

Методологический алгоритм устранения врожденной асимметричной расщелины верхней губы и неба

Рогожина Ю.С.^{1,2}, Блохина С.И.², Бимбас Е.С.²¹Многопрофильный клинический медицинский центр (МКМЦ) «Бонум»²Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Резюме

Актуальность. Современное представление проблемы специализированной помощи детям с врожденной расщелиной верхней губы и неба в литературе описано как системообразующий комплекс лечебных и хирургических пособий. Актуальным остается вопрос дальнейшей разработки индивидуальных способов и схем алгоритмов реабилитации детей со сложными видами расщелин, демонстрирующих выраженную асимметрию пораженных тканей. Создание особых алгоритмов лечебной тактики и выбор способа оперативного пособия при асимметричных формах расщелины верхней губы и неба предполагает взаимодействие каждого специалиста с учетом многообразия клинических характеристик сложных вариантов порока.

Цель. На конкретном клиническом материале описать особенности алгоритма устранения асимметричной расщелины верхней губы и неба с учетом авторских способов хейлориноуранопластики.

Материалы и методы. За период 2015–2019 гг. в клинике МКМЦ «Бонум» изучена группа пациентов (62 человека), имеющих врожденную асимметричную расщелину верхней губы и/или неба, в том числе с дефицитом собственных тканей. В процессе исследования использовались клинические, антропометрические, статистические методы, анализ фотографий пациентов.

Результаты. Разработан алгоритм устранения сложного варианта поражения тканей и структур челюстно-лицевой области с учетом авторских технологий оперативной помощи.

Выводы. Предложенный методологический алгоритм лечебной тактики сложных клинко-анатомических вариантов расщелины верхней губы и/или неба позволяет оценить тяжесть поражения челюстно-лицевой области, установить показания к применению дополнительных лечебных методов ортодонтно-хирургической подготовки к хейлориноуранопластике и адекватно выбрать способ оперативного вмешательства.

Использование авторских способов хирургического устранения асимметричной расщелины верхней губы и/или неба, в том числе и «широких» расщелин с дефицитом собственных тканей, повышает эффективность оперативной и реабилитационной тактики в общем комплексе специализированной помощи пациентам со сложными поражениями тканей челюстно-лицевой области.

Информированность врачей челюстно-лицевой хирургии и специалистов реабилитационной стоматологии о современных методах оперативной помощи, об усовершенствованном методологическом алгоритме устранения асимметричной расщелиной верхней губы и/или неба, в том числе с дефицитом собственных тканей, может служить «дорожной картой» развития специализированного междисциплинарного комплекса восстановления здоровья данной категории больных.

Ключевые слова: асимметричная расщелина верхней губы и/или неба, усовершенствованный алгоритм устранения сложных вариантов поражений тканей челюстно-лицевой области.

Для цитирования: Рогожина Ю. С., Блохина С. И., Бимбас Е. С. Методологический алгоритм устранения врожденной асимметричной расщелины верхней губы и неба. Стоматология детского возраста и профилактика. 2020;20(2):116-122. DOI: 10.33925/1683-3031-2020-20-2-116-122.

Methodological algorithm for eliminating congenital asymmetric cleft of the upper lip and palate

Yu.S. Rogozhina^{1,2}, S.I. Blokhina², E.S. Bimbas²¹Multiprofile Clinical Medical Center «Bonum»²Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Abstract

Relevance. The current view of the problem of specialized care for children with congenital cleft upper lip and palate in the literature is described as a system-forming complex of medical and surgical aids. The issue of the further development of individual methods and algorithms for the rehabilitation of children of complex types of cleft, showing a pronounced asymmetry of the affected tissues, remains an urgent issue. The creation of «special» algorithms for therapeutic tactics and the choice of the method of surgical benefits of asymmetric forms of cleft upper lip and palate involves the interaction of each specialist, taking into account the variety of clinical characteristics of complex defects.

Purpose. On specific clinical material describe the features of the algorithm for eliminating the asymmetric cleft of the upper lip and palate, taking into account the author's methods of cheilorino-palatoplasty.

Materials and methods. For the period 2015-2019, a group of patients (62 patients) with congenital asymmetric cleft of the upper lip and / or palate, including those with deficiency of their own tissues, was studied in the Multiprofile Clinical Medical Center «Bonum». The study used clinical, anthropometric, statistical methods, analysis of photographs of patients.

Results. An algorithm has been developed to eliminate a complex variant of damage to tissues and structures of the maxillofacial region, taking into account the proprietary technologies for surgical care.

Conclusions. The proposed methodological algorithm for the treatment tactics of complex clinical and anatomical variants of the cleft of the upper lip and / or palate allows us to assess the severity of damage of the maxillofacial region, establish indications for the use of additional therapeutic methods for orthodontic-surgical preparation for cheilorino-palatoplasty and adequately choose the method of surgical intervention.

The use of original methods for surgical removal of asymmetric clefts of the upper lip and / or palate, including "wide" crevices with a deficit of their own tissues, increases the effectiveness of surgical and rehabilitation tactics in the general complex of specialized care for patients with complex tissue lesions of the maxillofacial region.

The awareness of maxillofacial surgery doctors and rehabilitation dentistry specialists about modern methods of surgical care, about an improved methodological algorithm for eliminating asymmetric cleft upper lip and / or palate, including with deficiency of own tissues, can serve as a «road map» for the development of a specialized interdisciplinary health recovery complex this category of patients.

Key words: asymmetric cleft of the upper lip and / or palate, an improved algorithm for eliminating complex variants of tissue lesions of the maxillofacial region.

For citation: Yu. S. Rogozhina, S. I. Blokhina, E. S. Bimbas. Methodological algorithm for eliminating congenital asymmetric cleft of the upper lip and palate. *Pediatric dentistry and dental prophylaxis*. 2020;20(2):116-122. DOI: 10.33925/1683-3031-2020-20-2-116-122.

ВВЕДЕНИЕ

Современное представление о проблеме специализированной помощи детям с врожденной расщелиной верхней губы и неба, по данным отечественной и зарубежной литературы, описано как системообразующий комплекс лечебных и хирургических пособий в соответствии с возрастом пациента, тяжестью поражения тканей и структур челюстно-лицевой области [1-10].

В данном ракурсе разработаны и предложены в практику федеральные клинические рекомендации, протоколы и стандарты специализированных технологий для данной категории пациентов [11-16], а также сформулированы основные критерии, используемые при оценке результатов хирургического лечения и социализации личности ребенка [17-22].

В рамках системного подхода к высокотехнологическому лечению пациентов с расщелиной лица и неба представляется актуальным вопрос дальнейшей разработки индивидуальных способов и схем алгоритмов реабилитационных процессов восстановительной терапии сложных видов расщелины, демонстрирующих выраженную асимметрию пораженных тканей [23].

Создание особых алгоритмов лечебной тактики и выбор способа оперативного пособия асимметричных форм расщелины верхней губы и неба предполагает взаимосвязан-

ное соотношение функционального действия каждого специалиста с учетом многообразия клинических характеристик сложных вариантов порока [13] (рис. 1, 2).

При формировании концепции алгоритма устранения асимметричной расщелины верхней губы и неба предусматривался тесный функционал авторских технологий специализированной ортодонтической подготовки [24, 25] в комплексе с авторскими технологиями челюстно-лицевого хирурга [26, 27]. При сочетании асимметричной расщелины неба с дефицитом собственных тканей применялся новый способ уранопластики с использованием дополнительного материала – «титановый шелк» [13, 28].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

На конкретном клиническом материале описать особенности алгоритма устранения асимметричной расщелины верхней губы и неба с учетом авторских способов хейлоуранопластики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При оказании оперативной помощи детям с врожденной расщелиной верхней губы и неба в хирургической клинике МКМЦ «Бонум» за период 2015-2019 гг. выделена группа пациентов (62 человека), имеющих выраженную асимметрию пораженных тканей лица и

челюстей. Так, асимметричная двусторонняя расщелина верхней губы в сочетании с «типичной» односторонней или двусторонней расщелиной неба отмечена в девяти случаях (соответственно 6 и 3 пациента). Возраст детей при госпитализации составлял от 4 месяцев до 2,5 лет.

Диагноз «асимметричная изолированная расщелина неба» был установлен 32 детям, в возрасте от 1 года до 7 лет.

Асимметрия неба при «типичной» односторонней сквозной расщелине наблюдалась у 12 детей 1-7 лет; асимметрия неба при наличии «типичной» двусторонней сквозной расщелины – у 9 детей 1-8 лет.

В процессе исследования использовались клинические, антропометрические, статистические методы, анализ фотографий пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследуемая группа пациентов (62 человека) потребовала определенной детализации и обновления «традиционных» схем алгоритма реабилитации носителей врожденной расщелины верхней губы и/или неба. Усовершенствование базового алгоритма в случае регистрации асимметричной расщелины верхней губы и/или неба, в том числе и сложных форм поражения с дефицитом собственных тканей, предусматривало уточнения ключевых этапов комплексной реабилитации пациентов:

1. Регистрация и развернутая диагностика вида и тяжести порока.
2. Определение временных параметров ортодонтно-хирургической подготовки.
3. Оперативная помощь.
4. Оценка результатов эффективности авторских способов устранения врожденной челюстно-лицевой патологии.

На первом этапе уточняющей диагностики определялась выраженность асимметрии верхней губы и / или неба по вертикали и ширине с

помощью циркуля. Одновременно оценивался объем собственных тканей для полного закрытия расщелины лица и/или неба.

При планировании первичной уранопластики отмечено отсутствие возможности одномоментного полного закрытия дефекта неба местными тканями у 25 человек, возраст которых находился в пределах от 1 года до 8 лет.

Для уточнения дефектологии порока изготавливались контрольные модели и планировались

схемы его устранения с использованием дополнительного материала – «титанового шелка».

На этом же этапе проводилась необходимая дооперационная ортодонтическая подготовка детей с асимметричной расщелиной верхней губы, которую получили двое из девяти человек, начиная с периода новорожденности. Для устранения выраженной асимметрии в области альвеолярного отростка верхней челюсти применялись пластинчатые аппараты, изготовленные



Рис. 1. Варианты двусторонней асимметричной расщелины верхней губы

Fig. 1. Options for bilateral asymmetric cleft lip

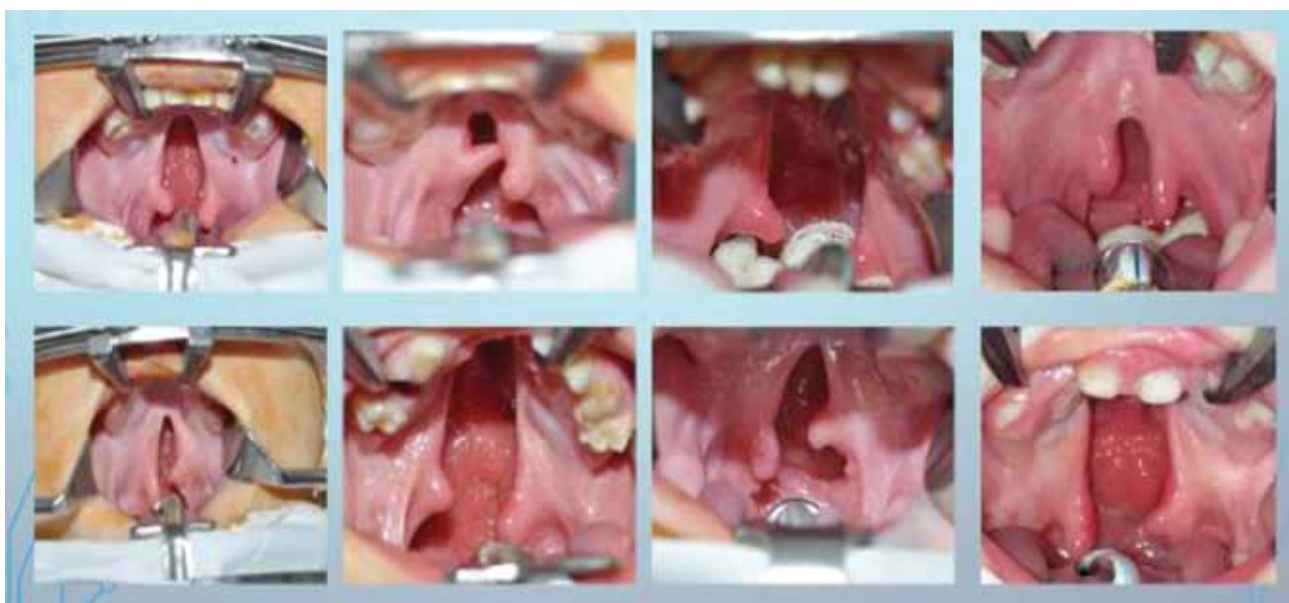


Рис. 2. Варианты расщелины неба с асимметрией мягкого неба и язычков

Fig. 2. Options for cleft palate with asymmetry of soft palate and reeds

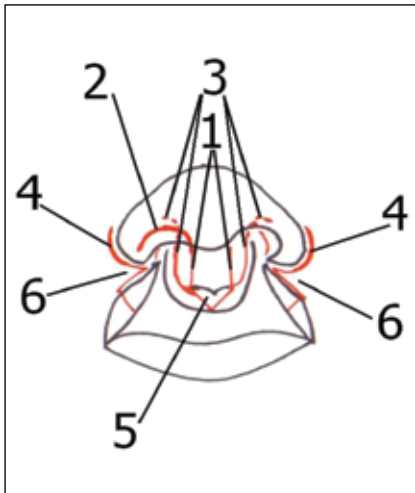


Рис. 3. Схема линий разрезов в области верхней губы и носа по предлагаемому способу

Fig. 3. The scheme of the lines of cuts in the upper lip and nose of the proposed method

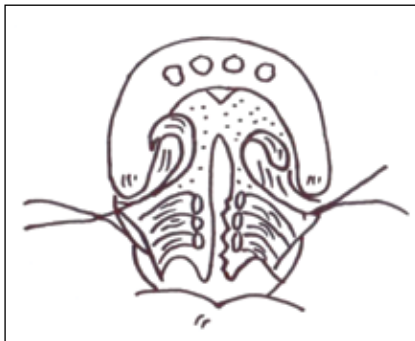


Рис. 5. Этап растяжения носовой слизистой и язычка по типу «гармошки» в области меньшего фрагмента мягкого неба

Fig. 5. Stage of stretching of the nasal mucosa and tongue of the accordion type in the region of a smaller fragment of the soft palate

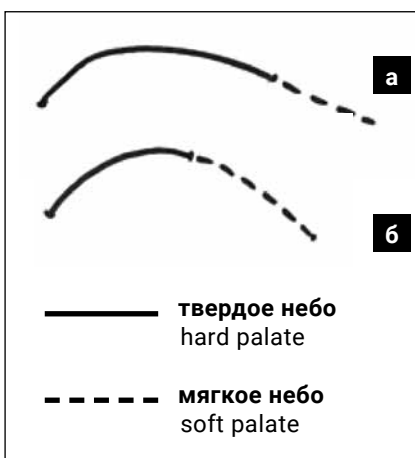
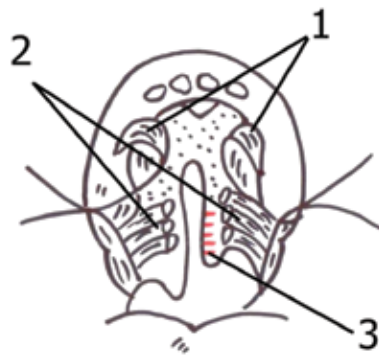


Рис. 7. Схема соотношения длины твердого и мягкого неба

Fig. 7. Scheme of the ratio of the length of the hard and soft palate



1 – отслойка слизисто-надкостничных лоскутов в области твердого неба с выделением сосудисто-нервных пучков

1 – detachment of the mucoperiosteal flaps in the area of the hard palate with the release of neurovascular bundles

2 – выделение и переориентация мышц мягкого неба

2 – isolation and reorientation of the muscles of the soft palate

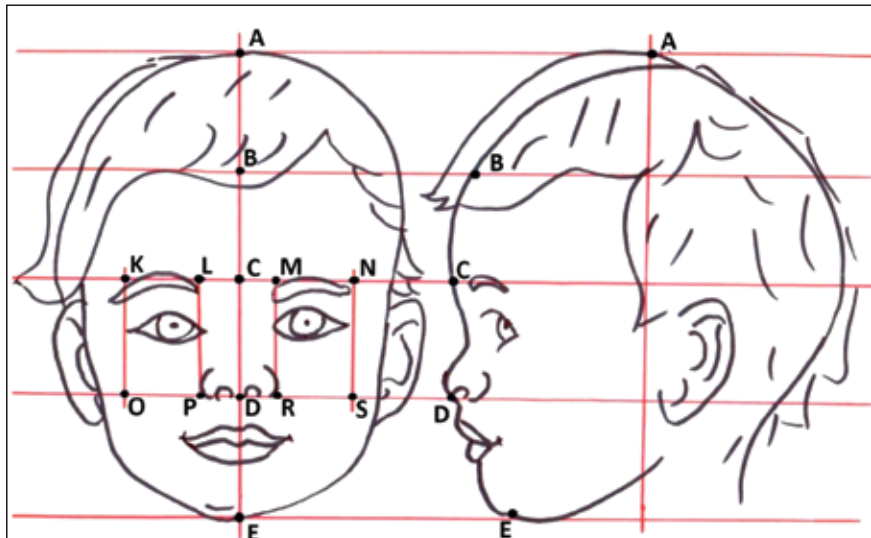
3 – мелкие поперечные разрезы на носовой слизистой меньшего фрагмента мягкого неба и язычка

3 – small transverse sections on the nasal mucosa of a smaller fragment of the soft palate and tongue

Рис. 4. Основные этапы операции

по устранению асимметрии мягкого неба и язычков

Fig. 4. The main stages of the operation to eliminate the asymmetry of the soft palate and reeds



АС – от наивысшей точки головы до брови

AC – from the highest point of the head to the eyebrow

СЕ – от брови до подбородка

CE – from eyebrow to chin

ВС – от линии роста волос до брови

BC – from hairline to eyebrows

CD – от брови до основания носа

CD – from eyebrow to base of nose

DE – от основания носа до подбородка

DE – from the base of the nose to the chin

PR – ширина носа

PR – nose width

LM – расстояние между внутренними уголками глаза

LM – distance between the inner corners of the eye

KL = MN – длина глаза

KL = MN – eye length

Рис. 6. Идеальные пропорции лица ребенка (Эндрю Лумис, 1956)

Fig. 6. Ideal proportions of the face of the child (Andrew Loomis, 1956)

по методике Долгополовой Г. В., адаптированные к различным видам расщелин [25]. Целью раннего предоперационного ортодонтического лечения являлось не только устранение смещения фрагментов верхней челюсти, протрузии межчелюстной кости, но и предупреждение развития деформации верхней челюсти в послеоперационном периоде.

При отсутствии предварительной ортодонтической подготовки у пациентов с асимметричной расщелиной верхней губы применялись хирургические технологии с использованием особой техники.

Анализ результатов ортодонтической подготовки пациентов с асимметричной расщелиной неба к уранопластике установил, что обследование и лечение у врача-ортодонта получили 17 детей из 53. В этих случаях специализированная помощь заключалась в сближении фрагментов верхней челюсти в сагиттальной и трансверсальной плоскостях. Отмечено, что пациенты с наиболее сложными видами поражения неба, с дефицитом собственных тканей, которые не имели возможности ортодонтической подготовки перед первичной уранопластикой по различным причинам, нуждались в индивидуальном планировании оперативного способа с использованием дополнительного наноматериала.

Следующий этап, определенный в алгоритме как этап оперативного устранения врожденной асимметричной расщелины верхней губы и/или неба, включал консультирование по анестезиологическому обеспечению, выбор способа оперативного вмешательства и оценку исходного состояния здоровья пациента.

Специализированная хирургическая помощь при двусторонней асимметричной расщелине верхней губы с учетом анатомо-клинических особенностей порока была оказана девяти пациентам с применением авторских технологий [26].

Техника операции

Выкраивались лоскуты в области боковых участков центрального фрагмента верхней губы: с одной стороны – кожно-подкожный, а со стороны опущенного крыла носа – кожно-хрящевой, содержащий кожу, арку и медиальную ножку крыльчатого хряща, сформиро-

ванный за счет продолжения медиального разреза вверх по ободку крыла носа, согласно предварительной разметке, и продолжения латеральных разрезов за медиальные ножки крыльчатых хрящей. При мобилизации и перемещении лоскутов кверху удлинялась колу-мелла и устранялась асимметрия арок крыльчатых хрящей. Для сужения крыльев носа разрезы в области боковых фрагментов верхней губы продолжались циркулярно за основания крыльев (рис. 3).

Если дефект верхней губы при асимметричной двусторонней расщелине превышал возможности его закрытия местными тканями, то хейлоринопластика проводилась с использованием «продленных» разрезов слизистой переходных складок верхней челюсти с двух сторон, вплоть до ретромолярных областей, с применением более широкой отслойки тканей верхней губы, а в некоторых случаях с использованием слизистой с передних отделов перегородки носа.

В соответствии с техникой операции в области срединного фрагмента верхней губы проводятся медиальные (1) и латеральные разрезы (3). Медиальный разрез со стороны опущенного крыла носа продолжается кверху по ободку крыла носа согласно разметке (2), с последующим формированием и перемещением кверху кожно-хрящевой лоскута. В области красной каймы срединного фрагмента верхней губы выкраивается V-образный лоскут (5), а в области боковых фрагментов – треугольные лоскуты (6). В области боковых фрагментов верхней губы разрезы продолжают циркулярно за основания крыльев носа (4).

Описанный способ позволял устранить асимметрию носа при первичной операции у детей с врожденной двусторонней асимметричной расщелиной верхней губы и получить стойкий анатомо-функциональный и эстетический эффект.

Пациенты, имеющие асимметричную расщелину неба (34 из 62 человек), оперировались по авторской технологии [27] в зависимости от степени асимметрии мягкого неба и язычков, протяженности дефекта, наличия дефицита собственных тканей неба. Хирургическая тактика заключалась в последовательном проведении следующих

этапов: в области носовой слизистой мягкого неба и язычка меньшей длины производились мелкие поперечные разрезы, глубиной и в количестве, которое требовалось для выравнивания длины тканей мягкого неба и язычка с тканями противоположной стороны. Затем ткани мягкого неба и язычка растягивались по типу «гармошки», что позволяло удлинить меньший фрагмент мягкого неба и язычок, затем две половины носовой слизистой и язычки симметрично сшивались между собой. Ротовую и носовую слизистую фиксировали между собой одним или несколькими П-образными швами.

На рисунках 4 и 5 показаны основные этапы операции по устранению асимметрии мягкого неба и язычков.

Представленный способ позволяет устранить асимметрию мягкого неба, сформировать правильную физиологическую форму язычка, предотвратить смещение слизисто-надкостничных лоскутов в исходное положение, уменьшить образование грубых рубцов и обеспечить активную работу мышц мягкого неба.

В случае сочетания асимметричной расщелины неба с дефицитом собственных тканей, а также при сложных «широких» вариантах порока при недостаточности собственных тканей, например изолированные расщелины неба, односторонние или двусторонние расщелины неба с шириной расщелины более 1,5-2,0 см, односторонние или двусторонние расщелины неба с диастазом фрагментов в области альвеолярного отростка более 0,5 см, использовался дополнительный материал «титановый шелк» с учетом особенностей общей характеристики дефекта [13].

Уровень недостаточности тканей определялся пропорцией ширины расщелины и размером небных пластинок с двух сторон. Оптимальным соотношением для эффективной пластики неба, на наш взгляд, является соотношение 2:1, при котором суммарная ширина небных пластинок с двух сторон в два раза больше ширины расщелины.

При дефиците собственных тканей данное соотношение было 1,5:1 и 1:1 или даже 0,5:1. В таких случаях использовался «титановый шелк» как дополнительный «поддерживающий» материал, который заво-

дился под мобилизованный край слизистой, а при двусторонней сквозной расщелине дополнительно укрывался опрокидывающимся лоскутом, выкроенным с межчелюстной кости.

При исполнении данной технологии полностью восстанавливалась целостность твердого неба, случаев отторжения «титанового шелка» не отмечено. Заживление первичным натяжением (до трех месяцев) зарегистрировано в 99% случаев. Только у двух пациентов эпителизация первичным натяжением протекала более длительно – свыше трех месяцев.

Период послеоперационного наблюдения выполнялся в следующем режиме: 2; 6; 12 месяцев и включал мероприятия по комплексующей реабилитации. Последующее ортодонтическое лечение рекомендовано после осмотра врача-ортодонта.

На третьем-четвертом этапах, восстанавливая «рельефную» анатомию средней зоны лица, а также устраняя дефекты и деформации верхней челюсти, нарушенные у пациентов с врожденной асимметричной расщелиной верхней губы и/или неба, мы комплексно оценивали анатомо-эстетические и функциональные преобразования воссозданной гармонии лица и челюстей с учетом авторских технологий оперативной помощи.

Используя некоторые наработки проекционной анатомии, предлагающие идеальные пропорции лица [29-31], мы оценивали пациентов с учетом возраста и индивидуальных характеристик внешности [21, 32], регистрировали послеоперационные эффекты формирования кончика и крыльев носа, а также степень восстановления круговой мышцы рта. Особо отмечали анатомо-функциональную сформированность носового хода и дна ноздри с обеих сторон, симметрию арок крыльчатых хрящей, правильность линии «лука Купидона» и красной каймы верхней губы, состояние рубцов. Особо отмечалась пропорциональность сформированной верхней губы и носа по отношению к другим частям лица (рис. 6).

Следующие соотношения параметров лица ребенка считаются идеальными: AC = CE; BC = CD = DE; PR = LM = KL = MN.

Оценивая функциональные результаты хейлоринопластики после устранения асимметричной

расщелины верхней губы констатировали следующие положительные позиции: улучшение носового дыхания, восстановление функции питания, звуко- и речеобразования.

Эффективность хирургического лечения врожденной асимметричной расщелины неба, в том числе с дефицитом собственных тканей, также оценивали по анатомо-функциональным результатам восстановительной операции, включающим следующие показатели: отсутствие послеоперационного остаточного дефекта; длина мягкого неба; состояние небно-глоточного кольца; работа мышц мягкого неба.

Одновременно регистрировалось состояние небного свода, отражающей способности звукового потока, значимого при речеобразовании, сформированного из твердого и мягкого неба. Для характеристики оценивались параметры преимущества длины твердого неба над мягким. Более благоприятным для правильного звукопроизношения является ситуация (рис. 7а), когда длина твердого неба значительно больше длины мягкого в соотношении 2:1, то есть отражающая поверхность твердого неба значительно больше поглощающей поверхности мягкого неба. На рисунке 7b показана менее благоприятная ситуация [33].

Усиление отражающей поверхности твердого неба обеспечивалось в том числе и за счет использования «титанового шелка» в операционном исполнении уранопластики, что «уплотняло» сформированные ткани твердого неба, улучшая условия звукопроизношения и артикуляции звуков, формирующихся в переднем отделе ротовой полости (например, звуки «п», «б», «т», «д»). Данная позиция положительно оценивалась логопедом на речевых занятиях в послеоперационном периоде, рекомендованных через один месяц после операции [34, 35]. Одновременно начинался курс реабилитационных мероприятий, включающих в себя: физиолечение; электромиостимуляцию мышц мягкого неба, стенок глотки и языка; логопедический массаж.

Уровень удовлетворенности родителей результатами проведенной оперативной помощи оценивался путем их интервьюирования по следующим показателям: субъективный клинический результат на момент выписки из стациона-

ра оценивали как «хороший» 84% (52 человека) и «удовлетворительный» – 16% (10 человек), через шесть месяцев после выписки оценивали как «хороший» 87% (54 человека) и «удовлетворительный» – 13% (8 человек).

Таким образом, предложенный алгоритм устранения врожденной асимметричной расщелины верхней губы и неба, основанный прежде всего на новых методах оперативной техники, имел прогностическое значение с точки зрения превентивности остаточных дефектов и деформаций первичных хейлорино- и уранопластик. Описанный алгоритм может служить существенным дополнением к современным методам динамического наблюдения и специализированного комплексного лечения пациентов со сложными вариантами врожденной челюстно-лицевой патологии.

Выводы

1. Предложенный алгоритм лечебной тактики сложных клинко-анатомических вариантов расщелины верхней губы и/или неба позволяет оценить тяжесть поражения челюстно-лицевой области, установить показания к применению дополнительных лечебных методов ортодonto-хирургической подготовки к хейлориноуранопластике и адекватно выбрать способ оперативного вмешательства.

2. Использование авторских способов хирургического устранения асимметричной расщелины верхней губы и/или неба, в том числе и «широких» расщелин с дефицитом собственных тканей, повышает эффективность оперативной и реабилитационной тактики в общем комплексе специализированной помощи пациентам со сложными поражениями тканей челюстно-лицевой области.

3. Информированность врачей челюстно-лицевой хирургии и специалистов реабилитационной стоматологии о современных методах оперативной помощи, об усовершенствованном методологическом алгоритме устранения асимметричной расщелиной верхней губы и/или неба, в том числе с дефицитом собственных тканей, может служить «дорожной картой» развития специализированного междисциплинарного комплекса восстановления здоровья данной категории больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Степанова Ю. А., Циплакова М. С. Основные направления в комплексной реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и неба. Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2013;1:36-43. [Yu. A. Stepanova, M. S. Ciplakova. The main directions in the comprehensive rehabilitation of children with congenital cleft lip and palate. Pediatric Traumatology, Orthopedics and Reconstructive Surgery. 2013;1:36-43. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17816/PTORS1136-43>.
2. Блохина С. И., Бобрович Т. Н., Леонов А. Г., Ершова О. Ю. Организация деятельности областного центра по лечению детей с врожденной черепно-лицевой патологией, последствиями травм. Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: материалы IV Всероссийской научно-практической конференции. Москва: МГМСУ. 2012:34-39. [S. I. Blohina, T. N. Bobrovich, A. G. Leonov, O. Yu. Ershova. Organization of the activities of the regional center for the treatment of children with congenital craniofacial pathology, the consequences of injuries. Congenital and hereditary pathology of the head, face and neck in children: topical issues of complex treatment: materials of the IV All-Russian Scientific and Practical Conference. 2012:34-39. (In Russ.)].
3. Токарев П. В., Шулаев А. В., Плаксина Л. В. Комплексный подход в лечении детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба в республике Татарстан. Вестник современной клинической медицины. 2015;8(3):52-56. [P. V. Tokarev, A. V. Shulaev, L. V. Plaksina. An integrated approach in the treatment of children with congenital clefts of the upper lip and palate in the Republic of Tatarstan Bulletin of modern clinical medicine. 2015;8(3):52-56. (In Russ.)]. https://elibrary.ru/download/elibrary_23642283_28228738.pdf.
4. Топольницкий О. З., Чуйкин О. С. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Республике Башкортостан. Современные проблемы науки и образования. 2015;4:360. [O. Z. Topolnickij, O. S. Chujkin. Rehabilitation of children with congenital cleft upper lip and palate in the Republic of Bashkortostan. Modern problems of science and education. 2015;4:360. (In Russ.)]. https://elibrary.ru/download/elibrary_23940193_99369332.pdf.
5. Рогожина Ю. С., Блохина С. И. Опыт хирургической реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба: комплексный подход, принципы и методы хирургической помощи. Научная дискуссия: Вопросы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Материалы III международной научно-практической конференции. Екатеринбург. УрФО. 2018:40-49. [Yu. S. Rogozhina, S. I. Blohina. The experience of surgical rehabilitation of children with congenital cleft upper lip and palate: an integrated approach, principles and methods of surgical care. Scientific discussion: Issues of surgical dentistry and maxillofacial surgery. Materials of the III international scientific and practical conference. 2018:40-49. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32394310>.
6. Мамедов Д. А. Лечение детей с врожденной расщелиной губы и неба в современных условиях развития здравоохранения России. Вестник Российской академии естественных наук. 2007;4:69-74. [D. A. Mamedov. Treatment of children with congenital cleft lip and palate in modern conditions of the development of healthcare in Russia. Bulletin of the Russian Academy of Natural Sciences. 2007;4:69-74. (In Russ.)].
7. M. L. Worley, K. G. Patel, L. A. Kilpatrick. Cleft Lip and Palate. Clin Perinatol. 2018;45;4:661-678. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2018.07.006>.
8. Егорова М. В., Карачунский Г. М., Амхадова М. А., Никитин А. А., Филатова Е. В. Ранняя комплексная реабилитация детей с полными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и неба. Стоматология детского возраста и профилактика. 2010;9;4:14-19. [M. V. Egorova, G. M. Karachunskij, M. A. Amhadova, A. A. Nikitin, E. V. Filatova. Early comprehensive rehabilitation
- of children with complete clefts of the upper lip, alveolar bone and palate. Pediatric Dentistry and Prevention. 2010;4:14-19. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17060811>.
9. Ершова О. Ю., Леонов А. Г., Ткаченко А. Е., Долгополова Г. В. Комплексный подход к реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в условиях специализированного центра. Системная интеграция в здравоохранении. 2015;1(25):26-35. [O. Yu. Ershova, A. G. Leonov, A. E. Tkachenko, G. V. Dolgoplova. An integrated approach to the rehabilitation of children with congenital cleft lip and palate in a specialized center. Health Systems Integration. 2015;1:26-35. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23868975>.
10. Дурново Е. А., Глявина И. А., Монакова Н. Е. Диагностические и лечебные аспекты реабилитации детей с врожденными пороками развития лица в Нижегородской области. Российский стоматологический журнал. 2013;5:46-48. [E. A. Durnovo, I. A. Glyavina, N. E. Monakova. Diagnostic and therapeutic aspects of rehabilitation of children with congenital malformations of the face in the Nizhny Novgorod region. Russian Dental Journal. 2013;5:46-48. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=21184252>.
11. Андреева О. В. Поэтапная реабилитация детей с врожденной расщелиной губы и неба. Вестник Чувашского университета. 2012;3:269-275. [O. V. Andreeva. Phased rehabilitation of children with congenital cleft lip and palate. Bulletin of the Chuvash University. 2012;3:269-275. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=18195648>.

Полный список литературы
находится в редакции

Конфликт интересов:

Авторы декларируют отсутствие
конфликта интересов/

Conflict of interests:

The authors declare no conflict of interests

Поступила/Article received 20.01.2020

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Рогожина Юлия Сергеевна, челюстно-лицевой хирург Государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Многопрофильного клинического медицинского центра (МКМЦ) «Бонум», ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург, Российская Федерация

rogozhina.u@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9484-6397>

Rogozhina Yulia S., maxillofacial surgeon of Multiprofile Clinical Medical Center (MCMC) «Bonum», assistant of the Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Ural State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg, Russian Federation

Блохина Светлана Ивановна, д.м.н., профессор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Ми-

нистерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург, Российская Федерация

kldvo@inbox.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0872-0574>

Blokhina Svetlana I., DSc, Professor, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Ural State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg, Russian Federation

Бимбас Евгения Сергеевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург, Российская Федерация

bimbases@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4122-2518>

Bimbases Evgenia S., DSc, Professor, Head of the Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Ural State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg, Russian Federation