

DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2025-3-77>

УДК 616-007.24:616.716-089:616.314-76:616.314-77:615.465(045)

**Соколовський В.<sup>1</sup>, Боргес С.<sup>2</sup>, Ліма, С.<sup>3</sup>, Нобрега Е.<sup>4</sup>,  
Єфименко В.<sup>5</sup>, Шафета О.<sup>6</sup>, Наговіцин В.<sup>7</sup>, Бюркланд К.<sup>7</sup>**

<sup>1</sup> Лікар-ортодонт вищої категорії, власник та головний лікар клініки Flash Smile, м. Київ, Україна

<sup>2</sup> Організатор міжнародного проєкту Rotary Smile Ukraine, лікар-ортодонт, Arcos, Бразилія

<sup>3</sup> Професор, ортогнатичний хірург клініки Mater Dei, Сан-Пауло, Бразилія

<sup>4</sup> Пластичний хірург, Centrinho hospital, Vauru, Бразилія

<sup>5</sup> Кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

<sup>6</sup> PhD, асистент кафедри дитячої хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії

Медичного університету імені О.О. Богомольця

<sup>7</sup> Стоматолог-хірург клініки Flash Smilea

## Комплексна реабілітація пацієнта з вродженою аномалією обличчя. Шлях у 25 років

► **Актуальність.** Вроджене незрощення верхньої губи та піднебіння займає третє місце у світі в новонароджених (серед усіх вроджених аномалій). Залежно від регіону, воно проявляється від одного випадку на 400 новонароджених до одного випадку на 1500 новонароджених. В Україні в середньому народжується одна дитина на 650 новонароджених. Ця патологія викликає серйозні функціональні та естетичні проблеми пацієнта з самого народження. Велика варіабельність вроджених порушень не дозволяє повністю стандартизувати протокол лікування таких пацієнтів та потребує індивідуального підходу її вирішення лікарями різних спеціалізацій.

**Метою** дослідження стала оцінка ефективності лікування пацієнта з вродженим незрощенням верхньої губи та піднебіння з народження та до моменту повної стоматологічної реабілітації.

**Матеріали та методи.** Лікування проводилось в період з 2001 по 2025 рік на базі дитячої клінічної лікарні № 7 міста Києва, кафедри дитячої хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії медичного університету імені О. О. Богомольця, та приватної стоматологічної клініки Flash Smile.

**Висновки.** В результаті тривалої роботи (25 років) багатьох лікарів вузьких спеціалізацій ми отримали прекрасний естетичний та функціональний результат лікування. Жувальна ефективність відновлена на 100 %, естетика посмішки та зовнішнього вигляду повністю задовольнила пацієнта, вимова залишилась із незначною рінолалією. Протягом лікування ми стикнулись з декількома складними проблемами для вирішення яких ми використали нетипові підходи, які не входили до переліку протокольних методів лікування. Основна складність в процесі лікування полягала в наявності потужної рубцевої деформації піднебіння. Для недопущення її потрібно використовувати мінімально травматичні методи хірургічного втручання.

Знімні ортодонтичні апарати показали свою низьку ефективність.

Застосування ортогнатичної хірургії дозволяє ефективно розв'язувати проблеми прикусу, але потребує високої кваліфікації хірурга, тривалого ретенційного періоду та ретельного диспансерного нагляду.

Тільки комплексний підхід в роботі команди лікарів в повній кооперації з батьками пацієнта дозволив нам досягнути прекрасного результату в надскладній ситуації.

**Ключові слова:** незрощення піднебіння, рубцева деформація верхньої губи та піднебіння, деформація прикусу, ортодонтичне лікування, ортогнатична хірургія, кісткова пластика, ортопедичне лікування, мостоподібна конструкція з діоксиду цирконію.

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



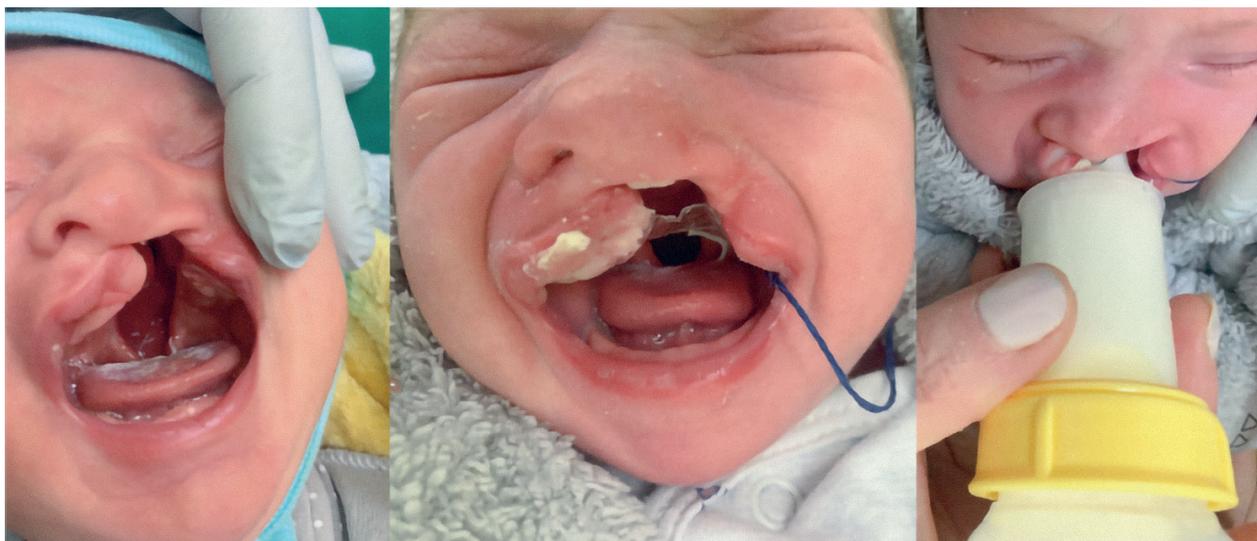


Рис. 1. Пацієнт у віці 1 міс. з обтуратором та під час годування за допомогою соски.

### Матеріали та методи

Лікування проводилось в період з 2001 по 2025 рік на базі дитячої клінічної лікарні № 7 міста Києва, кафедри дитячої хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії медичного університету імені О. О. Богомольця та приватної стоматологічної клініки Flash Smile.

Пацієнт народився із діагнозом *повне наскрізне лівобічне незрощення верхньої губи та піднебіння* (рис. 1).

До пластики губи дитина харчувалась за допомогою обтуратора за типом знімної пластинки.

У віці 10 міс. була проведена лівобічна хейло-рінопластика та ураностафілопластика.

У 2 роки було проведено пластику вторинного дефекту твердого піднебіння в передньому відділі.

В 5 років — корекція рубцевої деформації крила носу зліва.

В 17,5 років — ортогнатична операція, яка полягала в остеотомії малого фрагмента із його репозицією в конструктивний прикус, кісткова пластика альвеолярного відростка за допомогою трансплантату з підборіддя, геніопластика.

У 18 років — відкрита ринопластика крила носу зліва (рис. 2).



Рис. 2. До ринопластики, одразу після ринопластики, через 10 днів після ринопластики

У 18,5 років — виготовлення металокерамічної конструкції із розширеним вестибулярним краєм на зуби лівого фрагмента.

В 23 роки — повторна кісткова пластика альвеолярного відростка, внаслідок лізису попереднього трансплантата.

У 25 років — протезування верхнього зубного ряду незнімним цирконієвим мостовидним протезом, армованим титановою балкою.

Протягом 20 років паралельно із хірургічним лікуванням пацієнт проходив постійну ортодонтичну реабілітацію, яка полягала в застосуванні

знімних (апарати з гвинтами та пружинами) та незнімних (Нугах, RME) апаратів, назальних молдингів, екстраоральних апаратів (лицева маска).

Важливо зазначити, що протягом всієї реабілітації у лікарів було прекрасне взаєморозуміння із батьками пацієнта.

З особливостей перебігу реабілітації потрібно відзначити наявність потужної рубцевої деформації твердого піднебіння, яка утворилась внаслідок постопераційного ускладнення у вигляді утворення дефекту піднебіння, що, своєю чергою, потребувало реоперації у ранньому віці

(у два роки) і, як наслідок, утворення додаткової рубцевої маси.

Саме цей фактор і став, на нашу думку, причиною складної трансверзальної деформації та неефективності ортодонтичного лікування.

Знімні ортодонтичні апарати були неефективні або сприяли коронковому нахилу зубів малого фрагмента верхньої щелепи.

Навіть потужний незнімний апарат RME не дав бажаного ефекту і також викликав небажаний коронковий нахил (рис. 3).



Рис. 3. Апарат RME на індивідуальних коронках

Саме це стало показом до сегментації верхньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою альвеолярного паростка аутогранулятом з підборіддя (рис. 4).

Згідно з планом операції, була проведена сегментація малого фрагмента верхньої щелепи, постановка його в правильне оклюзійне положення, підсадка аутогранулятата (він складався з губчастої кісткової тканини, взятої з підборідного відділу нижньої щелепи), фіксація остеотомованого фрагменту.

Остеотомований фрагмент був зафіксований титановими сплінтами як елементами кісткової фіксації та сталеву дугу 0,19 на 0,25 (рис. 5).

Постопераційний період пройшов без ускладнень.

Через 1,5 міс. після операції був виготовлений знімний ретейнер для додаткової стабілізації верхньої щелепи та незнімний ретейнер на фронтальні верхні зуби для стабілізації верхнього зубного ряду.

Через рік після ортогнатичної операції стало помітне зміщення малого фрагмента медіально, не зважаючи на наявність знімного та незнім-



Рис. 4. Етап сегментації верхньої щелепи та закриття дефекту піднебіння



Рис. 5. Рентгенологічна картина після ортогнатичної операції

ного ретейнерів. Ортодонтична корекція такого ускладнення була неможлива з огляду на небезпеку дестабілізації остеотомованого фрагменту. З огляду на це та на наявність прямих показів до покриття бокової групи зубів верхньої щелепи коронками було вирішено виготовити незнімну металокерамічну конструкцію із розширеною вестибулярною поверхнею. Тобто, зважаючи на унікальність ситуації, ми вирішили вилікувати ортодонтичну проблему ортопедичним шляхом.

Зуби 24, 25, 26 були покриті металокерамічними коронками із металевою піднебінною та оклюзійною поверхнями та розширеною вестибулярною поверхнею. Це дало змогу на 100 % відновити правильні міжщелепні контакти та профілакувати подальше зміщення малого фрагмента медіально (Рис. 6).



Рис. 6. Металокерамічна конструкція із розширеним вестибулярним краєм в порожнині рота

Саме надійний функціональний фісурно-горбковий міжщелепний оклюзійний контакт між незнімним протезом верхньої щелепи та зубами-антагоністами нижньої щелепи дозволив нам стабілізувати верхню щелепу.

У віці 23 років під час проведення КТ щелеп було виявлено, що кістковий аутоотрансплантат, який був приживлений в 17,5 років під час ортогнатичної операції, лізувався. Для відновлення цілісності верхньої щелепи було проведено повторну кісткову пластику зі застосуванням штучної кісткової тканини. Особливістю проведення

даного оперативного втручання була складність скелетування кістки, необхідність забору аутоотрансплантату та міксування його із штучною кісткою. Такий вибір остеопластичного матеріалу був зумовлений лізисом аутоотрансплантату, який був зроблений із губчастої кісткової структури з підборіддя.

### Хід операції

Проведено операцію вертикальної направленої регенерації в ділянці 12–24 зубів за методикою Sausage.

Кісткова тканина в ділянці 22 зуба була перфорована для стимуляції остеіндукції.

Аутоотрансплантат був взятий з ділянки зовнішньої косої лінії, ксеноматеріал використовувався від фірми Bio-Oss, їх суміш в пропорції 50 на 50 повинна була дати максимальний відсоток приживлення. Кістковий матеріал був зафіксований на мембрані Evolution (Osteobiol), з натягом для досягнення нерухокої його фіксації. Вестибулярний клапоть був послаблений розрізом періосту для можливості ушивання рани без натягу (рис. 7).

Постопераційний період пройшов без ускладнень, шви зняті на 10 добу після операції.

У 24,5 року під час проведення диспансерного огляду було помічено негерметичне прилягання ортопедичної конструкції до ясеневого краю, що викликало карієс та гінгівіт. З огляду на це було прийнято рішення замінити металокерамічну конструкцію на цирконієву. Також, зважаючи на недостатню кількість кісткової тканини для імплантації 22 зуба, вирішили зробити мостовидну конструкцію з 21 по 27 зуби, армованою титановою балкою (рис. 8, 9).

Це було зроблено з огляду на дві причини:

1 — цирконій має прекрасну естетику та біосумісність, але при великих дефектах може бути крихким;

2 — рубцево-деформоване піднебіння створює постійний тиск, що може привести до перелому конструкції.

Робота була зроблена повністю у цифровому протоколі (рис. 10).



Рис. 7. Етапи операції кісткової пластики з використанням штучного та аутоотрансплантата

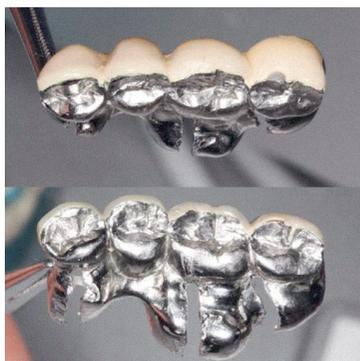


Рис. 8. Металокерамічна конструкція із розширеним вестибулярним після її зняття



Рис. 9. Цирконієва конструкція, армована титановою балкою

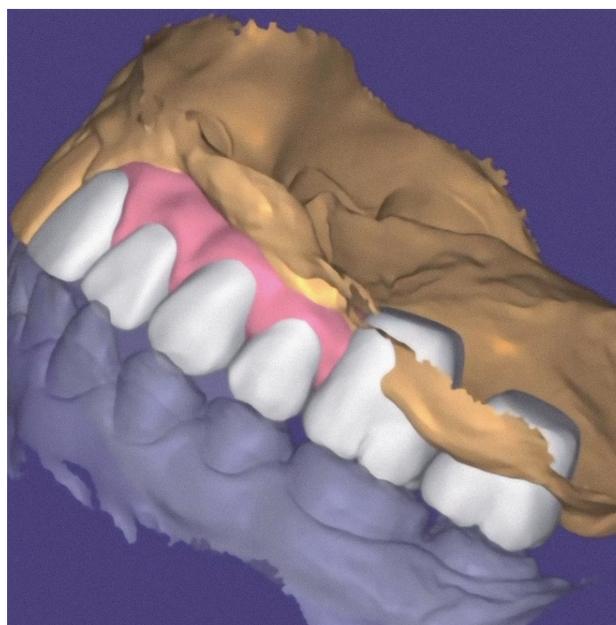


Рис. 10. Цифровий макет посмішки та примірка тимчасової пластмасової конструкції

Таким чином, протягом 25 років від перших днів життя і до етапу закінчення лікування пацієнт проходив ортодонтичне, ортопедичне, хірургічне, ортогнатичне лікування надскладної вродженої аномалії розвитку обличчя. В результаті було отримано прекрасний естетичний та функціональний результат, який

повністю задовольнив пацієнта. Особливо хочемо відзначити роль батьків пацієнта у досягненні такого результату — вони ретельно виконували рекомендації лікарів, були в постійній кооперації з ними, без чого отримання гарного результату було б неможливим (рис. 11).

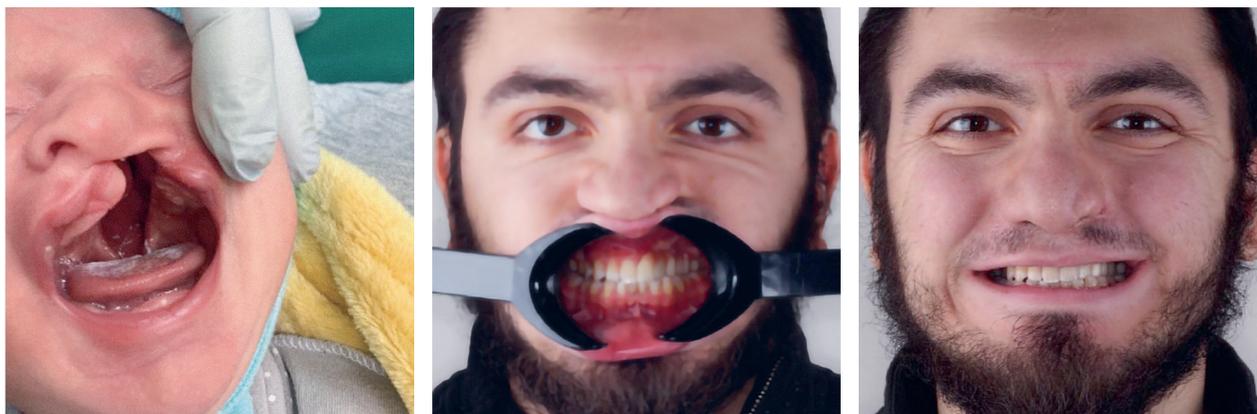


Рис. 11. Пацієнт у віці 1 місяць та 25 років, після повної реабілітації

### Висновки

1. У результаті тривалої роботи (протягом 25 років) багатьох лікарів вузьких спеціалізацій ми отримали прекрасний естетичний та функціональний результат лікування. Жувальна ефективність відновлена на 100 %, естетика посмішки та зовнішнього вигляду повністю задовольнила пацієнта, вимова залишилась із незначною ринолалією.

2. Протягом лікування ми стикнулись з декількома складними проблемами для вирішення яких ми використали нетипові підходи, які не входили до переліку протокольних методів лікування.

3. Основна складність в процесі лікування полягала у наявності потужної рубцевої дефор-

мації піднебіння. Для її недопущення потрібно використовувати мінімально травматичні методи хірургічного втручання.

4. Знімні ортодонтичні апарати показали свою низьку ефективність.

5. Застосування ортогнатичної хірургії дозволяє ефективно розв'язувати проблеми прикусу, але потребує високої кваліфікації хірурга, тривалого ретенційного періоду та ретельного диспансерного нагляду.

6. Тільки комплексний підхід в роботі команди лікарів в повній кооперації з батьками пацієнта дозволив нам досягнути прекрасного результату в надскладній ситуації.

### ПОСИЛАННЯ / REFERENCES

1. Mink van der Molen, A.B., van Breugel, J.M.M., Janssen, N.G., Admiraal, R.J.C., van Adrichem, L.N.A., Bierenbroodspot, F., Bittermann, D., van den Boogaard, M.-J.H., Broos, P.H., Dijkstra-Putkamer, J.J.M., et al. (2021). Clinical Practice Guidelines on the Treatment of Patients with Cleft Lip, Alveolus, and Palate: An Executive Summary. *Journal of Clinical Medicine*, 10(21): 4813. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm10214813>.
2. de Sa Leitao Pinheiro, F.H., Drummond, R.J., Frota, C.M., Bartzela, T.N., dos Santos, P.B. (2020). Comparison of early and conventional autogenous secondary alveolar bone graft in children with cleft lip and palate: A systematic review. *Orthodontics Craniofacial Research*, 23(4): 385–397. DOI: <https://doi.org/10.1111/ocr.12394>.
3. Doucet, J.C., Russell, K.A., Daskalogiannakis, J., Mercado, A.M., Hathaway, R.R., Semb, G., et al. (2023). Early secondary alveolar bone grafting and facial growth of patients with complete unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 60(6): 734–741. DOI: <https://doi.org/10.1177/10556656221080990>.
4. Chang, C.S., Wallace, C.G., Hsiao, Y.C., Chiu, Y.T., Pai, B.C.J., Chen, I.J., et al. (2016). Difference in the surgical outcome of unilateral cleft lip and palate patients with and without pre-alveolar bone graft orthodontic treatment. *Scientific Reports*, 6: 23597. DOI: <https://doi.org/10.1038/srep23597>.
5. Ma, L., Hou, Y., Liu, G., Zhang, T. (2021). Effectiveness of presurgical orthodontics in cleft lip and palate patients with alveolar bone grafting: A systematic review. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*, 122(1): 13–17. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2020.07.010>.
6. Meyer, S., Mølsted, K. (2013). Long-term outcome of secondary alveolar bone grafting in cleft lip and palate patients: a 10-year follow-up cohort study. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 47(6): 503–508. DOI: <https://doi.org/10.3109/2000656X.2013.789036>.

7. Russell, K., Long, R.E. Jr., Daskalogiannakis, J., Mercado, A., Hathaway, R., Semb, G., et al. (2016). A multicenter study using the SWAG scale to compare secondary alveolar bone graft outcomes for patients with cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 53(2): 180–186. DOI: <https://doi.org/10.1597/14-215>.
8. Allareddy, V., Bruun, R., MacLaine, J., Markiewicz, M.R., Ruiz, R., Miller, M.A. (2020). Orthodontic preparation for secondary alveolar bone grafting in patients with complete cleft lip and palate. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 32(2): 205–217. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.coms.2020.01.003>.
9. de Souza Freitas, J.A., Garib, D.G., Oliveira, M., de C.M.C. Lauris, R., de Almeida, A.L.P.F., Neves, L.T., et al. (2012). Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies — USP (HRAC-USP) - Part 2: Pediatric Dentistry and Orthodontics. *Journal of Applied Oral Science*, 20(2): 268–281. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1678-77572012000200024>.
10. Bittermann, G.K.P., de Ruiter, A.P., Janssen, N.G., Bittermann, A.J.N., van der Molen, A.M., van Es, R.J.J., et al. (2016). Management of the premaxilla in the treatment of bilateral cleft of lip and palate: what can the literature tell us? *Clinical Oral Investigations*, 20(2), 207–217. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00784-015-1589-y>.
11. Liou, E.J.W., Chen, P.K.T., Huang, C.S., Chen, Y.R. (2004). Orthopedic intrusion of premaxilla with distraction devices before alveolar bone grafting. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 113(3): 818–826. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000105333.88945.08>.
12. Meazzini, M., Lematti, L., Mazzoleni, F., Rabbiosi, D., Bozzetti, A., Brusati, R. (2010). Vertical excess of the premaxilla in bilateral cleft lip and palate patients: a protocol for treatment. *Journal of Craniofacial Surgery*, 21(2): 499–502. DOI: <https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e3181cffb4d>.
13. Phadkule, S.S., Shivaprakash, G., Kumar, G.A., Shamnur, N. (2014). Customized appliance for intrusion and retraction of premaxilla in bilateral cleft palate patient. *Journal of Indian Orthodontic Society*, 48(4): 561–565. DOI: <https://doi.org/10.1177/0974909820140809S>.
14. Meazzini, M.C., Cohen, N., Autelitano, L., Radojicic, J. (2021). Non-surgical treatment of vertical excess of the premaxilla in growing bilateral cleft lip and palate patients. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 50(12): 1576–1582. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2021.04.012>.
15. Meazzini, M.C., Cohen, N., Battista, V.M.A., Incorvati, C., Biglioli, F., Autelitano, L. (2022). Orthodontic pre grafting closure of large alveolar bony and soft tissue gaps. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 59(3): 347–354. DOI: <https://doi.org/10.1177/10556656211007697>.
16. Wirthlin, J.O. (2017). The orthodontist's role in the management of patients with cleft lip and palate undergoing alveolar bone grafting. *Seminars in Orthodontics*, 23(3), 268–278. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.sodo.2017.05.003>.
17. Uzel, A., Benlidayı, M.E., Kürkçü, M., Kesiktaş, E. (2019). The effects of maxillary expansion on late alveolar bone grafting. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 77(3): 607–614. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2018.07.022>.
18. Ahn, H.W., Kim, S.J., Baek, S.H. (2021). Miniplate-anchored maxillary protraction in adolescent patients with cleft lip and palate. *Orthodontics & Craniofacial Research*, 24(Suppl 1): 21–30. DOI: <https://doi.org/10.1111/ocr.12446>.
19. On, S.W., Baek, S.H., Choi, J.Y. (2018). Effect of long-term use of facemask with miniplate on maxillary protraction in patients with cleft lip and palate. *Journal of Craniofacial Surgery*, 29(2): 309–314. DOI: <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000004122>.
20. Padwa, B.L. (2020). Alveolar bone graft without presurgical orthodontics. Webinar presented at: Third International Cleft Care Workshop. October 2–11, Chennai, India.
21. Schechter, J., Shetye, P.R. (2024). Orthodontic Treatment of Patients with Cleft Lip and Palate from Birth through Maturity. *Seminars in Orthodontics*. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.sodo.2024.09.006>.
22. Cheng, L., Xia, K., Sun, W., Yu, L., Zhao, Z., Liu, J. (2024). Orthodontic camouflage treatment for a patient with bilateral cleft lip and palate. *European Journal of Medical Research*, 29: 119. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40001-023-01589-3>.
23. Palikaraki, G., Makrygiannakis, M.A., Zafeiriadis, A.A., et al. (2021). The effect of facemask in patients with unilateral cleft lip and palate: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Orthodontics*, 43(1): 69–79. DOI: <https://doi.org/10.1093/ejo/cjaa027>.
24. Benitez, B.K., Brudnicki, A., Surowiec, Z., et al. (2022). Digital impressions from newborns to preschoolers with cleft lip and palate. *JPRAS*, 75(11): 4233–4242. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2022.08.015>.

25. Padovano, W.M., Skolnick, G.B., Naidoo, S.D., et al. (2022). Long-term effects of nasoalveolar molding in patients with unilateral cleft lip and palate: A systematic review and meta-analysis. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 59(4): 462–474. DOI: <https://doi.org/10.1177/10556656211009702>.
26. Jahanbin, A., Shafae, H., Pahlavan, H., et al. (2022). Efficacy of bone-anchored maxillary protraction in cleft lip and palate patients. *Journal of Craniofacial Surgery*, 33(3): 777–782. DOI: <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000008972>.
27. Monga, N., Kharbanda, O.P., Dave, H., et al. (2022). Presurgical infant orthopaedics and nasoalveolar molding. In: Kharbanda O.P. (Ed.), *Cleft Orthodontics*. Thieme, 101–117. DOI: <https://doi.org/10.1055/b-0042-189212>.
28. Kozelj, V. (2023). Presurgical orthopedic treatment before cheiloplasty in cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 60(5): 1234–1240. DOI: [https://doi.org/10.1597/1545-1569\\_1999\\_036\\_0515\\_cpbpot\\_2.3.co\\_2](https://doi.org/10.1597/1545-1569_1999_036_0515_cpbpot_2.3.co_2).
29. Abd El-Ghafour, M., Aboulhassan, M.A., Fayed, M.M.S., et al. (2021). 3D-Printed Nasoalveolar Molding Appliance in Unilateral Cleft Lip and Palate Infants. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 58(2): 1370–1381. DOI: <https://doi.org/10.1177/1055665620954321>.
30. Shetye, P.R. (2024). Presurgical lip, alveolus, and nose approximation (PLANA) for infants with clefts. *Journal of Craniofacial Surgery*, 35(1): 45–50. DOI: <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000010107>.

### Comprehensive Rehabilitation of a Patient with a Congenital Facial Anomaly. A Journey of 25 Years

Sokolovskiy, V.<sup>1</sup>, Borges, S.<sup>2</sup>, Lima, S.<sup>3</sup>, Nobrega, E.<sup>4</sup>, Yefimenko, V.<sup>5</sup>, Shafeta, O.<sup>6</sup>, Nagovitsyn, V.<sup>7</sup>, Burkland, K.<sup>7</sup>

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

<sup>2</sup> Organizer of the international project Rotary Smile Ukraine, orthodontist, Arcos, Brazil

<sup>3</sup> Professor, orthognathic surgeon of the Mater Dei clinic, São Paulo, Brazil

<sup>4</sup> Plastic surgeon, Centrinho hospital, Bauru, Brazil

<sup>5</sup> Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Pediatric Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery of the O.O. Bogomolets National Medical University

<sup>6</sup> PhD, Assistant Professor of the Department of Pediatric Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery of the O. O. Bogomolets Medical University

<sup>7</sup> Dental surgeon of the *Flash Smile* clinic

**Relevance.** Congenital cleft lip and palate is the third most common congenital anomaly in newborns worldwide (among all congenital anomalies). Depending on the region, the incidence ranges from one case per 400 newborns to one case per 1,500 newborns. In Ukraine, on average, one child is born per 650 newborns. This pathology causes serious functional and aesthetic problems for the patient from birth. The significant variability of congenital disorders does not allow for a fully standardized treatment protocol for these patients, requiring an individualized approach to their solution by doctors of different specializations.

**This study aimed** to assess the effectiveness of treating a patient with congenital cleft lip and palate from birth until full dental rehabilitation.

**Materials and methods.** Treatment was conducted from 2001 to 2025 at the Children's Clinical Hospital No. 7 in Kyiv, the Department of Pediatric Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery of Bogomolets National Medical University, and the Flash Smile private dental clinic.

**Conclusions.** As a result of long-term work (25 years) by many doctors with narrow specializations, we achieved an excellent aesthetic and functional treatment outcome. Chewing efficiency was restored to 100%, and the aesthetics of the smile and appearance were entirely satisfactory for the patient. Pronunciation remained unaffected, with only minor rhinolalia. During the treatment, we encountered several complex problems that required atypical approaches, which were not included in the protocol treatment methods. The primary challenge in the treatment process was the presence of a severe cicatricial deformation of the palate. To prevent it, it is necessary to use minimally traumatic methods of surgical intervention.

Removable orthodontic appliances showed their low efficiency.

The use of orthognathic surgery enables the effective resolution of bite problems, but it requires a highly qualified surgeon, an extended retention period, and careful postoperative supervision.

Only a comprehensive approach, in full cooperation with the patient's parents, allowed the team of doctors to achieve an excellent result in a challenging situation.

**Keywords:** cleft palate, cicatricial deformity of the upper lip and palate, malocclusion, orthodontic treatment, orthognathic surgery, bone grafting, orthopedic treatment, zirconium dioxide bridge construction.

**Соколовський Вадим** — лікар-ортодонт вищої категорії, власник та головний лікар клініки "Flash Smile."

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

**Saulo Borges** — організатор міжнародного проєкту "Rotary Smile Ukraine," лікар-ортодонт, Arcos, Бразилія.

**Sergio Lima** — професор, ортогнатичний хірург клініки Mater Dei, Сан-Пауло, Бразилія.

**Eudes Nobrega** — пластичний хірург, Centrinho hospital, Vauru, Бразилія.

**Єфименко Владислав** — кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-9926-8901>

**Шафета Олег** — PhD, асистент кафедри дитячої хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Медичного університету імені О.О. Богомольця

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-8804-7206>

**Наговіцин Володимир** — стоматолог-хірург клініки "Flash Smile."

**Бюркланд Кирило** — стоматолог-ортопед клініки "Flash Smile."

*Стаття: надійшла до редакції 12.05.2025 р.; прийнята до друку 18.06.2025 р.*