

16. Суниев Т.К., Мамедов А.А., Негаметзянов Н.Г. и др. Опыт комплексного лечения детей с двусторонней расщелиной губы и неба // *Стоматология*. – 2014. – №5. – С. 69-74.
17. Aleksandrov M.T., Prikuls V.F., Bogdanov V.Iu., Vasil'ev E.N. Antimicrobial activity determination of the preparations used in comprehensive treatment of patients with parodontitis // *Stomatologiya*.
18. Arief E.M., Mohamed Z., Idris F.M. Study of viridans streptococci and Staphylococcus species in cleft lip and palate patients before and after surgery // *Cleft Palate Craniofac. J.* – 2005. – Vol. 42, №3. – P. 277-279.
19. Bos M., Hopman J., Stuiver M.M., Voss A. Decolonisation of meticillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) carriage in adopted children with cleft lip and palate // *J. Glob. Antimicrob. Resist.* – 2016. – Vol. 7. – P. 28-33.
20. Cocco J.F., Antonetti J.W., Bums J.L. et al. Characterization of the nasal, sublingual, and oropharyngeal mucosa microbiota in cleft lip and palate individuals before and after surgical repair // *Cleft Palate Craniofac. J.* – 2010. – Vol. 47, №2. – P. 151-155.
21. Costa B., Lima J.E., Gomide M.R., Rosa O.P. Clinical and microbiological evaluation of the periodontal status of children with unilateral complete cleft lip and palate // *Cleft Palate Craniofac. J.* – 2003. – Vol. 40, №6. – P. 585-589.
22. de Agostino Biella Passos V., de Carvalho Carrara C.F., da Silva Dalben G. et al. Prevalence, cause, and location of palatal fistula in operated complete unilateral cleft lip and palate: retrospective study // *Cleft Palate Craniofac. J.* – 2014. – Vol. 51, №2. – P. 158-164.
23. Ferdous K.M., Salek A.J., Islam M.K. et al. Repair of cleft lip and simultaneous repair of cleft hard palate with vomer flap in unilateral complete cleft lip and palate: a comparative study // *Pediatr. Surg. Int.* – 2010. – Vol. 26, №10. – P. 995-1000.
24. Gbolahan O.O., Ogunmuyiwa S.A., Osinaike B.B. Randomized Controlled Trial comparing Dressing and No Dressing of Surgical Wound after Cleft Lip Repair // *J. Contemp. Dent. Pract.* – 2015. – Vol. 16, №7. – P. 554-348.

УДК: 616.315-007.254+616.716.85/87-089
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-22>

АЛЬВЕОЛОПЛАСТИКА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ И НЕБА



Юлдашев А.А., Назарова Н.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Врожденные расщелины верхней губы, альвеолярно-го отростка и нёба сопровождаются тяжелыми анатомическими и функциональными нарушениями всех структур среднего отдела лица. С рождения у пациентов наблюдается нарушение таких жизненно важных функций, как сосание, дыхание, глотание и речь. Врожденные расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и нёба отрицательно влияют на внешний облик ребёнка, что приводит к серьёзным изменениям их эмоционально-психологического состояния, социальной дезадаптации, что формирует актуально медико-социальную проблему. Описаны возможности использования богатого тромбоцитами фибрина в качестве мембраны при пластике дефекта альвеолярного отростка у детей с врожденной расщелиной губы и нёба.

Ключевые слова: врожденные расщелины верхней губы и нёба, альвеолярный отросток, альвеолопластика, богатый тромбоцитами фибрин.

Annotation

Congenital clefts of the upper lip, alveolar process and palate are accompanied by severe anatomical and functional disorders of all structures of the middle part of the face. From birth, they cause a violation of such vital functions as sucking, breathing, swallowing and speech. Negatively affect the appearance of the child, which leads to serious changes in their emotional and psychological state, social maladjustment of the patient, which forms the actual medical and social problem. The article presents the possibility of using platelet-rich fibrin as a membrane in plastic repair of the alveolar process defect in children with congenital cleft lip and palate.

Key words: congenital clefts of the upper lip and palate, alveolar process, alveoloplasty, platelet-rich fibrin (PRF)

Для специалистов, занимающихся комплексным лечением больных с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН), наибольшие трудности представляют дети, имеющие и расщелину альвеолярного отростка. У этих пациентов наиболее ярко выражены функциональные и анатомические нарушения, обусловленные:

- отсутствием или гипоплазией костной ткани, представляющей первоначальный дефект альвеолярного отростка верхней челюсти. Это является причиной нестабильности верхнечелюстных сегментов и подвижности межчелюстной кости у больных с двусторонними сквозными расщелинами верхней губы и неба, что затрудняет ортодонтическое лечение и возможное протезирование в старшем возрасте.

- наличием вестибулоназального соустья, которое нарушает гигиену полости рта, приводит к возникновению хронических воспалительных процессов в полости рта и носа, множественному кариесу зубов, а также неблагоприятно сказывается на речи.

- отставанием роста верхней челюсти;
- недоразвитием кости из-за рубцов после предшествующих оперативных вмешательств.

Эффективность реконструктивных операций, проводимых с целью устранения типичной деформации верхней губы и носа, также значительно снижена из-за отсутствия костной опоры под основанием крыла носа и уплощения фронтального отдела верхней челюсти.

Известно, что расщелина альвеолярного отростка относится к расщелинам первичного неба, и если верхняя губа расщепляется снизу вверх, то альвеолярный отросток расщепляется сверху вниз. При всех формах расщелины альвеолярного отростка апикальный базис недоразвит или имеет дефект кости, значительно больший, чем в области гребня альвеолярного отростка. Наличие дефекта в области базальной части альвеолярного отростка приводит к неустойчивости результатов ортодонтического лечения.

Поэтому устранение врожденного дефекта альвеолярного отростка является одним из важных этапов хирургического лечения больных с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба. Восстановление непрерывности альвеолярного отростка позволяет стабилизировать расщепленные участки верхней челюсти, что снижает тяжесть послеоперационных деформаций и позволяет добиться стабильности результатов ортодонтического лечения.

Изучение литературных источников показывает, что первая попытка трансплантации кости в расщелину альвеолярного отростка принадлежит Drachter (1914). Позднее Veau (1931) опубликовал классификацию и попытался устранить расщелину неба костным трансплантатом малоберцовой кости. В 1955 Nordin описал результаты раннего устранения расщелины альвеолярного отростка и неба аутогенной костью. С целью профилактики смещения и сдавления сегментов верхней челюсти у больных со сквозными расщелинами T. Skoog. (1965) предложил использовать надкостничный

лоскут для перекрытия дефекта верхней челюсти. В 1972 году Boyne и Sands разработали протокол вторичной костной пластики. Wolf (1963) получил хорошие результаты по трансплантации костной ткани, взятой с черепа. А в 1987 году Nique для устранения расщелины альвеолярного отростка применил аллогенную кость.

Работы Ritsila и соавт. (1972), Rosseli (1982) демонстрируют эффективность применения свободного лоскута надкостницы, взятого с передней поверхности большеберцовой кости при устранении РАО. Предлагаются различные варианты костных и хрящевых ауто- и аллотрансплантатов (Фролова Л.Е. и др., 1979).

Некоторые авторы предпочитают комбинированные костно-надкостничные ауто-аллотрансплантаты. Б.Н. Давыдов (1996, 2000), Л.Е. Агеева (1998.) предлагают проводить первичную реконструкцию альвеолярного отростка в раннем возрасте одновременно с пластикой верхней губы или раннюю вторичную костную пластику альвеолярного отростка одновременно с пластикой неба, осуществляя периостеопластику или используя аллотрансплантат или брешковость и свободно пересаженную аутонадкостницу.

Анализ литературы последних лет показывает, что до сих пор нет единого мнения о сроках и методах хирургического лечения, которые позволили бы достичь оптимального анатомического, косметического и функционального результата. Остается спорным выбор остеопластического материала для костной пластики альвеолярного отростка.

По срокам проведения костная пластика может быть:

- первичная (до 2-х лет),
- ранняя вторичная (от 2-х до 5-и лет),
- вторичная (от 5 до 16 лет),
- поздняя вторичная (старше 16 лет).

Это оперативное вмешательство решает следующие задачи:

- 1) стабилизация верхнечелюстных сегментов, особенно при двусторонней расщелине;
- 2) усиление и поддержка костной структуры в основании крыльев носа;
- 3) исключается западение мягких тканей губы
- 4) появляется возможность прорезывания зубов в бывшее щелевидное пространства или рядом с ним;
- 5) устранение деформирующего влияния на рост не только верхней челюсти, но и всей средней зоны лица;
- 6) улучшаются условия для проведения ортодонтического лечения;
- 7) упрощение условий протезирования больного;
- 8) возможно использовать дентальных имплантатов.

Г.И. Семенченко (1972), Г.Г. Мамедов (1978), Pfeifer (1979), Hrivnakova и соавт. (1983), Eppley, Sadove (2000) отдают предпочтение первичной костной пластики, проводимой вместе с пластикой верхней губы. По их мнению, восстановление врожденного костного дефекта в возрасте 6-8 месяцев создает условия для раннего, симметричного воздействия хрящевой перегородки носа на всю верхнюю челюсть, чем достигается более

правильное формирование и развитие верхней челюсти и всего среднего отдела лицевого скелета. Не всегда удачные результаты раннего костно-пластического восстановления врожденного дефекта альвеолярного отростка авторы объясняют неблагоприятным влиянием костного трансплантата на рост верхней челюсти. Вторичную костную пластику рекомендует проводить в 8-12 лет, после прекращения активного роста верхней челюсти в длину и ширину (Гончаков Г.В. и др., 1998; Ключников В., 1999). По данным зарубежной литературы (Denny et al., 1999; Lino et al., 2000; Omnell, 2000; Sadove, 2000 и др.), предпочтение следует отдавать проведению вторичной костной пластики в период от 6 до 14 лет.

Наиболее оптимальным условием для проведения этого оперативного вмешательства следует считать возраст 8-9 лет для девочек и 9-10 лет для мальчиков (Выключ М.В. и др., 2009). При таком выборе учитывают завершение наиболее активного роста верхней челюсти к этому возрасту, высокую активность репаративной регенерации костной ткани и анатомо-топографическое положение непрорезавшихся постоянных клыков.

Большую роль в достижении задач, поставленных перед операцией, играет выбор вида пластического материала. Большинство исследователей (Семенченко Г.Г., 1963, 1967; Самар Э.Н., 1971; Stellmach, 1967; Wood, 1970; Jolleys, 1972 и др.) используют в качестве трансплантата при устранении РАО аутологичный материал (ребро, гребешок подвздошной кости и др.). Некоторые авторы признают эффективность использования аллокости и консервированного хряща (Фролова Л.Е., 1981; Koch, 1969; Норре, 1974 и др.), эмбриональной костной ткани (Окулова А.Н., 1955; Клебановская Р.Л., 1967; Спекторов В.А., 1970 и др.), а также их комбинации (Давыдов Б.Н., 1984). Наиболее удачным является аутогубчатая кость из гребешка подвздошной кости пациента. Преимуществами использования данного вида трансплантата служит его пластичность, структурная адаптация (сходство с губчатой костью верхнечелюстной кости) и большая остеогенная активность. Из гребешка подвздошной кости можно получить достаточное количество пластического материала даже для устранения больших дефектов альвеолярного отростка.

Таким образом, анализ литературы указывают на то, что восстановление непрерывности альвеолярного отростка устраняет деформирующее влияние на рост не только верхней челюсти, но и всей средней зоны лица, способствует сбалансированному развитию верхней челюсти, оптимизирует условия для дальнейшего роста межчелюстной кости. По этой причине считаем, что проведение альвеолопластики у детей с ВРГН является необходимым этапом хирургического лечения.

Результаты исследования многих авторов указывает на то, что в отдаленные сроки после первичной костной пластики верхняя челюсть отстает в росте, лицо больного приобретает вогнутый профиль, увеличивается частота перекрестного прикуса и формируется дефор-

мация челюстно-лицевой области. На наш взгляд, оптимальным возрастом для альвеолопластики верхней челюсти является 8-12 лет, так как в этот период после прекращается активный рост верхней челюсти как в длину, так и в ширину.

Достаточно широкое распространение в современной челюстно-лицевой хирургии получил метод направленной регенерации костной ткани (НРКТ), основанный на неординарной скорости размножения и распространения различных типов клеток, участвующих в процессе заживления дефекта. Для реализации метода НРКТ разработаны мембраны, ограничивающие пространство, где происходит формирование регенерата, от проникновения клеток эпителиальной и рубцовой тканей, препятствующих процессу регенерации. На сегодняшний день метод НРКТ с успехом используется в восстановлении врожденного дефекта альвеолярного отростка.

Степень репаративной регенерации в области пересаженного аутогенного трансплантата является абсолютным критерием оценки качества хирургического лечения, которое зависит от герметичности трансплантата. Для достижения этой цели сегодня широко используются мембраны, которые насчитывают свыше трех десятков различных видов. По их состоянию в тканях выделяют 2 основные группы: резорбирующиеся и нерезорбирующиеся (Watzek, 1999)

I. Резорбирующиеся:

1. природные:

- а) аллогенная ламинированная деминерализованная кость Ламбон (Pacific Coast Tissue, США);
- б) ксеногенные коллагеновые: Био-Гайд (Geistlich Biomaterials, Швейцария),
- в) ксеногенные комбинированные: Остеоплант Флекс кортикальный (Bioteck, Италия).

2. Синтетические:

- а) полимерные: Абрисорб (Block Drug Company, США);
- б) гипсовые: Капсет Хансет (Lifecore Biomedical).

II. Нерезорбирующиеся: Gore-Tex (W.L. Gore, США), Tef Gen (Lifecore Biomedical, США), Cytoplast GBR-200, Ti-250 (Osteogenics Biomedical, США).

Результаты исследования показали, что мембрана должна быть изготовлена из биосовместимого материала, обладать достаточными барьерными свойствами, предотвращать миграцию эпителия, инвазию бактерий при экспозиции. Для рассасывающихся мембран важно сохранение барьерных свойств на протяжении определенного периода, способность удерживать пространство для формирования кости, обладать способностью к прикреплению к окружающим тканям – тканевая интеграция, быть удобными в работе – клинически управляемыми, идеальная мембрана должна соответствовать всем этим требованиям и быть резорбируемой (Buser, 1994; Becker, 1995). По мнению других авторов, функциями мембран являются барьерная, фиксация густка,

материала и удержание пространства (Becker, 1995; Bernimoulin, 1999; Hägewald, 1999).

Многие авторы сходятся в том, что эффект применения мембран определяется не столько их специфичностью, сколько способностью создать условия для успешного формирования, надежного сохранения и нормальной трансформации кровяного сгустка (Vergara J. et al., 1997; Parashis A. et al., 1998; Eickholz P. et al., 1998). Показательным является сравнение данных, полученных G. Leghissa и соавт. (1999) при использовании нерезорбирующихся мембран, и D. Tatakis и соавт. (1999) – при применении резорбирующихся барьеров. В схожих клинических условиях авторами получено соответственно 85 и 81% положительных результатов.

В литературе встречаются работы, в которых сопоставляются различные виды мембран. Так, F. Elhagar и соавт. (1998) при сравнении коллагеновых резорбирующихся мембран различной толщины и с разной внутренней структурой, а также синтетических нерезорбирующихся мембран из политетрафторэтилена не выявили существенной разницы между ними. Вместе с тем эти авторы, а также J. Mattson и соавт. (1999), J. Wiltfrang и соавт. (1998) и др. в своих работах особо подчеркивают то обстоятельство, что положительный исход операций стал возможен, прежде всего, благодаря надежной фиксации кровяного сгустка *in situ*. В частности, для достижения необходимой зрелости кровяному сгустку требуется около двух месяцев. Поскольку даже самые быстро резорбирующиеся барьеры сохраняются в ране не менее 6 недель, очевидно, что все виды мембран выполняют защитную роль для кровяного сгустка и подсадочного материала в самый критический послеоперационный период. Специфическое же изолирующее влияние мембран на рост медленно регенерирующих тканей следует считать вторичным.

В качестве материала, выполняющего барьерную функцию и стимулирующего остеогенную активность трансплантата при костнопластическом замещении расщелины альвеолярного отростка, А.И. Воложин и соавт. (2000), М.А. Першина (2001), Н.А. Юлова (2002) предлагают использовать биоактивную мембрану «Пародонкол». Применение мембран основано на принципе направленной регенерации тканей. Наличие в этих мембранах коллагена и кристаллов гидроксиапатита усиливает интегративные свойства тканей. Выполняя роль дополнительного лоскута, мембрана защищает трансплантат от инфицирования и прорастания внутрь дефекта клеток мягкотканного компонента.

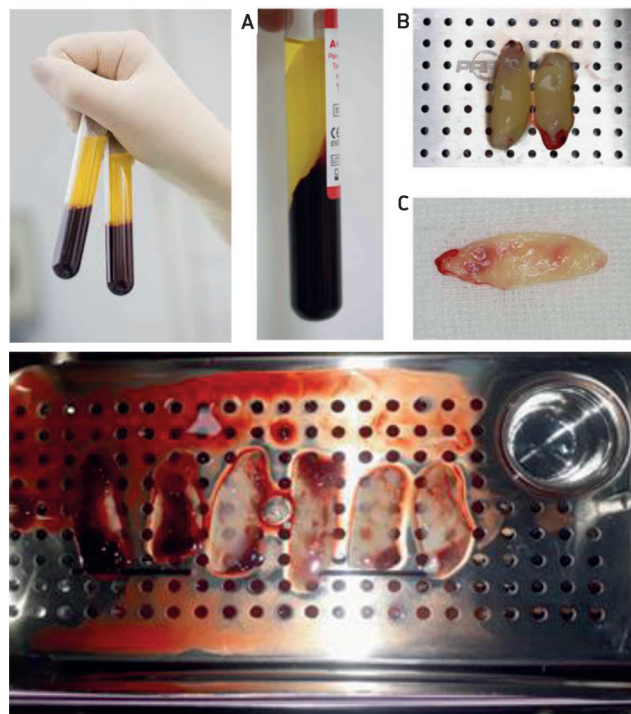
Но все вышеуказанные эти материалы недоступны. На нашем рынке данный материал практически не встречается.

В последнее время внимание специалистов обращено на аутоконцентраты крови, например, тромбоцитарно-обогащенную плазму, тромбоцитарно-обогащенные

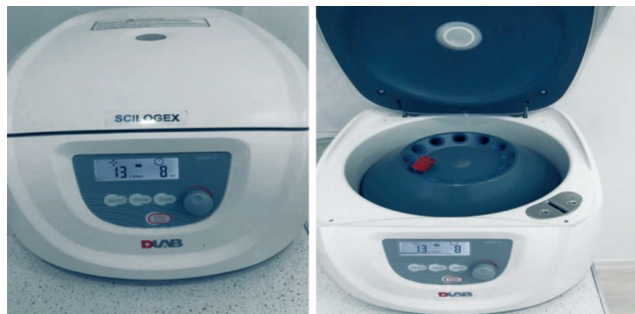
ростовые факторы и тромбоцитарно-обогащенный фибрин.

Тромбоцитарно-обогащенный фибрин содержит большое количество факторов роста. Они синтезируются мегакариоцитами и хранятся в основном в альфа-гранулах тромбоцитов. После того, как тромбоциты активируются в зонах повреждения тканей, они секретируют протеины, такие как фибриноген, фибронектин, витронектин, ростовые факторы, включая BMP, ростовой фактор- β , тромбоцитарный ростовой фактор, инсулиноподобный ростовой фактор, сосудисто-эндотелиальный ростовой фактор, ростовой фактор фибробластов и невероятно важный коагуляционный гликопротеин тромбоспондин-1, в течение 7 дней. Фибриновая мембрана также обеспечивает отличную основу для эпителизации, а высокая концентрация ростовых факторов и высвобождение цитокинов стимулирует процесс заживления путем микроваскуляризации и роста новых тканей.

Богатый тромбоцитами фибрин (Platelet Rich Fibrin – PRF) – это фибриновый матрикс, содержащий цитокины, факторы роста и белые кровяные клетки и способный выделять их продолжительное время. Может использоваться как в виде сгустков, так и в виде мембран.



Для получения PRF используются особые пробирки. Благодаря специальным, одноразовым, стерильным пробиркам и определенному времени центрифугирования в фибриновой матрице концентрируется максимальное количество тромбоцитов и лейкоцитов, факторов роста и иммунной защиты, что стимулирует ангиогенез и создает благоприятные условия для восстановления поврежденного участка.



Методика получения PRF предельно проста. Для этого не требуются специальные навыки и оборудование. Она проводится непосредственно перед хирургическим вмешательством. Вакуумным способом происходит забор крови из вены пациента в специальные пробирки, далее кровь центрифугируется в рекомендованном режиме (скорость вращения 1300 об/мин, время – 8 мин).

Полученные сгустки отжимаются в специальном прессе, в результате чего мы получаем довольно плотные мембраны – достаточно прочные, эластичные, которые отлично обрабатываются с помощью хирургических ножниц и стабильны при комнатной температуре.

Список литературы

1. Бессонов С.Н. Первичная и вторичная коррекция деформаций средней зоны лица у пациентов с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Тезисы докладов заседания Северо-восточного некоммерческого партнерства пластических и реконструктивных хирургов // *Анналы пласт., реконструкт и эстет. хирургии.* – 2006. – №1. – С. 72-73.
2. Бессонов С.Н., Гаврилова О.А. Обоснование необходимости специальной подготовки пациентов с врожденными расщелинами альвеолярного отростка и дефектами твердого неба к костно-пластическим операциям // *Вклад ученых Тверской государственной медицинской академии в решение основных проблем стоматологии: Материалы науч. сессии, посв. 70-летию ТГМА.* – Тверь, 2006. – С. 90-95.
3. Бессонов С.Н., Давыдов Б.Н. Стандарты комплексного лечения пациентов с деформациями средней зоны лица, обусловленными врожденными расщелинами верхней губы и неба // *Стандартизация методов лечения в пластической и реконструктивной хирургии: Материалы 2-й Всеукраинской науч.-практ. конф.* – Киев, 2006. – С. 8-9.
4. Выклюк М.В., Воложин А.И., Высочанская Ю.С. Случай успешной костной пластики расщелины альвеолярного отростка // *Мед. визуализация.* – 2009. – №4. – С. 76-79.
5. Выклюк М.В., Высочанская Ю.С., Дьякова С.В. и др. Новая методика костной пластики альвеолярного отростка с помощью биокерамических гранул // *Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы 3-й Всерос. науч.-практ. конф.* – М., 2009. – С. 78-79.
6. Выклюк М.В., Дьякова С.В., Воложин А.И. и др. Оценка костного регенерата после пластики альвеолярного отростка губчатым веществом подвздошной кости с добавлением гранул трикальцийфосфата у детей и подростков с врожденными расщелинами челюстно-лицевой области // *Институт стоматологии.* – 2009. – №2 (43). – С. 56.
7. Гончаков Г.В. К вопросу о тактике хирургического лечения детей с врожденными односторонними расщелинами верхней губы и неба. – М., 2002.
8. Губина Л.К. Анализ динамических окклюзионных взаимоотношений у пациентов с расщелиной губы, альвеолярного отростка и неба // *Рос. стоматол. журн.* – 2005. – №2. – С. 37-38.
9. Давыдов Б.Н., Арсенина О.И., Агеева Л.В. Хирургический метод фиксации начелюстных аппаратов у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // *Стоматология сегодня и завтра: Материалы Всерос. науч.-практ. конф.* – М., 2005. – С. 57-58.
10. Давыдов Б.Н., Бессонов С.Н. Хирургическое лечение детей с врожденными односторонними расщелинами верхней губы и альвеолярного отростка // *Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи: актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы 2-й Всерос. науч.-практ. конф.* – М.: МГМСУ, 2006. – С. 71-72.
11. *Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Учеб. пособие; Под ред. О.З. Топольницкого, С.В. Дьяковой, А.Н. Окулова, В.П. Вашкевич.* – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 192 с.
12. Клебановская Р.Л., Спекторов В.А., Чуйкин С.В. и др. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. – Москва; Уфа: БашГМУ, 2005. – 294 с.
13. Фролова Л.Е., Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. *Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия.* – М., 2005. – 197 с.
14. Чуйкин С.В., Давлетишин Н.А., Герасимова Л.П. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. – Москва; Уфа: БашГМУ 2005. – 294 с.
15. Bessonov S.N., Ostanin A.V., Davydov B.N. Prevention and correction of velopharyngeal incompetence in cleft palate patients // *Abstracts of International cleft lip and palate foundation conference.* – Eastbourne, UK, 2006. – P. 2.
16. Bessonov S.N., Volozhin A.I., Ageeva L.V., Mamedov Ad.A. Elaboration and application of bioregenerating membranes for maxillary bone defect withdraw // *Asian J. Oral Maxillofac Surg.* – 2010. – Vol. 12, №1. – P. 176.
17. Hemprich A., French B., Hierl T., Dannhauer K.-H. The functionally based Leipzig concept for the

treatment of patients with cleft lip, alveolus and palate // J. Cranio-MaxillofacSurg. – 2006. – Vol. 34 (Suppl 2), – P. 22-26.

18. Koch H., Gbolahan O.O., Ogunmuyiwa S.A., Osinaike B.B. *Randomized Controlled Trial comparing Dressing and No Dressing of Surgical Wound after Cleft Lip Repair // J. Contemp. Dent. Pract. – 2015. – Vol. 16, №7. – P. 554-558.*
19. Stellmach W.J., Bos M., Hopman J. et al. *Decolonisation of meticillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) carriage in adopted children with cleft lip and palate // J. Glob. Antimicrob. Resist. – 2016. – Vol. 9, №7. – P. 28-33.*
20. Vykylyuk M.V., Vasiliev A.Y. *Ultrasound diagnosis of maxillofacial area vascular malformations // Europ. Radiol. – 2009. – Vol. 19. – P. 438.*

УДК: 616. 315-007-0. 89. 844-053.2
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-24>

THE ROLE OF STUDYING LOCAL IMMUNITY IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE



**Amanullaev R.A., Ikramov G.A.,
Shomurodov E.T.**

Tashkent State Dental Institute

Annotation

Despite the large number of surgical methods for eliminating defects of the palate, the authors note the development of anatomical and functional disorders in the future. Surgical intervention on the tissues of the hard and soft palate leads to the disruption of the existing barrier - protective complex of the oral cavity. Saliva contains specific and non-specific defense factors. Immunoglobulins, T- and B-lymphocytes act as factors of specific protection. Factors of non-specific protection are represented by: interferons; lysozyme; lactoferrin; macrophages, neutrophils, etc. The oral cavity has a powerful system of humoral immunity, which contains secretory immunoglobulin A, which has a wide spectrum of protective action.

Аннотация

Несмотря на имеющееся большое количество хирургических методик по устранению дефектов неба, авторы отмечают развитие в дальнейшем анатомо-функциональных нарушений. Оперативное вмешательство на тканях твердого и мягкого неба приводит к нарушению сложившегося барьерно - защитного комплекса полости рта. Слюна содержит факторы специфической и неспецифической защиты. В качестве факторов специфической защиты выступают иммуноглобулины, Т- и В-лимфоциты. Факторы неспецифической защиты представлены: интерферонами; лизоцимом; лактоферрином; макрофагами, нейтрофилами и др. Ротовая полость имеет мощную систему гуморального иммунитета, которая содержит секреторный иммуноглобулин А, обладающий широким спектром защитного действия.

Ключевые слова: Врожденная расщелина верхней губы и неба, методы лечения, Местный иммунитет полости рта.

Congenital cleft of the upper lip and palate - a malformation that occurs as a result of impaired fetal morphogenesis. Treatment of Congenital cleft of the upper lip and palate is an urgent problem of pediatric maxillofacial surgery [2, 6, 12].

Despite the significant development of surgery for congenital cleft lip and palate, the outcome of surgical treatment is not always satisfactory. According to different authors, the number of persons with postoperative complications ranges from 16 to 52% [7,13]. A high percentage of postoperative complications undoubtedly indicates a lot of unresolved issues and the relevance of this problem. Great importance is given to the state of health, type of cleft, the method of operation, the technical readiness of the surgeon, the postoperative management of patients [2,7,14].

Rehabilitation of patients with secondary defects of the hard and soft palate is accompanied by special difficulties. Despite the large number of surgical methods for eliminating defects of the palate, the authors note the development of anatomical and functional disorders in the future. Surgical intervention on the tissues of the hard and soft palate leads to the disruption of the existing barrier - protective complex of the oral cavity [1,6].

In addition, the issue of preoperative preparation and postoperative care remains a controversial issue to this day. Improvement of existing and development of new methods of treatment, which would be highly effective and at the same time economically acceptable, is required.

Congenital cleft of the upper lip and palate is an anatomical defect that affects one of the important protective functions of the immune system, especially if the child is prone to diseases of otorinolaringologi organs and the upper respiratory tract [4,15]. Normal lymphopharyngeal ring from the moment of birth protects the child from respiratory viruses, bacteria, fungi. One of the first scientists who formulated and advanced the theory of the