формуються внутрішньоутробно і полягають у зміщенні незрощених фрагментів альвеолярного паростка верхньої щелепи та горизонтальних пластинок піднебінної кістки під впливом язика. Вторинні деформації формуються після народження під впливом соски, рубцево деформованої верхньої губи та піднебіння після проведення хірургічних операцій. Здебільшого вони проявляються у вигляді сагітальних, трансверзальних та вертикальних деформацій верхньої щелепи. Їхня вираженість залежить насамперед від методики хірургічних маніпуляцій та кількості рубцево-змінених тканин, які й є першо-причиною вторинних деформацій.

За даними American Association of Orthodontics, перші ознаки постоперативного сагітального зміщення верхнього зубного ряду після хейлопластики проявляються вже через 3 місяці.

Трансверзальна деформація у вигляді звуження верхньої щелепи починає формуватись через 6 місяців після ураностафілопластики, а більш виражені прояви з'являються через 2–4 роки. Вертикальні вторинні аномалії розвиваються більш повільно — на 12–14 місяць після хірургічних втручань.

Інтенсивність вторинних аномалій прикусу залежить насамперед від методик пластичних операцій та віку їх проведення (EUROLEFT, 2001). Найбільш сприятливою є ситуація, коли після оперативних втручань рубцева деформація щелепи відсутня або мінімальна. Але якщо не відстежити та не запобігти її розвитку, можуть виникнути складні проблеми прикусу, які ортодонтичним шляхом вилікувати важко.

Особливою складністю характеризуються сагітальні зміщення в поєднанні з вертикальним зубо-альвеолярним видовженням. Наявність складних деформацій різних ділянок щелепно-лицевої області не дозволяє повністю стандартизувати протокол лікування таких пацієнтів та потребує індивідуального підходу до її вирішення лікарями різних спеціалізацій і застосування найсучасніших технологій.

Мета: оцінка ефективності комплексного підходу в лікуванні вторинних деформацій м'яких та твердих тканин обличчя із застосуванням нестандартних методів та сучасних технологій.

Ключові слова: незрощення піднебіння, рубцева деформація верхньої губи та піднебіння, деформація прикусу, ортодонтичне лікування, нехірургічна корекція деформації верхньої губи, ортопедичне лікування, макет посмішки.





Рис. 1. Пацієнтка М., 27 років.

Матеріали та методи

Пацієнтка М., 27 років, звернулась у клініку Flash Smile зі скаргами на:

- незадовільну естетику посмішки;
- дискомфорт при прийманні їжі;
- асиметрію та рубцеву деформацію верхньої губи;
- відсутність верхнього другого різця зліва та знаходження ікла зліва в піднебінному положенні;
- значне зміщення середньої лінії верхньої щелепи вліво;
- зменшення впевненості в собі та дискомфорт при спілкуванні;
- порушення мови.

В анамнезі — вроджене наскрізне незрощення верхньої губи та піднебіння зліва. Пластика верхньої губи була проведена у віці 4 місяці, ураностафілопластика — у 2 роки. В період від 7 до 17 років проводилось періодичне ортодонтичне лікування змінною та незмінною апаратурою, яке виявилось неефективним.

Після клінічного та рентгенологічного обстеження пацієнтці було поставлено діагноз:

- вторинна рубцева деформація верхньої губи та крила носа зліва;
- вторинна рубцева деформація твердого та м'якого піднебіння;
- кістковий дефект альвеолярного паростка зліва;
- первинна адентія зуба 22;
- піднебінне положення зуба 23 із його повним перекриттям нижніми зубами;
- зміщення середньої лінії верхнього зубного ряду вліво на 5 мм;

- вертикальне зубоальвеолярне видовження зубів 33, 32, 31;
- скупченість нижніх різців;
- ротація зуба 34;
- ретенція зубів 38 й 48.

Комплексний план лікування:

1. ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ЕТАП: санація порожнини рота;

2. ОРТОДОНТИЧНИЙ ЕТАП:

- виведення зуба 23 із піднебінного положення;
- зміщення середньої лінії вправо на 5 мм;
- деротація зуба 34;
- ліквідація зубоальвеолярного видовження зубів 33, 32, 31;
- вирівнювання нижнього зубного ряду;
- встановлення ретейнерів.

3. ОРТОПЕДИЧНИЙ ЕТАП:

- сканування зубних рядів;
- вибір ортопедичної конструкції;
- виготовлення макету посмішки та його примірка;
- препарування опорних зубів та встановлення тимчасової конструкції;
- заміна тимчасової конструкції на постійну.

4. КОСМЕТОЛОГІЧНИЙ ЕТАП: нехірургічна корекція деформації верхньої губи зліва філером на основі гіалуронової кислоти;

5. ХІРУРГІЧНИЙ ЕТАП: видалення ретендованих зубів 38 й 48.

Терапевтичний етап тривав тиждень та полягав у гігієнічній чистці абразивною сумішшю EZMEIX BP CC-05 та лікуванні каріозних зубів матеріалами Estelite Asteria (фірма GC).

Ортодонтичний етап тривав 15 місяців. Для лікування було використано металеву брекет-



Рис. 2. Рентгенологічне обстеження пацієнтки.

систему EvenDent, паз 0.22, в поєднанні з оклюзійними накладками зуби на 16 та 26 для роз'єднання прикусу.

Особливою складністю відзначалось виведення зуба 23 зі зворотнього перекриття. Традиційні методики, які полягали у використанні оклюзійних накладок у поєднанні із вигинами 1-го класу, ефекту не дали. На нашу думку, це сталося внаслідок недостатньої сили, яку розвивають дуги, для корпусного переміщення ікла. Цей етап тривав 6 місяців без суттєвих позитивних результатів.

З огляду на те, що виведення ікла було стратегічно важливим для подальшого лікування, ми застосували інноваційний метод використання незнімної похилої площини із фотополімеру, сформованої на зубах 33, 34 та 35. Основною ідеєю методики стало формування супраоклюзії на піднебінній поверхні зуба 23, що створювало додатковий потужний тиск у поєднанні з дугами. Це дало змогу корпусно перемістити ікло без виходу кореня за межі кортикальної пластинки.

Така методика дала свій результат вже через місяць, і, після виведення ікла зі зворотнього перекриття, похила площина була зішліфована.

Зміщення середньої лінії верхнього зубного ряду вліво було виправлено завдяки використанню відкривальних пружин із NiTi сплаву та міжзубної сепарації. Цей етап тривав 25 днів.

Зубоальвеолярне видовження зубів 33, 32, 31 ліквідували шляхом фіксації брекетів ближче до ріжучого краю та застосуванні вертикальних вигинів на сталевих дугах 0.16" та 0.18". Цей етап тривав орієнтовно 30 діб. Деротація зуба 34 та вирівнювання нижніх фронтальних зубів тривала 1,5 місяці, після чого було встановлено незнімний ретейнер на нижні фронтальні зуби.

Ортопедичний етап зайняв приблизно місяць та полягав у виготовленні мостоподібного протезу з діоксиду цирконію в повну анатомію з 3D-розмальовуванням. Для досягнення оптимально прогнозованого результату попередньо виготовили та приміряли макет майбутньої посмішки. Найбільша складність на цьому етапі



Рис. 3. Обстеження та планування лікування пацієнтки.



Рис. 4. Поетапне лікування пацієнтки.



Рис. 5. Переміщення ікла без виходу кореня за межі кортикальної пластинки.



Рис. 6. Етап зміщення середньої лінії верхнього зубного ряду вліво.



Рис. 7. Макетування та виготовлення мостоподібного протезу.



Рис. 8. Корекція червоної облямівки верхньої губи.



Рис. 9. Пацієнтка М., 27 років, після комплексного лікування.

була у відтворенні середньої лінії верхньої щелепи відповідно нижній. Ця проблема була вирішена шляхом більшої за об'ємом сепарації медіального краю зуба 11 під мікроскопом.

Після закінчення ортопедичного етапу було виготовлено знімний ретейнер на верхню щелепу для профілактики її звуження.

Косметологічний етап. Специфікою даного етапу стало те, що ми обирали між традиційним хірургічним методом корекції верхньої губи та більш сучасним ін'єкційним методом. Пацієнтка обрала останній варіант з огляду на його переваги: нетравматичність, стабільність результату, відсутність додаткового рубцювання, можливість отримати бажаний ефект одразу після маніпуляції, проведення його під місцевою анестезією. Корекцію червоної облямівки верхньої губи зліва провів лікар-косметолог-дерматолог за допомогою філера Phillex на основі гіалуронової кислоти в об'ємі 1,1 мл. Тривалість процедури склала 30 хвилин.

Хірургічний етап було відтерміновано згідно з побажаннями пацієнтки.

Висновки

1. Незважаючи на дорослий вік, пацієнтці протягом 20 місяців було проведено ефективне комплексне лікування складної деформації щелепно-лицевої ділянки.

2. Естетика посмішки була відновлена повністю, дефект прикусу ліквідовано, відновлено цілісність верхнього зубного ряду, відкориговано деформацію верхньої губи.

3. Пацієнтка зазначає значне покращення якості життя та впевненості в собі.

4. Такий результат за короткий термін ми змогли отримати завдяки використанню нестандартних рішень на ортодонтичному та косметологічному етапах.

Лікування проводилось у приватній стоматологічній клініці Flash Smile, з дотриманням правил та стандартів якості та дотриманням етичних принципів і прав пацієнта.

Comprehensive Management of Secondary Craniofacial Deformities in Adult Patients with Congenital Cleft Lip and Palate: Clinical Challenges and Therapeutic Strategies

Sokolovskiy, V.¹, Burkland, K.², & Kornienko, L.³

¹ Orthodontist of the highest category, owner and chief physician of the Flash Smile clinic, Kyiv, Ukraine

² Orthopedic dentist at Flash Smile clinic

³ Doctor cosmetologist-dermatologist

Relevance of the problem. Congenital non-union of the upper lip and palate ranks second in the world among all congenital anomalies in newborns (according to the WHO, CDC (USA), and the European EUROCAT registry). Depending on the region, it occurs in one case per 400 to 1,500 newborns. In Ukraine, on average, one child is born per 650 newborns.

Congenital developmental anomaly is accompanied by primary (before surgical interventions) and secondary deformations (after their implementation).

Primary deformations are formed in utero and consist of the displacement of unfused fragments of the alveolar process of the upper jaw and horizontal plates of the palatine bone under the influence of the tongue.

Secondary deformities are formed after birth under the influence of the nipple, scar-deformed upper lip, and palate after surgical operations. They primarily manifest as sagittal, transverse, and vertical deformities of the upper jaw. Their severity depends, firstly, on the technique of surgical manipulations and the amount of scarred tissues, which are the root cause of secondary deformities.

According to the AMERICAN ASSOCIATION OF ORTHODONTICS, the first signs of postoperative sagittal displacement of the upper dentition after cheiloplasty appear after 3 months.

Transverse deformation in the form of narrowing of the upper jaw begins to form 6 months after uranostaphyloplasty, and more pronounced manifestations appear after 2–4 years. Vertical secondary anomalies develop more slowly, typically 12–14 months after surgical interventions.

The intensity of secondary malocclusions depends primarily on the techniques of plastic surgery and the age at which they are performed (EUROCLEFT, 2001). The most favorable situation is when, after surgical interventions, cicatricial deformation of the jaw is absent or minimal. However, if its development is not monitored and prevented, complex malocclusion problems may arise, which are difficult to cure by orthodontic means.

Sagittal displacements in combination with vertical dentoalveolar elongation are particularly complex. The presence of complex deformations in various areas of the maxillofacial region does not allow for a fully standardized treatment protocol for such patients, requiring an individualized approach to their solution by doctors of multiple specializations using the most modern technologies.

Purpose: to assess the effectiveness of a comprehensive approach in the treatment of secondary deformations of soft and hard facial tissues using non-standard methods and modern technologies.

Keywords: *non-union of the palate, cicatricial deformity of the upper lip and palate, malocclusion, orthodontic treatment, non-surgical correction of upper lip deformity, orthopedic treatment, smile mockup.*

Соколовський Вадим Антонович — лікар-ортодонт вищої категорії, власник та головний лікар клініки “Flash Smile.”

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4899-9237>

Бюркланд Кирило Сергійович — стоматолог-ортопед клініки “Flash Smile.”

Корнієнко Леся Іванівна — лікар косметолог-дерматолог.

Стаття: надійшла до редакції 19.05.2025 р.; прийнята до друку 18.06.2025 р.