

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



Кафедра стоматологии детского возраста

ОБЪЁМ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВРОЖДЁННОЙ СКРЫТОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА В МОЛОЧНОМ ПРИКУСЕ

Подготовили:

Ординаторы 1 года

по специальности «Ортодонтия»

Сотырко Д.В.,

Капустян А.С.,

Главварч ГБУ ДНР «ДГСП г. Донецка»

Хо́да С.И.

Донецк, 2026

Актуальность

По данным ВОЗ, частота встречаемости врождённых расщелин верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти, твёрдого и мягкого неба составляет 0,6-1,6 случаев на 1000 новорожденных.

Врождённая скрытая (субмукозная) расщелина нёба (ВСРН) является одной из форм изолированной расщелины нёба, характеризующаяся небольшим костным дефектом по средней линии нёба и недостаточностью мышц мягкого неба в смыкании, при неповрежденной слизистой.

Данная патология является малозаметной клинически, поэтому часто остаётся недиагностированной в раннем возрасте, что откладывает начало комплексного лечения. [Мамедов А.А. «Врожденная расщелина неба и пути ее устранения» 1998 г.]

При субмукозной расщелине возможно развитие следующих морфофункциональных изменений и ортодонтической патологии: нарушение окклюзии, деформация зубоальвеолярных дуг, скученность зубов, дисфункция мышц мягкого нёба и глотки, речевые расстройства.

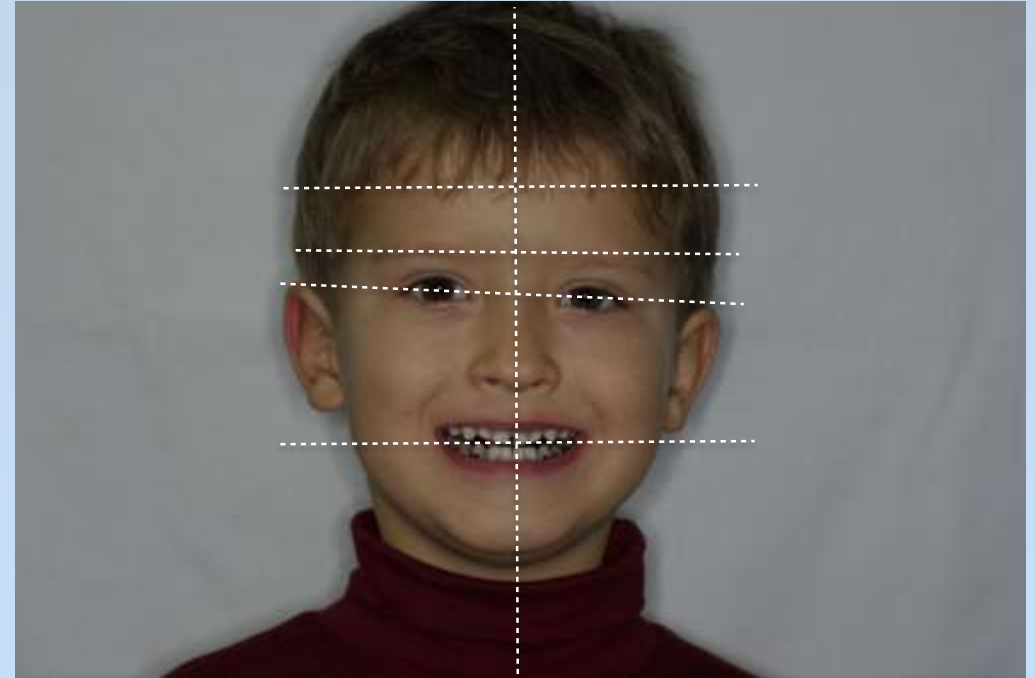
- **Цель.** Определить объем ортодонтической помощи пациентам с врожденной скрытой расщелиной неба в молочном прикусе на примере клинического случая.
- **Материалы и методы.** Во время исследования были изучены данные клинического обследования, антропометрического анализа клинικο-диагностических моделей челюстей, фотографии лица и ротовой полости, результаты спиральной компьютерной томографии (СКТ).

Клинический случай

На кафедре стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М.Горького Минздрава России обратилась мама мальчика 4 лет с целью консультации врача-ортодонта по направлению от врача-стоматолога детского с предварительным диагнозом «Мезиальный прикус».



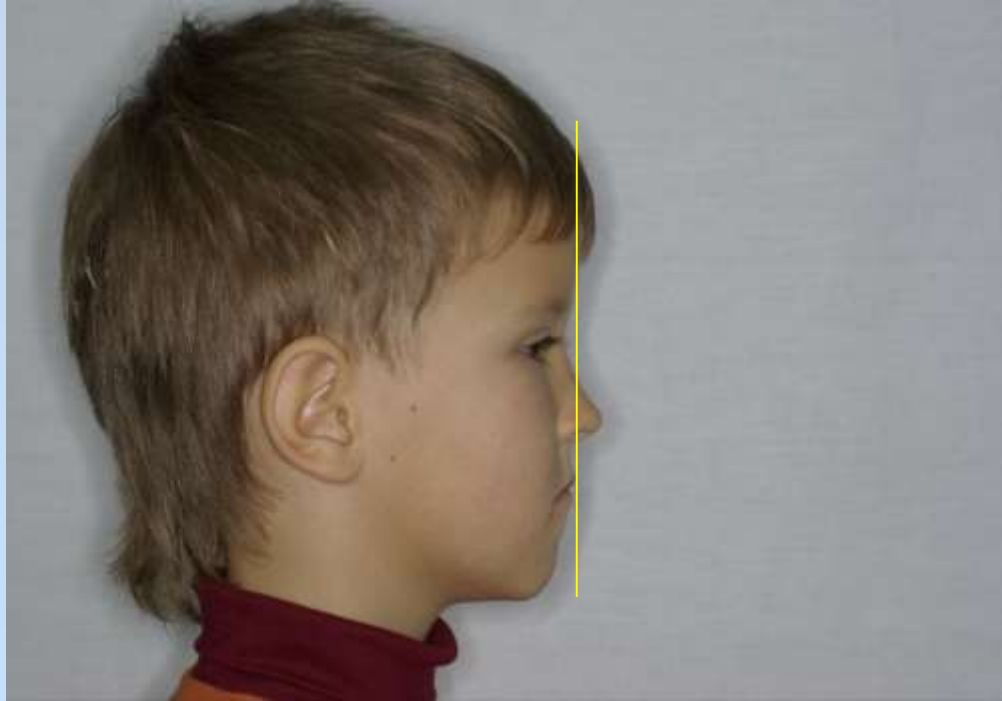
Фото в анфас



Объективно: лицо слегка ассиметрично, уплощение средней трети, нижняя треть несколько увеличена, подбородок уплощён и выстоит кпереди по отношению к верхней губе, подбородочная складка сглажена.

Обращает на себя внимание выраженная гнусавость речи мальчика.

Фото в профиль





Внутриротовые фото



Период прикуса: сформированный молочный. Зубная формула соответствует возрасту. Прикрепление уздечек губ и языка в норме. Слизистая оболочка полости рта умеренно увлажнена, бледно-розового цвета. Индекс интенсивности поражения кариесом составляет 8, что соответствует очень высокому уровню. Гигиенический индекс Федорова-Володкиной составляет 2,0 балла, что соответствует удовлетворительному уровню.

Внутриротовые фото



Ортодонтический диагноз:

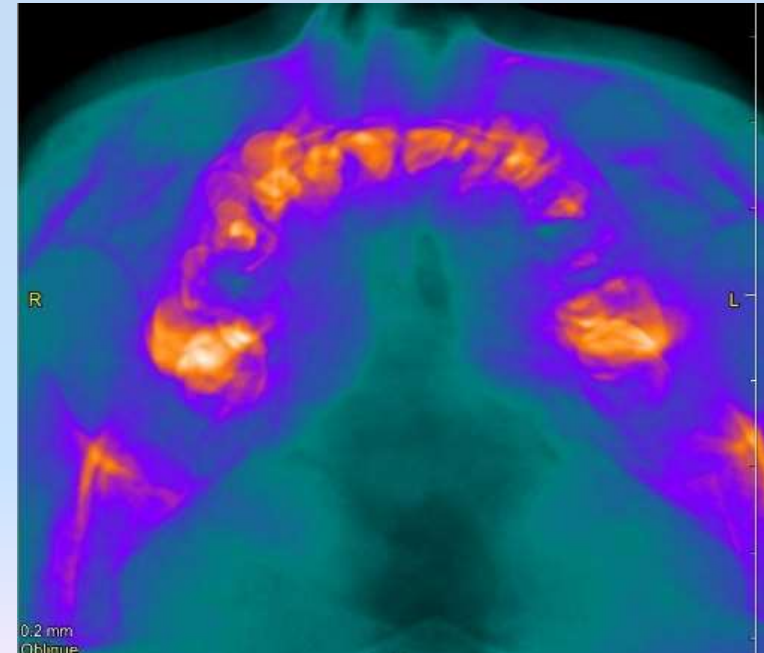
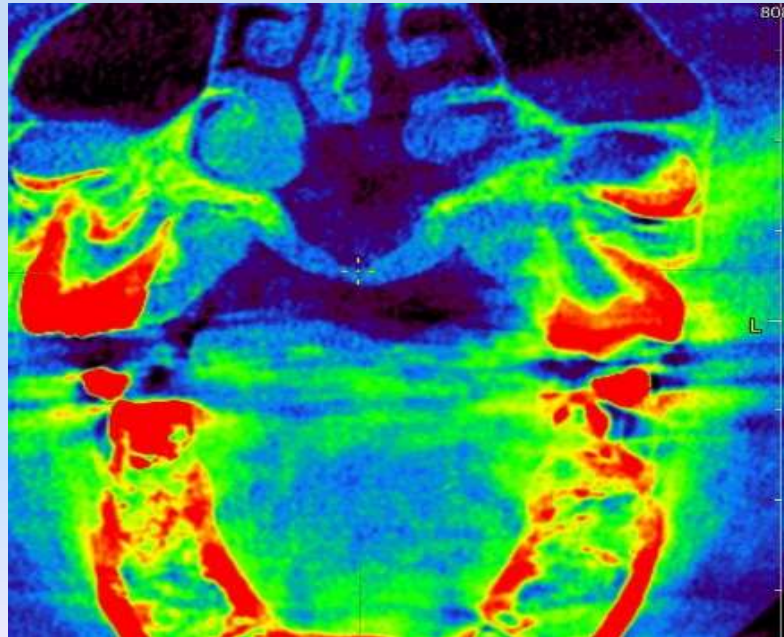
фронтальный мезиальный прикус, расширение верхнего зубного ряда и его укорочение во фронтальном участке.



Обращает на себя внимание чрезмерно выраженный срединный нёбный шов.

При протяжном произношении звука «А» - наблюдаются колебания слизистой оболочки нёба (симптом «паруса» - положительный).

Срезы СКТ и денситометрии



Тактика лечения

Однозначного мнения челюстно-лицевых хирургов по поводу сроков начала оказания оперативного вмешательства для устранения костного дефекта нёба не было найдено. Пациент был направлен к логопеду.

Через 4 месяца после повторной консультации челюстно-лицевого хирурга пациенту был изготовлен аппарат Брюкля, рекомендовано ношение подбородочной пращи на ночь.



Выводы

Объём и время оказания ортодонтической помощи напрямую зависит от сроков оперативного вмешательства для закрытия костного дефекта.

В молочном прикусе у детей с ВСРН целью ортодонтического лечения является нормализация функций зубочелюстной системы (пришлифовка нестёршихся бугров молочных зубов, миогимнастика для нормализации функции глотания, изготовление замещающих аппаратов), при необходимости изготовление аппарата функционального действия или применение стандартного, борьба с вредными привычками, при сформированной аномалии прикуса – изготовление лечебного аппарата при условии нормального психоэмоционального развития ребёнка.

Выводы

Ранняя диагностика ВСРН важна для предотвращения возникновения деформации челюстно-лицевого скелета и определения наиболее рациональной тактики реабилитационного процесса. Эффективное лечение требует сотрудничества ортодонтонтов, челюстно-лицевых хирургов, логопедов, педиатров, оториноларингологов.

Для успешного лечения пациентов с ВСРН необходимо добиться усовершенствования диагностических алгоритмов для раннего выявления патологии, разработать стандартизированные ортодонтические протоколы с учётом возраста и степени нарушения зубочелюстной системы, активно внедрять современные технологии для комплексной диагностики и реабилитации.

Благодарим за внимание!