



Способ оценки дефекта твердого неба у детей

М.Н. Митропанова, Ф.С. Аюпова, А.С. Назлиева*, Ж. Раад

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Врожденная расщелина верхней губы и неба у детей относится к тяжелым врожденным порокам и представляет собой патологию развития челюстно-лицевой области. При этом нарушаются важнейшие функции организма, такие как дыхание, сосание, глотание и формирование речи. Ранняя и точная диагностика размеров и характера дефекта позволяет своевременно определить сроки и успешно провести хирургические вмешательства на этапах мультидисциплинарной реабилитации.

Цель. Разработка и клиническое применение способа количественной оценки дефекта твердого неба у детей.

Материалы и методы. Проведена серия измерений анатомических ориентиров на гипсовых моделях 32 детей с врожденной расщелиной твердого и мягкого неба и расчет коэффициента дефекта.

Результаты. Предложен коэффициент дефекта, позволяющий дифференцировать степень поражения, стандартизировать диагностику и индивидуализировать лечение.

Заключение. Методика показала высокую эффективность и применимость в практике челюстно-лицевых хирургов.

Ключевые слова: расщелина неба, диагностика, количественная оценка, дети, хирургическое лечение

Для цитирования: Митропанова МН, Аюпова ФС, Назлиева АС, Раад Ж. Способ оценки дефекта твердого неба у детей: *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2025;25(2):145-150. DOI: 10.33925/1683-3031-2025-912

***Автор, ответственный за связь с редакцией:** Назлиева Алики Соломоновна, кафедра детской стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии, Кубанский государственный медицинский университет, 350053, ул. Митрофана Седина, д. 4, г. Краснодар, Российская Федерация. Для переписки: nazlievaas@ksma.ru

Конфликт интересов: Аюпова Ф.С. является членом редакционного совета журнала «Стоматология детского возраста и профилактика», но не имеет никакого отношения к решению опубликовать эту статью. Статья прошла принятую в журнале процедуру рецензирования. Об иных конфликтах интересов авторы не заявляли.

Благодарности: Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования. Индивидуальные благодарности для декларирования отсутствуют.

Method for assessing hard palate defects in children

M.N. Mitropanova, F.S. Ayupova, A.S. Nazlieva*, J. Raad

Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation

ABSTRACT

Relevance. Cleft lip and palate in children are among the most severe congenital anomalies and represent developmental disorders of the craniofacial region. These conditions disrupt vital functions such as breathing, sucking, swallowing, and speech development. Early and accurate diagnosis of the size and nature of the defect enables timely determination of the appropriate timing for successful surgical interventions at various stages of multidisciplinary rehabilitation.

Objective. To develop and implement a clinically applicable method for the quantitative assessment of hard palate defects in children.

Materials and methods. A series of anatomical landmark measurements was performed on plaster models of 32 children with congenital clefts of the hard and soft palate, followed by calculation of a defect coefficient.

Results. A defect coefficient is proposed to help differentiate the severity of the defect, standardize the diagnostic process, and support individualized treatment planning.

Conclusion. The method proved to be highly effective and clinically applicable in craniofacial surgical practice.

Keywords: cleft palate, diagnosis, quantitative assessment, children, surgical treatment

For citation: Mitropanova MN, Ayupova FS, Nazlieva AS, Raad J. Method for assessing hard palate defects in children. *Pediatric dentistry and dental prophylaxis*. 2025; 25(2):145-150. (In Russ.). DOI: 10.33925/1683-3031-2025-912

***Corresponding author:** Alik S. Solomonovna, Department of the Pediatric Dentistry, Orthodontics and Maxillofacial Surgery, Kuban State Medical University, 4 Mitrofan Sedin St., Krasnodar, Russian Federation, 350053. For correspondence: nazlievaas@ksma.ru

Conflict of interests: F.S. Ayupova is a member of the Pediatric dentistry and dental prophylaxis journal's editorial council but was not involved in the decision-making process regarding the publication of this article. The article underwent the standard peer-review process of the journal. The authors have declared no other conflicts of interest

Acknowledgments: The authors declare that there was no external funding for the study. There are no individual acknowledgments to declare.

ВВЕДЕНИЕ

Врожденная расщелина твердого и мягкого неба представляет собой аномалии развития, приводящие к нарушению жизненно важных функций: питания, дыхания и речи [1, 3-5]. Несмотря на существующие методы диагностики, традиционные подходы к оценке дефекта не позволяют точно планировать объем оперативного вмешательства на ранних этапах [2, 6, 8]. Существующая зависимость от методов лучевой диагностики создает дополнительные ограничения при обследовании детей младшего возраста [7].

В данной работе предложен новый способ оценки степени дефекта, позволяющий исключить лучевую нагрузку и повысить точность исследования.

Диагноз расщелины губы и неба устанавливается при осмотре челюстно-лицевой области ребенка сразу после его рождения с применением известных классификаций.

Авторы предлагают систематизацию врожденных аномалий неба, выделяя их по анатомическим, эмбриологическим и клиническим критериям. Одни из первых работ в этой области были посвящены описанию анатомических разновидностей расщелин, в дальнейшем исследователи расширили эту классификацию, учитывая степень вовлечения различных структур неба (Davis и Ritchie (1922), Brophy (1923), Veau (1931), Fogh-Andersen (1943), Kernahan и Stark (1958), Harkins и др. (1962), Broadbent и др. (1968), Spina (1973)). Эти работы были исследованы и обобщены в более поздних публикациях. В результате были выделены несколько типов расщелин с подробным описанием анатомических особенностей, подкрепленных графическими иллюстрациями [9].

В классификации, основанной на нарушениях эмбриогенеза, врожденные расщелины неба подразделяются на расщелины первичного и вторичного неба (односторонние и двусторонние), а также расщелины вторичного неба (мягкого, мягкого и частично твердого неба; срединные расщелины неба) [8].

В международной классификации болезней МКБ-10 расщелины неба имеют код Q35, с уточнениями разных вариантов дефектов, таких как односторонние и двусторонние формы, а также срединные расщелины [5].

А. А. Мамедов (1998) выделяет такие формы, как скрытые, частичные и полные расщелины неба, основываясь на особенностях строения тканей [7].

В большинстве известных классификациях анатомические особенности расщелины неба приводятся в описательной форме.

Известные методы диагностики включают измерения размеров укорочения твердого неба использованием рентгенографии. Так, способ планиметрического измерения укорочения твердого неба позволяет определить ширину небных пластинок, а также расстояние между краями костных структур [11]. На основе этих параметров рассчитывается коэффициент укорочения неба, который может быть выражен в

процентах. В зависимости от численного значения коэффициента выделяют I степень (1-15%), II степень (16-33%), III степень (34-45%). Это позволяет планировать маршрутную карту этапов хирургического вмешательства и предсказывать исход реабилитации. Однако следует отметить, что использование метода с применением лучевой диагностики имеет свои ограничения, особенно в отношении новорожденных, что требует внимательного выбора диагностических методов в педиатрической практике.

Для оптимизации показаний к применению различных методов оперативного вмешательства было предложено учитывать размеры дефекта и степень укорочения твердого неба согласно классификации Н.А. Давлетшина (2009):

- I степень – дефекты малого размера (до 1,5 см), отставание в росте твердого неба не выше I степени;
- II степень – дефекты среднего размера (до 2,5 см), II степень укорочения твердого неба;
- III степень – дефекты большого размера (свыше 2,5 см), III степень укорочения твердого неба [12].

Для оценки состояния твердого неба применяется метод компьютерной томографии, что накладывает ограничения на его использование в первые недели жизни ребенка. Это требует взвешенного подхода к выбору диагностических методов в детском возрасте.

Кроме того, известно «Устройство для оценки параметров неба» (патент №25990). Оно состоит из двух стержней, соединенных винтом с градуированными штифтами, однако оно не предусматривает количественной оценки размеров дефекта неба, что ограничивает его применение в точном планировании хирургических вмешательств.

Для точной диагностики и дифференциации дефекта важным шагом является внедрение количественной оценки, что позволяет более детально классифицировать степень дефекта и спланировать лечение.

Цель исследования – разработка и клиническая апробация способа определения степени дефекта твердого неба (патент RU2827846C1), основанного на процентном соотношении его размеров к индивидуальным анатомическим особенностям ребенка. Оценка эффективности метода в сокращении сроков лечения и повышении его результативности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на группе из 32 детей с врожденной расщелиной твердого и мягкого неба в возрасте от рождения до 1,5 лет. Всем пациентам были изготовлены гипсовые диагностические модели верхней челюсти

Этапы способа:

1. Построение на диагностической модели линии А, касательной к дистальным концам альвеолярного отростка.

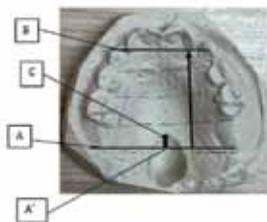


Рис. 1. Пациент К., 1 месяц.

Измерения на гипсовой модели

Fig. 1. Patient K., 1 month old. Landmark measurements on plaster model

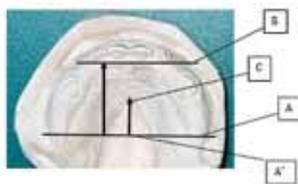


Рис. 2. Пациент М., 8 месяцев.

Измерения на гипсовой модели

Fig. 2. Patient M., 8 months old. Landmark measurements on plaster model

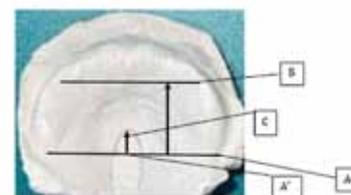


Рис. 3. Пациент Е., 1,2 года.

Измерения на гипсовой модели

Fig. 3. Patient E., 1,2 years old. Landmark measurements on plaster model

2. Проведение линии В через вершины бугров клыков.
3. Измерение расстояния АВ между линиями.
4. Определение точки С, соответствующей схождению краев расщелины, и измерение перпендикуляра А'С от линии А.
5. Расчет степени дефекта К по формуле:

$$K = (A'C / AB) \times 100\%$$

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследование выявило, что предложенный способ позволил не только точно определить степень дефекта у всех 32 пациентов, но и создать оптимальный план лечения для каждой группы. Результаты распределились следующим образом:

- Первая степень дефекта ($K \leq 30\%$) – 12 пациентов. Назначено раннее хирургическое вмешательство в периоде новорожденности с массажем неба и искусственным вскармливанием.
- Вторая степень дефекта ($31\% \leq K \leq 60\%$) – 10 пациентов. Проведена велоластика в возрасте 6-12 месяцев, диспансерное наблюдение у ортодонта и иммунокоррекция.
- Третья степень дефекта ($K \geq 61\%$) – 10 пациентов. План лечения включал велоластику в возрасте 1-1,5 лет с предварительной подготовкой и комплексным диспансерным наблюдением.

ОБСУЖДЕНИЕ

Разработанный способ исследования имеет значительное преимущество перед известными за счет минимизации рисков, в частности связанных с лучевой диагностикой. В отличие от методов компьютерной томографии, предложенная система основана на простой геометрической оценке гипсовых моделей, что позволяет получать высокоточные результаты без лучевого воздействия на организм ребенка.

Применение нового метода обеспечивает:

- дифференцированное планирование лечения: степень дефекта определяет сроки и объем хирургического вмешательства;
- сокращение сроков реабилитации: пациенты с первой и второй степенью дефекта демонстрировали более ранние улучшения за счет раннего начала лечения;

– индивидуальный подход: точное определение параметров позволяет учитывать анатомические особенности каждого ребенка.

При анализе полученных результатов выявлено несколько важных клинических особенностей. Например, у детей с дефектом III степени ($K \geq 61\%$) наблюдалась тенденция к выраженному нарушению формирования небных структур, что затрудняло не только планирование хирургического лечения, но и последующую логопедическую коррекцию. Это подтверждает необходимость ранней диагностики и строгой дифференциации степени дефекта.

Кроме того, при сравнении данного метода с традиционными подходами замечено, что количественная оценка дефекта позволяет более точно прогнозировать сроки реабилитации. В частности, у пациентов с первой степенью ($K \leq 30\%$) оперативное вмешательство на ранних этапах сопровождалось меньшими осложнениями, а срок адаптации к новым анатомическим условиям сократился в среднем на 15–20% по сравнению с группой, где лечение планировалось по стандартным схемам.

Пример из клинической практики подтверждает эффективность метода. Пациент, мальчик 8 месяцев с дефектом II степени ($K = 45\%$), имел значительное отставание в массе тела из-за затруднений при кормлении. После количественной оценки дефекта и проведения индивидуально спланированной операции удалось достичь выраженного улучшения: уже через месяц отмечалась нормализация питания, а к году ребенок практически не отличался в развитии от сверстников. Это подчеркивает значимость точного планирования лечения на основе количественного анализа.

Клинические примеры

Пример 1: Ребенок К., возраст 1 месяц, I степень дефекта ($K = 29\%$). Проведена ранняя велоластика в периоде новорожденности. На фоне комплексного подхода отмечено быстрое восстановление нормальных функций глотания и дыхания.

Пример 2: Ребенок М., возраст 8 месяцев, II степень дефекта ($K = 31\%$). Лечение включало велоластику в возрасте 10 месяцев и иммунокоррекцию. Через 6 месяцев наблюдалось улучшение речевых функций и нормализация дыхания.

Пример 3: Ребенок Е., возраст 1,2 года, III степень дефекта (К = 61%). Проведена велоластика с последующей иммунокоррекцией и диспансерным наблюдением у ортодонта. В течение года достигнуты стабильные анатомические результаты и восстановление речи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный способ количественной оценки дефекта твердого неба у детей обладает высокой

диагностической ценностью и обеспечивает индивидуализированное планирование оперативного лечения. Его применение позволяет значительно минимизировать осложнения, сократить сроки реабилитации, улучшить прогноз лечения и повысить качество жизни пациентов. Метод может быть рекомендован для внедрения в практику мультидисциплинарной реабилитации детей с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области в период формирования временного прикуса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рябых ЕВ, Рябых ДО, Удочкина ЛА, Нестеров АА, Останин АВ. Статистические данные о наличии врожденных расщелин челюстно-лицевой области по обращаемости в благотворительный фонд «Операция Улыбка». *Морфологический альманах имени В.Г. Ковешникова*. 2022;4:65-71. Режим доступа:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=54765403>

2. Мамедов АА, Геппе НА, Скакодуб АА, Волков ЮО, Паршикова СА, Горлова НВ, и др. Междисциплинарная программа ранней реабилитации новорожденных с расщелиной губы и неба. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2022;67(1):71-75.

doi: 10.21508/1027-4065-2022-67-1-71-75

3. Панфилова ВН. Размышления педиатра о вскармливании младенцев. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2020;65(1):100-104.

doi: 10.21508/1027-4065-2020-65-1-100-104

4. Нестерова ИВ, Митропанова МН, Чудилова ГА, Ковалева СВ, Матушкина ВА. Дефекты функционирования иммунной системы при рецидивирующих респираторных инфекциях у иммунокомпromетированных детей с врожденной расщелиной губы и неба. *Иммунология*. 2020;41(1):64-73.

doi: 10.33029/0206-4952-2020-41-1-64-73

5. Касимовская НА, Шатова ЕА. Врожденная расщелина губы и неба у детей: распространенность в России и в мире, группы факторов риска. *Вопросы современной педиатрии*. 2020;19(2):142-145.

doi: 10.15690/vsp.v19i2.2107

6. Рогожина ЮС, Блохина СИ, Бимбас ЕС. Особенности хирургического лечения асимметричных расщелин верхней губы и неба. *Стоматология детского*

возраста и профилактика. 2021;21(1):23-31.

doi: 10.33925/1683-3031-2021-21-1-23-31

7. Дудник ОВ, Мамедов АА, Билле ДС, Чертихина АС, Безносик АР. Особенности этиологии и патогенеза расщелины губы и неба челюстно-лицевой области. *Врач*. 2021;32(2):16-22.

doi: 10.29296/25877305-2021-02-03

8. Мухиддинов НД, Исмоилов ММ, Гулин АВ, Саидов МС. Современные взгляды на лечение больных с врожденной расщелиной неба (обзор литературы). *Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки*. 2017;22(6-2):1637-1644.

doi: 10.20310/1810-0198-2017-22-6-1637-1644

9. Allori AC, Mulliken JB, Meara JG, Shusterman S, Marcus JR. Classification of Cleft Lip/Palate: Then and Now. *Cleft Palate Craniofac J*. 2017;54(2):175-188.

doi: 10.1597/14-080

10. Wayne C, Cook K, Sairam S, Hollis B, Thilaganathan B. Sensitivity and accuracy of routine antenatal ultrasound screening for isolated facial clefts. *Br J Radiol*. 2002;75(895):584-589.

doi: 10.1259/bjr.75.895.750584

11. Надточий АГ, Старикова НВ, Фомина ГИ. Морфофункциональная характеристика языка у пациентов с расщелиной губы и неба по результатам мультиспиральной компьютерной томографии. *Стоматология*. 2012;91(4):54-59. Режим доступа:

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=18022680>

12. Шаймонов АХ, Ходжамуратов ГМ, Кадыров МХ, Саидов МС. Выбор метода хирургического лечения врожденной расщелины неба. *Вестник Авиценны*. 2016;(3):27-31. Режим доступа:

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28309371>

REFERENCES

1. Ryabykh EV, Ryabykh DO, Udochkina LA, Nesterov AA, Ostanin AV. Statistical data on the frequency of the congenital clefts of the maxillofacial area in accordance with the number of applicants registered at the "Operation Smile" Charity Foundation. *Morfologichnij al'manah imeni V.G. Koveshnikova*. 2022;(4):65-71 (In Russ.). Available from:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=54765403>

2. Mamedov AA, Geppe NA, Skakodub AA, Volkov YuO, Parshikova SA, Gorlova NV, et al. Interdisciplinary ap-

proach to early rehabilitation of newborns with cleft lip and cleft palate. *Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Peditrii (Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics)*. 2022;67(1):71-75 (In Russ.).

doi: 10.21508/1027-4065-2022-67-1-71-75

3. Panfilova VN. Pediatrician's thoughts about infant feeding. *Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Peditrii (Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics)*. 2020;65(1):100-104 (In Russ.).

doi: 10.21508/1027-4065-2020-65-1-100-104

4. Nesterova IV, Mitropanova MN, Chudilova GA, Kovaleva SV. Defects of immune system function in immunocompromised children with cleft lip and palate and recurrent respiratory infections. *Immunologia*. 2020;41(1):64-73 (In Russ.).

doi: 10.33029/0206-4952-2020-41-1-64-73

5. Kasimovskaya NA, Shatova EA. Congenital Cleft Lip and Palate in Children: Prevalence Rate in Russia and Worldwide, Risk Factors. *Current Pediatrics*. 2020;19(2):142-145 (In Russ.).

doi.org/10.15690/vsp.v19i2.2107

6. Rogozhina YuS., Blokhina SI, Bimbis ES. Characteristics of asymmetric cleft lip and palate surgical treatment. *Pediatric dentistry and dental prophylaxis*. 2021;21(1):23-31 (In Russ.).

doi: 10.33925/1683-3031-2021-21-1-23-31

7. Dudnik OV, Mamedov AA, Bille DS, Chertikhina AS, Beznosik AR. Specific features of the etiology and pathogenesis of cleft lip and palate of the maxillofacial area. *Vrach*. 2021;32(2):16-22 (In Russ.).

doi: 10.29296/25877305-2021-02-03

8. Mukhiddinov ND, Ismoilov MM, Guln AV, Saidov MS. Modern views for the treatment of patients

with the norbed nuba crossroads (literature review). *Vestnik of Tambov University. Series: Natural and Technical Sciences*. 2017;22(6-2):1637-1644 (In Russ.).

doi: 10.20310/1810-0198-2017-22-6-1637-1644

9. Allori AC, Mulliken JB, Meara JG, Shusterman S, Marcus JR. Classification of Cleft Lip/Palate: Then and Now. *Cleft Palate Craniofac J*. 2017;54(2):175-188.

doi: 10.1597/14-080

10. Wayne C, Cook K, Sairam S, Hollis B, Thilagathan B. Sensitivity and accuracy of routine antenatal ultrasound screening for isolated facial clefts. *Br J Radiol*. 2002;75(895):584-589.

doi: 10.1259/bjr.75.895.750584

11. Nadtochii AG, Starikova NV, Fomina GI. Morphofunctional tongue features revealed by multispiral ct in cleft lip and palate patients. *Stomatologia*. 2012;91(4):54-59 (In Russ.). Available from:

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=18022680>

12. Shaimonov AH, Khojamuradov GM, Kadyrov MH, Saidov MS. Choice of surgical treatment incongenital cleft palate. *Avicenna bulletin*. 2016;(3):27-31 (In Russ.). Available from:

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28309371>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Митропанова Марина Николаевна, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой детской стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии Кубанского государственного медицинского университета, Краснодар, Российская Федерация

Для переписки: mmitropanova@mail.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8222-7679>

Аюпова Фариды Сагитовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии Кубанского государственного медицинского университета, Краснодар, Российская Федерация

Для переписки: farida.sag@mail.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3759-3474>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Marina N. Mitropanova, DMD, PhD, DSc, Docent, Head of the Department of Pediatric Dentistry, Orthodontics and Maxillofacial Surgery, Kuban State Medical University, Russian Federation

For correspondence: mmitropanova@mail.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8222-7679>

Farida S. Ayupova, DMD, PhD, Associate Professor, Department of Pediatric Dentistry, Orthodontics and Maxillofacial Surgery, Kuban State Medical University, Russian Federation

For correspondence: farida.sag@mail.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3759-3474>

Corresponding author:

Aliki S. Nazlieva, DMD, Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, Orthodontics and Maxillo-

Автор, ответственный за связь с редакцией:

Назлиева Алики Соломоновна, ассистент кафедры детской стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии Кубанского государственного медицинского университета, Краснодар, Российская Федерация

Для переписки: nazlievaas@ksma.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6439-5337>

Жак Раад, ординатор кафедры стоматологии Кубанского государственного медицинского университета, Краснодар, Российская Федерация

Для переписки: jackraad@mail.ru

ORCID: <http://orcid.org/0009-0008-6222-7679>

facial Surgery, Kuban State Medical University, Russian Federation

For correspondence: nazlievaas@ksma.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6439-5337>

Jack Raad, DMD, Resident, Department of Dentistry, Kuban State Medical University, Russian Federation

For correspondence: jackraad@mail.ru

ORCID: <http://orcid.org/0009-0008-6222-7679>

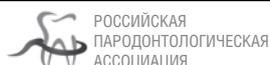
Поступила / Article received 18.04.2025

Поступила после рецензирования / Revised 07.05.2025

Принята к публикации / Accepted 11.05.2025

Вклад авторов в работу. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICME, а также согласны принять на себя ответственность за все аспекты работы. Митропанова М. Н. – научное руководство, написание рукописи – редактирование и рецензирование. Аюпова Ф. С. – формальный анализ, проведение исследования, написание рукописи – редактирование и рецензирование, Назлиева А. С. – проведение исследования, подготовка черновика рукописи, написание рукописи, Раад Ж. – подготовка черновика рукописи.

Author's contribution. All authors confirm that their authorship meets the international ICME criteria and agree to be accountable for all aspects of the work. Mitropanova M. N. – writing-original draft, editing, Ayupova F. S. – formal analysis, investigation, writing-review and editing, Nazlieva A. S. – investigation, writing-original draft, writing-review, Raad J. – writing-original draft.



ЖУРНАЛЫ ИЗДАТЕЛЬСКОЙ ГРУППЫ РПА

Журнал «Стоматология детского возраста и профилактика»

Стоимость годовой подписки в печатном виде на 2025 год по России – 5000 рублей

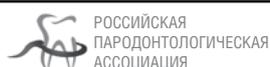
Подписной индекс в каталоге «Урал-Пресс» – ВН002232

Электронная версия в открытом доступе

www.detstom.ru

PubMed NLM ID:101516363

Импакт-фактор: 1.3



ЖУРНАЛЫ ИЗДАТЕЛЬСКОЙ ГРУППЫ РПА

Журнал «Пародонтология»

Стоимость годовой подписки в печатном виде на 2025 год по России – 5000 рублей

Подписной индекс в каталоге «Урал-Пресс» – ВН018904

Электронная версия в открытом доступе

www.parodont.ru

PubMed NLM ID: 101535619

Импакт-фактор: 1.8