

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
Национальный центр охраны материнства и детства МЗ КР
Кыргызско – Российский Славянский Университет
Медицинский факультет
Кафедра стоматологии детского возраста,
челюстно – лицевой и пластической хирургии

**Составители: д.м.н., проф. Узакбаев К.А., к.м.н., доцент Тыналиев У.А., д.м.н.,
профессор Юлдашев И.М., врачи: Мамыралиев А.Б., Бигишиев М.П., Керимкулов
З.А., Абдышев Т.К.**

Врожденные расщелины верхней губы и неба

Методические рекомендации для студентов старших курсов и врачей

Бишкек - 2011 г.

Составители: к.м.н., доцент Тыналиев У.А., д.м.н., профессор Юлдашев И.М., засл. врач КР, к.м.н. Джумаев А.Т., врачи: Мамырралиев А.Б., Бигишиев М.П., Керимкулов З.А., Абдышев Т.К.

Врожденные расщелины верхней губы и неба. Методические рекомендации для врачей. -Бишкек: Издательство КРСУ, 2011.- С. -37.

Рассматриваются вопросы эпидемиологии, этиопатогенеза, клиники, комплексного лечения и профилактики врожденных расщелин верхней губы и неба.

Большое внимание уделяется клинической картине заболевания, вовлечению смежных областей в патологический процесс, методам оперативного лечения, послеоперационным осложнениям, прогнозу лечения, диспансерному наблюдению специалистов участвующих в лечении детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба, а также дооперационному обследованию этих детей.

Предназначено для студентов старших курсов стоматологического профиля высших учебных заведений и врачей.

Рецензенты:

Заведующая кафедрой детской стоматологии КГМА к.м.н., доцент Чолокова Г.С.

Доцент кафедры хирургической стоматологии, челюстно-лицевой и пластической хирургии с курсом имплантологии к.м.н. Шаяхметов Д.Б.

Рекомендовано к печати решением

НЦОМид 2011 г.

Введение

Эпидемиология врожденных расщелин верхней губы и неба:

В настоящее время в структуре детской заболеваемости и смертности в большинстве развитых стран на первое место выходят врожденные пороки развития (ВПР). По разным данным ВПР встречаются примерно у 5% новорожденных, а их вклад в структуру причин младенческой смертности достигает 20%.

Частота врожденных пороков развития человека является одним из важных показателей состояния здоровья населения. Расщелины верхней губы и неба в структуре антенатальной патологии занимают второе место по частоте среди других врожденных уродств человека. По статическим данным Европейских стран, рождение ребенка с расщелиной составляет один случай на 500-1000 новорожденных.

По данным ВОЗ (1990), частота расщелин губы и неба составляет 0,8-2 случая на 1000 новорожденных. Частота рождения детей с расщелинами верхней губы и неба значительно колеблется в разных странах и даже в различных регионах одной и той же страны. По данным Wide Smile (1996), для Азиатских стран этот показатель в среднем составляет 1 случай на 500 новорожденных, для Европейских стран – 1 случай на 700 новорожденных, для Африканских стран – 1 случай на 1000 новорожденных. В 2004 году показатель рождаемости населения РФ составил 10,2, т.е. 1,02% от общей численности населения России (143 млн. человек). Прирост детского населения – около 1 млн. 500 тыс. человек в год, и из них от 40 до 60 % рождаются с разными формами аномалий зубочелюстной системы (Кулаков А.А., Рогинский В.В., Дьякова С.В., Полякова Ю.В. 2007).

По данным А.С. Артюшкевич, Д.А. Гричанюк (2008) в связи с ухудшением экологической обстановки имеется тенденция к увеличению числа рождения детей с данной патологией в Республике Беларусь. Так, по их данным, а также национального генетического мониторинга в Республике Беларусь темп роста расщелин равен 0,025 случая на 1000 живорождённых в год. Это означает, что в Беларуси каждые 10 лет следует ожидать увеличение частоты расщелин на 1000 живорождённых в среднем на 0,25 случая.

В республике Узбекистан также отмечалось увеличение данных показателей, только в Ташкенте из числа новорожденных с пороками развития 13,2% составляют дети с пороками лица и шеи, среди которых каждый четвертый (25%) страдает врожденной расщелиной верхней губы и неба (ВРВГН) (Махкамов М.Э., Мамедов Ад.А. 2002).

В нашей республике по статистическим данным Орозобекова С.Б. (1981) этот показатель составляет 1 случай с ВРВГН на 764 новорожденных. Такие же исследования проводились профессором Абдрахмановым С.А. в 1991 году, так по его данным этот показатель варьировал в разных регионах республики от 1:404 до 1:745, в среднем этот показатель был равен 1:640 новорожденных. В настоящее время по данным научного отдела НЦОМиД распространенность ВРВГН составляет 1:779 или 1,28 детей с ВРВГН на 1000 новорожденных (2004-2009 гг.).

Этиопатогенез врожденных расщелин верхней губы и неба:

Расщелины губы и неба могут встречаться как изолированный порок развития (не синдромные расщелины губы и неба) и быть одним из симптомов врожденных синдромов (синдром Ван-Дер-Вуда, Пьера Робена и др.).

Врожденные расщелины губы и неба являются по данным многих исследователей пороками, индуцированными эндогенными и экзогенными факторами, замечено, что такие дети рождаются чаще у матерей с более поздним половым созреванием (Wyszynski D.F., Maestry N., 1994).

На сегодняшний день достоверно доказано, что лишь 20% пороков развития связаны с генными мутациями, 10% - с хромосомными, а остальные 70% - с влиянием экзогенных факторов. Следовательно, врожденные расщелины губы и неба можно рассматривать образно, как индикатор воздействия внешне средовых мутагенных и тератогенных факторов. (Беляков Ю.А., 1993; Щеплягина Л.А., 1995; Доклад ВОЗ, 1997).

Первое свидетельство того, что врожденные расщелины губы и неба имеют значительный генетический компонент было описано Fough-Andersen P. в 1942 году. В 1970, Fraser продемонстрировал, что механизмы формирования сочетанных расщелин губы и неба и изолированных расщелин неба различны; были идентифицированы различные участки хромосом, такие как 1q, 2p, 4q, 6p, 14q, 17q, 19q, которые содержат локусы, отвечающие за развитие врожденных расщелин губы и неба. По данным разных авторов более чем 20% пациентов имеют положительный семейный анамнез.

Дубинин Н.П. (2001) с соавторами отмечает, что в 11,3 % случаев рождение детей с расщелинами губы и неба у матерей в первом триместре беременности (1,5-2 месяца) диагностировались вирусные инфекции (краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловирус, герпес).

Алкогольная интоксикация в течение беременности является причиной эмбрионального алкогольного синдрома, который обуславливает задержку внутриутробного развития и значительное отставание в росте и развитии после рождения, а также дисморфизм лица. Недавно целым рядом эпидемиологических исследований было доказано, что употребление алкоголя в период беременности может привести к развитию орофациальных расщелин, мальформации ушей, лица (Werler M.M., 1991), риск увеличивается по мере увеличения количества употребляемого алкоголя (Shaw G.M., Lammer E.J., 1999).

Многими авторами (Wyszynski D.F., Shaw G.M., 1996; Chung C.S., 2000; Romitti P.A., 1999; Chrisensen K., 1999) и др. Достаточно изучен и факт корреляции материнского табакокурения и развития орофациальных расщелин, причем увеличение количества выкуриваемых сигарет сопровождалось значительным увеличением риска рождения ребенка с расщелиной.

Исследования авторов (Carmichael S.L., Shaw G.M., 1999; Park- Wyllie L., 2000;) определили повышение риска развития несиндромных расщелин губы и неба у детей при применении женщинами кортикостероидов в период 1-3 месяца беременности. Хотя кортикостероиды не оказывают выраженного тератогенного эффекта в терапевтических дозах, при увеличении дозы риск развития расщелин увеличивается, что подтверждается и исследованиями на животных.

Достаточно хорошо изучено и описано в литературе повышение риска появления врожденных дефектов при применении антиконвульсантов (гидантоины, оксазолидиндионы, вальпроевая кислота). Все три группы лекарственных препаратов приводят к появлению врожденных расщелин губы и неба. Отмечается значительное увеличение рождения детей с расщелинами губы и неба у матерей, принимавших бензодиазепины в первом триместре беременности (Safra M.J., Oakley G.P., 1975).

Хорошо известно, что женщины с эпилепсией подвержены риску появления потомства с орофациальными расщелинами. Этот риск приписывается в большей мере тератогенному эффекту противосудорожных препаратов, но фактор риска включает эпилепсию как таковую, либо лежащие в основе эпилепсии генетические факторы.

Впервые причастность аспирина, принимаемого в течение первого триместра беременности, в развитии орофациальной расщелины, была предложена Saxen I. (1975). Однако, многочисленные последующие исследования на животных и эпидемиологические данные у человека не выявили прямого неблагоприятного влияния на беременность и процесс формирования плода (Corby D.G., 1978).

К более редким факторам относятся травмы, высокий родительский возраст, хроническое или острое отравление токсическими веществами, ионизирующая радиация, рентгеновское излучение, нерациональное питание, авитаминозы, стрессовые ситуации (Притько А.Г., 1996).

Губина Л.К., Красникова О.П. провели анализ частоты рождаемости детей с расщелинами губы и неба в Воронежской области Российской Федерации с 1990 по 1997 годы. Оказалось, что в год в среднем рождается 48 детей, из них мальчики составили- 58,24% и девочки-41,76%, частота рождений на 1000 новорожденных-1,1. В исследованной группе 31,54% детей родилось недоношенными и 6,05% - переносными. Отмечен всплеск рождаемости детей с врожденными пороками после Чернобыльской аварии. Важность этиологического значения радиоактивного излучения в происхождении врожденных расщелин губы и неба подчеркивается и экспериментальными исследованиями на животных (93,4% потомства животных имело расщелины после облучения в критические периоды беременности).

При изучении социального аспекта рассматриваемой проблемы было выявлено, что преобладающее количество отцов занято физической работой (83%), умственным трудом занято 17%. Учитывая вышеуказанные данные, можно предположить низкий социальный уровень семей, и высокие цифры рождаемости детей с аномалиями в весенний период, возможно, связаны с тем, что начальный период беременности протекал в осенние месяцы, когда увеличивается употребление спиртных напитков не только промышленного, но и собственного изготовления.

Врожденные расщелины верхней губы.

Клиническая картина. Анатомические и функциональные расстройства.

В зависимости от степени анатомических изменений различают три формы расщелин верхней губы: скрытую, неполную и полную. При скрытой расщелине верхней губы наблюдается расщепление мышечного слоя с сохранением непрерывности кожного покрова и слизистой оболочки. При неполной расщелине ткани губы не срастаются только в нижних ее отделах, а у основания носа имеется правильно развитый участок или тонкий кожный мостик, соединяющий оба отдела губы между собой. При полной расщелине не срастаются все ткани на всем протяжении губы от красной каймы до дна носовой полости. Независимо от степени выраженности расщелины верхняя губа (срединная часть) всегда укорочена. Ткани подтянуты к вершине расщелины, правильное анатомическое соотношение отделов губы нарушено, красная кайма растянута вдоль краев расщелины.

При полных расщелинах верхней губы во всех случаях наблюдается неправильная форма крыла носа, расположенного на стороне расщелины. Крыло уплощено, растянуто, кончик носа несимметричен; искривлена хрящевая часть перегородки носа. Подобная деформация носа может встретиться и при некоторых формах неполных расщелин губы, что объясняется анатомической и функциональной неполноценностью тканевого слоя верхних отделов губы.

При расщелинах верхней губы с первых дней жизни у ребенка нарушается функция сосания из-за «негерметичности полости рта». При скрытых и неполных расщелинах верхней губы ребенок может брать грудь матери, прижимая ткани груди к нормально развитому альвеолярному отростку верхней челюсти и небу, компенсируя неполноценность мышц губы активным включением языка в акт сосания. При других формах расщелин питание ребенка может быть только искусственным. Наиболее тяжелые расстройства сосательной функции наблюдаются у детей с одновременными расщелинами губы и неба.

В данное время при диагностике врожденных расщелин верхней губы и неба используется клинико-анатомо-патогенетическая классификация Б.Л. Павлова и С.Б. Орозобекова:

Классификация врожденных расщелин губы и неба.

А. Изолированная расщелина верхней губы.

1. Односторонняя: (неполные, полная);
2. Двусторонние: симметричные (неполные, полные)
несимметричные (неполные, полные, полная + неполная);

В. Изолированные расщелины неба.

1. Расщелина твердого и мягкого неба: (полные, неполные);
2. Расщелина мягкого неба: (неполная, полная);

С. Комбинированные расщелины.

1. Расщелины губы, комбинированные с расщелинами альвеолярного отростка:
 - а) Односторонние расщелины верхней губы и альвеолярного отростка (неполная и полная).
 - б) Двусторонние расщелины верхней губы и альвеолярного отростка (неполные и полные, симметричные и несимметричные).
2. Расщелины губы, комбинированные с расщелинами твердого и мягкого неба (без расщелины альвеолярного отростка).
3. Расщелины губы, комбинированные с расщелинами альвеолярного отростка:
 - а) Односторонние расщелины губы, твердого и мягкого неба (неполная, полная).
 - б) Двусторонние (неполные и полные, симметричные и несимметричные) расщелины губы, твердого и мягкого неба.
4. Расщелины губы, комбинированные с расщелинами альвеолярного отростка и твердого и мягкого неба:
 - а) Односторонние расщелины губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба (неполная и полная).
 - б) Двусторонние расщелины губы, альвеолярного отростка твердого и мягкого неба (неполные и полные, симметричные и несимметричные).

Рассмотрение клинических особенностей необходимо вести отдельно по каждой форме врожденных расщелин в соответствии с классификацией Б.Л. Павлова, С.Б. Орозобекова.

Хирургическое лечение расщелин губы.

В настоящее время оптимальным для пластики губы считают возраст 6 месяцев, новорожденных оперируют только по специальным показаниям.

Для восстановления правильной анатомической формы и полноценной функции губы необходимо:

- 1) Устранить расщелину;
- 2) Удлинить верхнюю губу;
- 3) Исправить форму носа.

Методы пластики губы, которыми пользуются хирурги-стоматологи в настоящее время, условно можно разделить на три группы в зависимости от формы разрезов на коже губы. К I группе относятся так называемые линейные методы: Евдокимова, Лимберга, Милларда. Различаются эти методы способом формирования преддверия носа при полных расщелинах губы. Положительной стороной линейного метода является эстетичность линии рубца, совпадающей с границей фильтрума. Однако указанные методы не позволяют получить достаточное удлинение губы, необходимое при широких полных расщелинах. После рубцевания одна - половина «лука Купидона» подтягивается вверх, нарушая симметрию линии красной каймы. Кроме того, через несколько месяцев после пластики наблюдается врастание вдоль рубца слизистой оболочки красной каймы в виде треугольника.

Во II группу объединены предложенные Теннисоном (1952) и Л.В. Обуховой (1955) методы, в основу которых положено перемещение на коже в нижней трети губы треугольных кожных лоскутов с различной величиной углов. Они дают возможность получить необходимое удлинение тканей губы, что зависит от величины треугольного лоскута, заимствованного с малой части губы; позволяют сопоставить ткани губы и получить симметричную форму «лука Купидона». Анатомичность методов позволяет четко планировать операцию. Недостатком их можно считать необходимость пересечения линии фильтрума в поперечном направлении. Такое направление послеоперационного рубца снижает эстетический результат операции. Рекомендуется пользоваться указанными методами при не полных расщелинах верхней губы.

При полных расщелинах губы и неполных, сопровождающихся деформацией кожно-хрящевого отдела носа, хороший анатомический и функциональный эффект достигается сочетанием одного из описанных методов II группы с методом Лимберга. Такое сочетание двух методов с некоторыми дополнительными приемами используется в

клинике челюстно-лицевой хирургии НЦОМ и Д, что позволяет получить хороший косметический и функциональный эффект.

К III группе относятся методы Хагедорна (1884) и Ле Мезурье (1962), при которых удлинение губы достигается перемещением четырехугольного лоскута, выкраиваемого на малом фрагменте верхней губы.

Пластика верхней губы при изолированных двусторонних расщелинах, не сочетающихся с расщелиной альвеолярного отростка.

Эта операция проводится при помощи большинства писанных выше методов, использующихся для каждой стороны в отдельности. Одномоментная пластика двусторонней расщелины верхней губы у детей с расщелиной альвеолярного отростка и неба не позволяет получить высокий функциональный и эстетический результат. Этому мешают сложные анатомические взаимоотношения челюстных костей и дефицит мягких тканей. Верхняя губа получается неправильной анатомической формы, малоподвижная, спаянная рубцами с поверхностью межчелюстной кости. Впоследствии из-за отсутствия преддверия рта затрудняется ортодонтическое лечение таких детей.

На кафедре стоматологии детского возраста ММСИ разработан Двухэтапный метод пластики верхней губы, в основу которого положены элементы нескольких методов. Разрезы на коже губы делают по методу Лимберга - Теннисона, преддверие рта формируют по способу, предложенному группой американских хирургов. При полных расщелинах на боковом фрагменте губы выкраивают треугольные лоскуты по описанной методике Лимберга и Обуховой. На первом этапе операции закрывают расщелину только с одной стороны. Другую сторону расщелины закрывают через 2-2,5 мес. Применяя данную методику пластики верхней губы, можно добиться высоких эстетических и функциональных результатов. Хорошо сформированное преддверие рта позволяет проводить раннее ортодонтическое лечение.

Послеоперационные шрамы на верхней губе вначале красные и грубые, в процессе заживления и в течение последующих месяцев они постепенно побледнеют. К концу постоперационного года они поблекнут и не будут сильно бросаться в глаза.

Осложнения после пластики верхней губы. После оперативного вмешательства может произойти расхождение краев раны. Причиной этого могут быть натяжение краев раны из-за плохого препарирования тканей, недостаточно тщательное послойное ушивание тканей, развитие послеоперационного, воспалительного процесса в ране, травма. При расхождении краев раны у новорожденных не рекомендуется накладывать вторичные швы, так как это ухудшает результат последующей корригирующей операции.

Окончательный эффект операции определяется отдаленными результатами. Неглубокое рубцовое преддверие рта следует рассматривать как послеоперационное осложнение. Рубцы губы оказывают избыточное давление на альвеолярный отросток, вызывая с годами уплощение переднего отдела альвеолярной дуги верхней челюсти. Тяжелые деформации верхней челюсти вызываются рубцовыми изменениями тканей губы у детей с полными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и неба. Плохо сформированное, неглубокое преддверие рта не позволяет проводить ортодонтическое лечение и требует дополнительных хирургических вмешательств.

Послеоперационный уход за ребенком. Линию швов на губе оставляют без повязок во избежание мацерации кожи. Кормить ребенка начинают через 2-3 часа после наркоза или через 1,5-2 ч., если операция проводилась под местным обезболиванием. До снятия швов кормить лучше с ложечки, после снятия швов ребенка можно прикладывать к груди матери или кормить с помощью соски. Соска должна быть больших размеров, из мягкой резины, с небольшим отверстием. Детей с расщелиной неба во время кормления следует держать в вертикальном положении во избежание аспирации жидкой пищи.

Для предупреждения воспалительных явлений парэнтерально назначают антибиотики. Ежедневно следует проводить туалет раны в виде смазывания линии швов спиртом и наложением на рану тонкого слоя солкосерил дентальной адгезивной пасты (или мази Левомеколь при воспалительных процессах), как снаружи, так и в полости рта. Швы снимают на 6-8 сутки после операции. Чем раньше сняты швы, тем косметичнее получается рубец. Марлевый тампон из носа заменяется на пластмассовую трубочку, которая оставляется на 3 месяца для предотвращения сужения носового хода и смещения крыла носа.

Врожденные расщелины неба.

Из анатомических нарушений строения неба следует выделить 3 основных, которые вызывают тяжелые функциональные сдвиги и требуют хирургического устранения:

1. расщелину неба
2. укороченное мягкое неба
3. расширенный средний отдел глотки.

Расщелины неба по анатомической форме и размерам могут быть различными. Встречаются скрытые расщелины, расположенные только в пределах мышечного слоя мягкого неба или костной ткани твердого неба при развитой слизистой оболочке. Наблюдаются также расщелины только мягкого неба, которые могут быть неполные и полные. Неполные расщелины мягкого неба не доходят до границы с твердым небом.

Видимая часть полной расщелины мягкого неба достигает заднего края твердого неба и довольно часто сопровождается скрытым недоразвитием заднего отдела твердого неба. Различают расщелины мягкого и твердого неба, которые также могут быть неполными и полными. Полные расщелины распространяются до резцового отверстия. Расщелины мягкого и твердого неба всегда располагаются по средней линии неба. При этом основание сошника лежит свободно, не соединяясь с небными пластинками.

Наиболее тяжелые анатомические нарушения наблюдаются при полных расщелинах неба и альвеолярного отростка, так как всегда сопровождаются расщелиной верхней губы. Полные расщелины неба и альвеолярного отростка проходят в переднем отделе неба по границе резцовой кости с небной пластинкой и распространяются на альвеолярный отросток через второй резец или между первым и вторым резцами. Поэтому различают односторонние и двусторонние расщелины. При полных односторонних расщелинах верхней губы, альвеолярного отростка и неба основание сошника связано с краем небной пластинки противоположной стороны. При этом в результате нарушения мышечного равновесия происходит деформация альвеолярного отростка верхней челюсти. На здоровой стороне альвеолярная дуга как бы выпрямляется, в боковых отделах челюсти наблюдается ее сужение. При полных двусторонних расщелинах верхней губы, альвеолярного отростка и неба резцовая кость определяется как самостоятельное анатомическое образование, задние отделы которого переходят в сошник. Основание его располагается свободно и не связано с небными пластинками. У таких детей резцовая кость обычно резко выстоит вперед, иногда повернута вокруг своей оси, боковые отделы альвеолярной дуги верхней челюсти смещены к средней линии. На резцовой кости недоразвиты филтрум и ткани кожно-хрящевого отдела перегородки носа. Без своевременного лечения по мере роста ребенка деформация верхней челюсти усиливается. У некоторых детей с врожденными расщелинами неба наблюдается врожденное недоразвитие всех отделов верхней челюсти (микрогнатия).

Помимо деформации верхней челюсти, при расщелинах неба выявляется врожденное недоразвитие мышц мягкого неба и среднего отдела глотки. Мягкое небо короткое, слаборазвитые небные мышцы не фиксированы между собой по средней линии. При сокращении мышц неба поперечные размеры расщелины увеличиваются, что способствует расстройству речи и глотания. С возрастом в связи с отсутствием правильной функции неполноценность мышц мягкого неба и глотки становится больше. Степень выраженности нарушений мало зависит от размеров расщелины неба. Неполноценность мышц мягкого неба и глотки наблюдается даже при скрытых расщелинах, что не учитывается некоторыми врачами при лечении такой патологии.

С первых дней после рождения обнаруживается расстройство функции сосания и глотания. У ребенка с расщелиной неба полость рта свободно сообщается с полостью носа, что делает невозможным создание герметичности в полости рта в период сосания. Ребенок не берет грудь матери, а при искусственном вскармливании легко захлебывается и может аспирировать жидкую пищу.

При вдохе сообщение полостей носа и рта приводит к свободному попаданию наружного воздуха в верхние дыхательные пути. Дети привыкают дышать поверхностно, делая неглубокий вдох и слабый выдох. Поверхностное дыхание у детей младшего возраста компенсируется увеличением частоты дыханий в минуту. Однако с возрастом это компенсация нарушается, так как поверхностное слабое дыхание приводит к недоразвитию дыхательной мускулатуры и уменьшению жизненной емкости легких. Неполноценность внешнего дыхания обуславливает восприимчивость детей к воспалительным заболеваниям верхних дыхательных путей и легких. Слабость выдоха в дальнейшем отрицательно отражается на формировании речи ребенка. Дети с расщелиной неба произносят слова невнятно, тихим голосом. При расщелине неба неправильно звучат небные, небо-язычные и все щипящие звуки. Речь имеет выраженный носовой оттенок (открытая ринолалия).

Постоянное попадание жидкой и мягкой пищи из полости рта в носовую полость вызывает раздражение слизистой оболочки носа и носоглотки, что приводит к развитию в этой области стойких очагов хронического воспаления. Воспаление слуховой трубы, хронический средний отит часто ведут к понижению слуха. Неполноценность внешнего дыхания, очаги хронической инфекции в верхних дыхательных путях отрицательно сказываются на развитии ребенка в целом. При нормальном анатомическом строении полости носа слизистая оболочка выполняет следующие функции: барьерную, согревание и увлажнение воздуха, задержку пылевых частиц на поверхности слизистой носа и выделение её наружу в виде секрета

Хирургическое лечение расщелин неба.

Возрастные показания к пластике неба.

Их следует определять индивидуально в зависимости от диагноза. В ряде клиник пластику мягкого и твердого неба при полных расщелинах проводят в разном возрасте; мягкое небо оперируют в возрасте до года, а расщелину твердого неба – в возрасте 1,5 – 2 лет и старше. Однако, несмотря на разные точки зрения, большинство хирургов в настоящее время считают, что операции на небе должны быть закончены в дошкольном возрасте.

Раннюю пластику проводят только при одновременном ортодонтическом лечении. При отсутствии ортодонтического лечения раннее хирургическое вмешательство на небе независимо от размеров расщелины ведет к тяжелым послеоперационным деформациям верхней челюсти, выявляемым: через несколько лет после операции. К операции ребенка готовит хирург-стоматолог вместе с педиатром и анестезиологом.

Пластика неба.

Хирургическим путем необходимо устранить основные анатомические нарушения, имеющиеся при расщелине неба:

- 1) На всем протяжении закрыть расщелину неба;
- 2) удлинить мягкое небо;
- 3) сузить средний отдел глотки.

Пластику неба осуществляют местными тканями, используя при этом перемещенные слизисто-надкостничные лоскуты с небных пластинок и ткани мягкого неба. А.А. Лимберг (1926) разработал операцию, позволяющую одномоментно решить все 3 задачи.

Радикальная пластика неба по Лимбергу состоит из 5 этапов:

1. Освежение краев расщелины, выкраивание и отслоение слизисто-надкостничных лоскутов в пределах твердого неба. Разрезы проводят с обеих сторон расщелины вдоль всего альвеолярного отростка, отступая от десневого края на 2-3 мм. В переднем отделе неба оба разреза соединяются между собой углообразным разрезом, окаймляющим резцовое отверстие. Это позволяет при ретротранспозиции тканей добиться закрытия полной расщелины твердого и мягкого неба на всем протяжении.
2. Освобождение сосудисто-нервных пучков, выходящих из больших небных отверстий, производят с помощью резекции задневноутренних краев больших небных отверстий. Отсекают слизистую оболочку носа от заднего края твердого неба и перемещают ткани кзади (ретротранспозиция) для удлинения мягкого неба.
3. Межпластинчатая (интерламинарная) остеотомия. Крючок крыловидного отростка с участком внутренней крыловидной пластинки и прикрепленными к нему мышцами мягкого неба долотом отделяют от крыловидного отростка основной кости и передвигают к средней линии. Это позволяет без рассечения мышц мягкого неба ослабить их поперечное натяжение и ушить расщелину в пределах мягкого неба.

4. Сужение среднего отдела глотки (мезофарингоконстрикция). Рассекая только слизистую оболочку, разрезы продолжают по обеим крыловидно-челюстным складкам. Далее тупым инструментом расслаивают и перемещают к средней линии мышцы боковых отделов глотки. Раны в окологлоточном пространстве тампонируют йодоформными тампонами.
5. Перед ушиванием (стафилография) производится распрепаровка освеженных краев расщелины на протяжении мягкого неба. Мягкое небо зашивают в три слоя: первый – носовая слизистая оболочка, второй - мышцы, третий - ротовая слизистая оболочка мягкого неба. На твердом небе сближаются и сшиваются отслоенные слизисто-надкостничные лоскуты.

В некоторых клиниках пользуются упрощенной методикой, при которой сосудисто-нервные пучки освобождают и вытягивают из крыловидно-небного канала. Костные рассечения на небе не производят при пластике мягкого неба у детей раннего возраста. Некоторые хирурги рекомендуют во время операции ушивать слизистую оболочку по крыловидно-челюстным складкам.

В клинике челюстно-лицевой хирургии Национального центра охраны материнства и детства МЗ КР используется щадящая методика ураностафилопластики по следующей схеме:

1. Освежение краев расщелины, выкраивание и отслоение слизисто-надкостничных лоскутов в пределах твердого неба. Разрезы проводят с обеих сторон расщелины вдоль всего альвеолярного отростка, отступая от десневого края на 2-3 мм. В переднем отделе неба оба разреза соединяются между собой углообразным разрезом, окаймляющим резцовое отверстие. Это позволяет при ретротранспозиции тканей добиться закрытия полной расщелины твердого и мягкого неба на всем протяжении.
2. Освобождение сосудисто-нервных пучков.
3. Отсечение слизистой оболочки носа от заднего края твердого неба и перемещение тканей кзади (ретротранспозиция) для удлинения мягкого неба.
4. Перед ушиванием (стафилография) производится распрепаровка освеженных краев расщелины на протяжении мягкого неба, далее мягкое небо зашивают в три слоя: первый – носовая слизистая оболочка, второй - мышцы, третий - ротовая слизистая оболочка мягкого неба. На твердом небе сближаются и сшиваются отслоенные слизисто-надкостничные лоскуты.

У детей младшего возраста (до 4-6 лет) лучшие анатомические и функциональные результаты получены щадящими оперативными методами, не сопровождающимися костными вмешательствами. Методика А.А. Лимберга показана у детей старше 7-8 лет. При полных расщелинах альвеолярного отростка и неба большинство методик не позволяет после ретротранспозиции тканей неба закрывать расщелину в переднем отделе твердого неба, поэтому при данном виде расщелин необходимо дополнительное вмешательство для закрытия переднего отдела расщелины.

При двусторонних полных расщелинах альвеолярного отростка и неба пластику неба можно осуществлять в два этапа, между которыми проходит 3-4 мес. В первый этап закрывают передний отдел расщелины, во второй – производят радикальную операцию.

Результатом операции ураностафилопластики достигается разделение носовой полости от ротовой, чтобы добиться полной автономности функций носовой полости во время глотания пищи или речи. Кроме этого, пластика нёба имеет своей целью улучшить вентиляцию среднего уха через евстахиеву трубу.

Осложнения после пластики неба.

Наиболее частым осложнением после операции является расхождение краев раны на границе твердого и мягкого неба. Это результат технических погрешностей во время операции (плохое выведение сосудистых пучков, неправильно выполненная интерламинарная остеотомия).

В единичных случаях наблюдается краевой или частичный некроз слизисто-надкостничных лоскутов вследствие обширной травмы тканей или сильного сдавления их послеоперационной повязкой. Короткое малоподвижное небо также следует рассматривать как осложнение. Для четкого произнесения звуков речи мягкое небо должно быть подвижным, длинным, а при разговоре – обеспечивать достаточно полное закрытие небно-глоточного затвора. Правильное планирование операции с учетом ширины и протяженности расщелины неба снижает процент послеоперационных осложнений.

Послеоперационный уход за ребенком.

Операции на небе сопровождаются обильным кровотечением, поэтому в послеоперационном периоде после лабораторных анализов крови требуется восполнение потерянной крови для лучшего заживления раны. Общеизвестно, что при анемии заживление раны идет плохо.

После операции для создания в ране покоя на 10 дней назначают режим молчания. Ежедневно после операции проводят тщательный туалет орошением полости рта теплым раствором перманганата калия в разведении 1:5000, препаратом Корсодил (для маленьких пациентов используется в разведении) и отварами трав (ромашка, шалфей, кора дуба). Орошение повторяют 7-8 раз в день после еды. Перевязки должны быть малоболезненными с наложением тонкого слоя солкосерил дентальной адгезивной пасты 2 раза в день, которая оказывает выраженное ранозаживляющее действие. На 7-9 –й день после операции снимают швы.

На 15-16-й день после операции приступают к формированию свода неба. Это необходимо для постановки правильной речи ребенка после операции. На внутреннюю поверхность защитной небной пластинки, которая изготавливается в дооперационном периоде из пластмассы, накладывают лепочную массу с таким расчетом, чтобы она отдавливала вверх ткани задних отделов твердого и мягкого неба.

Диспансеризация и реабилитация детей с врожденными расщелинами должна быть направлена на раннее хирургическое лечение, комплексную терапию, направленную на социальную реабилитацию ребенка – воспитание ребенка в общих детских дошкольных учреждениях со здоровыми детьми.

Корректирующие операции на верхней губе и носу проводятся в 6-7 лет с учетом того, что ребенок должен быть адаптирован к обучению в школе общего профиля со здоровыми детьми.

Прочие оперативные вмешательства:

Примерно к 6-ти годам, то есть незадолго до определения ребенка в школу, дети с расщелинами губы, челюсти и нёба должны пройти полный курс восстановления. Это необходимо для лучшей их социальной адаптации. Дети, практически ничем внешне не отличающиеся от других, с нормальным слухом и речью, будут иметь и равные шансы на успешную учебу, профессиональную карьеру и полноценную жизнь в обществе вообще.

В редких случаях у некоторых детей, несмотря на правильно проведенные лечебные и восстановительные мероприятия круговой мускулатуры мягкого нёба, на усилия специалистов и родителей, полной нормализации речи не происходит. Остается так называемая открытая гнусавость речи. Это объясняется тем, что в силу индивидуальных особенностей врожденного порока при лечении его не удалось достичь полного закрывания нёбной расщелины. Таким детям показана дополнительная операция – велофарингопластика. При такой операции нёбо с помощью специальной техники

удлиняется и соединяется с соответствующими фрагментами слизистой оболочки, мышц, а также с задней стенкой глотки. Дыхательная функция ребенка при этом не страдает. Велофарингопластику необходимо провести за 1 или 2 года до школы.

Даже после обязательной первой операции по лечению расщелин на верхней губе в отдельных случаях шрамы могут быть более заметными, чем хотелось бы. Особенно это характерно в случаях, когда расщелина была достаточно широкой или когда у ребенка имелаась индивидуальная предрасположенность к образованию шрамов. Более приемлемых результатов можно добиться методом мелкой коррекции шрамов, который также рекомендуется проводить до посещения ребенком школы. Однако, хирургическое вмешательство из-за мелких отклонений необходимо оттягивать как можно на более поздний срок. В противном случае, шрамы после корригирующих операций также могут подвергаться изменениям вместе с естественным продолжающимся ростом ребенка.

Даже в случаях тяжелых двусторонних расщелин можно сегодня достичь хорошего эстетического результата. Но бывает, что слишком короткая носовая перемычка создает впечатление широкого носа. За год до школы следует запланировать и произвести операцию по изменению перемычки носа в результате которой проводится удлинение носовой перемычки и коррективировка ноздрей.

Что касается окончательной коррективировки формы носа, ее рекомендуется проводить в 14-16 лет (во время физического роста нос наравне с другими органами претерпевает и свои собственные изменения).

Очень редко, но случается так, что в процессе роста пациента никакими существующими оперативными или консервативными методами лечения не удастся избежать нарушений развития верхней челюсти. Пациентам, в отношении которых не удалось достичь формирования правильного прикуса, после завершения физиологического роста проводят оперативное перемещение верхней челюсти, чтобы исправить недоразвитие средней части лица (верхней челюсти). В таких случаях, взаимодействуя сообща, лечащий врач-ортодонт и челюстно-лицевые хирурги применяют комбинированное лечение, при котором челюсти оперативным путем переустанавливаются и приводятся в правильное, пропорциональное соотношение.

Челюстно-ортодонтическое лечение.

Многопрофильное лечение детей с полными расщелинами верхней губы и неба начинается с изготовления obturatora (нёбной пластины). В первые же дни после рождения ребенка делается слепок расщелины, по которому конструируется модель

обтуратора. Как правило, обтуратор вводится ребенку в этот же день. Она изготавливается из прозрачного (чтобы видеть участки, требующие коррекции, и устранить их в дальнейшем), но твердого пластика. обтуратор необходим, чтобы искусственно отделить ротовую полость от носовой. Язык ребенка, прежде западавший в носовую полость, при этом уже не мешает ему принимать пищу. Что немаловажно, язык, зафиксированный в положении, близком к естественному, не мешает дыханию ребенка, что в дальнейшем благоприятно сказывается на здоровье малыша, в частности, на развитие его речи. Обтуратор кроме этого помогает челюстному ортодонту контролировать правильный рост верхней и нижней челюсти ребенка.

Обтуратор защищает рот младенца. Вставлять ее в ротовую полость следует всегда влажной. Обтуратор представляет собой функциональный челюстно-ортодонтический аппарат, который координирует и гармонизирует динамику развития мышц губ, щек и языка, а также способствует пропорциональному развитию верхней и нижней челюсти.

Обтуратор желательно установить сразу после рождения ребенка – тогда она им примается быстро и легко. Кроме того, действие обтуратора наиболее эффективно именно в первый год жизни ребенка, поскольку в этом периоде отмечается интенсивный рост ребенка. При этом обтуратор необходимо постоянно подгонять по размеру ротовой полости ребенка или полностью обновлять.

После оперативного закрытия расщелины губы обтуратор, как и раньше, остается зафиксированной и выполняет свою функцию – отделяет ротовую полость от носовой. После закрытия небной расщелины челюстный ортодонт выбирает дальнейший путь ее лечения, рассчитывает, насколько необходима трансплантация костей в область расщелины на более поздних этапах лечения. Выбор методов лечения теперь зависит от индивидуальных особенностей роста верхней и нижней челюстей, а также в зависимости от того, когда у ребенка появляются первые зубы.

Если рост челюсти, особенно верхней, недостаточен, по мнению специалиста, должны быть устранены факторы, мешающие нормальному росту и развитию челюстей. Для этого во время роста молочных зубов проводятся так называемые принудительные меры. На этом этапе особенно важно вовремя и регулярно проводить контрольные обследования, чтобы смягчить или вовсе исключить челюстно-ортодонтическое вмешательство.

К началу процесса смены молочных зубов на постоянные у большинства пациентов вновь появляется потребность в обследовании и лечении. Как правило, непосредственно

рядом с расщелиной наблюдается недостаток костной ткани, что может привести к неправильному росту зубов и челюстей. Такие нарушения очень хорошо поддаются лечению. Неправильный рост зубов или челюстей может происходить и независимо от того, имеется у человека врожденная расщелина или нет. На этом этапе также важно не пропустить момент для челюстно-ортодонтического вмешательства.

Детям с врожденными пороками челюстно-лицевой области необходимо длительное наблюдение у врача – челюстного ортодонта, который вплоть до совершеннолетия (16-18 лет) будет патронировать ребенка и, по необходимости, назначать соответствующее лечение. Это важно для здоровья маленьких пациентов, удовлетворения их психологических и эстетических потребностей.

При тяжелых формах расщелин неба раннее вмешательство врача - ортодонта позволяет контролировать и стимулировать развитие верхней челюсти, обеспечивая гармонию размера и взаимоотношения зубных дуг в ранних стадиях роста челюстей. Предоперационное ортодонтическое лечение создает благоприятные условия для пластики неба, а в некоторых случаях и для пластики губы.

Ортодонтическое лечение, проводимое до пластики неба, возобновляется после операции и заканчивается длительным периодом ретенции. Детям с тяжелыми деформациями челюстей рекомендуется ношение ретенционных аппаратов во время и после пластики неба. При этом аппараты не должны закрывать операционное поле. При ранней ортодонтической коррекции роста верхней челюсти и ранних логопедических упражнениях показания к пользованию небными obturators сужаются. Obturator нарушает рост небных пластинок и изменяет структуру слизистой оболочки неба, усложняя хирургическое лечение.

Свободное пространство между костями в области альвеолярной дуги после операции хейлопластики остается без изменений, то есть расщелина челюсти закрывается вместе с расщелиной губы во время первой операции только на уровне слизистой оболочки, костное же соединение производится позднее. Рекомендуется проводить пересадку костей в рамках челюстно-ортодонтического лечения начиная с 8-го года жизни ребенка. К этому времени, как правило, прорезываются боковые резцы, которые далее могут перемещаться в область расщелины, где на этот момент имеется крепкое окостеневшее ложе. Дополнительная костная ткань берется из гребня подвздошной кости. Благодаря современной оперативной практике достаточно сделать лишь маленький, около 2 см. надрез над боковым гребнем подвздошной кости и взять часть кости маленьким штампом. Закрытие пространства костным трансплантатом, однако, имеет смысл лишь

тогда, когда лечащий челюстной ортодонт принимает решение о переносе в область расщелины зуба пациента. Если же таковой процедуры не предусмотрено, то кость без нагрузки снова разойдется. Точное время проведения операции для пересадки кости определяется во время контрольных осмотров и консультаций, на которых должен присутствовать детский врач-ортодонт. Совместное обсуждение важно, для того, чтобы принять решение о коррекции неправильно растущих зубов или удалении лишних.

Слух и речь. ЛОР-терапия, фониатрия и педаудиология

У каждого человека существует важная взаимозависимость между нёбной мускулатурой и слуховыми возможностями. Связь между средним ухом и гортанью осуществляется через евстахиеву трубу, которая играет важную роль для вентиляции среднего уха. У отверстия, выходящего в гортань, располагается одна из нёбных мышц, которая открывает этот проход при каждом акте глотания. При расщелине нёба мышца не может правильно выполнять свою функцию, поэтому вентиляция оказывается затрудненной. Вследствие этого происходит выделение жидкости из среднего уха и его последующее воспаление. Далее этот процесс может привести к дефектам барабанной перепонки и слухового молоточка, нагноению костей среднего уха, а затем и тугоухости.

Если у ребенка установлено нарушение вентиляции среднего уха следует произвести пункцию барабанной перепонки. В маленькое отверстие в барабанной перепонке вводится продувная трубочка, изготовленная из золота или пластика, чтобы отвести жидкость, скопившуюся за барабанной перепонкой и открыть доступ воздуха к среднему уху. Эту практику называют продувным дренажем. Важно после введения трубочки проследить за тем, чтобы вода не попадала в слуховые каналы. Для этого при купании или плавании важно плотно затыкать уши ребенка.

Установленную тугоухость необходимо тщательно пролечить еще и потому, что она может привести к речевым нарушениям: дети могут хорошо учиться речи только тогда, когда они эту речь хорошо слышат. Кроме того, известно, что тугоухость влияет и на интеллектуальные способности ребенка. Позже она может негативно сказаться и в овладении ребенком знаниями во время учебы. Вот почему очень важно как можно раньше начать лечение нарушений слуха у ребенка.

Даже когда расщелина нёба будет излечена оперативным путем, форма и функция мягкого нёба не избежат некоторых отклонений от нормы. Чаще всего нёбная занавеска бывает укороченной и недостаточно поднимается во время глотания и речи. Это может

привести к тому, что при глотании некоторое количество жидкости и пищи может попасть в носоглотку и выходить из носа, а речь будет звучать через нос. Чтобы избежать подобного нарушения или максимально смягчить его действие, необходимо проводить тренировку ослабленной и укороченной нёбной занавески. Такой тренировке ребенка обучит врач-логопед при достижении малыша определенного возраста. В некоторых случаях исправить функцию нёбной занавески можно во время проведения дополнительной операции – велофарингопластики.

Если ребенок помимо расщелины не имеет никаких других дефектов и нарушений развития, каких-либо умственных расстройств, то с определенного возраста проводить с ним упражнения для укрепления мускулатуры мягкого нёба и других мышц гортани и полости рта, Вы можете рассчитывать на то, что у Вашего ребенка имеются все предпосылки для нормального развития речи и возможность быть полноценным участником уже школьного коллектива.

Удалять полипы (увеличенные миндалины в носоглотке) у детей с нёбной расщелиной проводить не рекомендуется, поскольку вследствие этого может усиливаться гнусавость. В исключительных случаях допустимо частичное удаление глоточных миндалин, но только после строгой оценки всех факторов ЛОР-врачом, наблюдающим ребенка, или фониатором и педаудиологом.

Логопедическая коррекция и реабилитация.

Восстановление речи у детей с врожденными расщелинами губы и неба является сложной задачей. Родители детей с врожденной расщелиной губы и неба должны быть очень внимательны к своим детям. Нет необходимости ставить их в разряд больных детей и ожидать только срока оперативного лечения. Родители могут способствовать нормальному развитию речи, общаясь с ребенком, и могут тормозить ее при молчаливом уходе за ним.

Тренировку речи начинают в раннем возрасте (1-2 года) до появления осознанной речи, пока еще не установились патологические навыки, связанные с расщелиной неба. Занятия сводятся к подбору игр и упражнений, укрепляющих дыхательную систему и приучающих детей глубоко дышать.

В период формирования речи, начиная с 4-5 лет, логопед занимается с ребенком непосредственно, приучая его к сознательным речевым движениям. Лечение заключается

в тренировке речевого выдоха, физическом развитии органов речи и выработке правильной речевой артикуляции. Систематически проводимая дооперационная речевая терапия позволяет добиться больших успехов у больных с любой формой расщелины, не применяя obturators или какие-либо ортопедические аппараты. Таким детям после операции необходимо закрепление приобретенных речевых навыков, что сокращает длительность сроков обучения.

Речь ребенка формируется постепенно и в каждый момент становления родители могут помочь быстрее и правильнее овладеть ею, получив обстоятельную консультацию логопеда. Предлагаемая система совместной работы логопеда и родителей предполагает психологическое взаимодействие между обеими сторонами, что возможно лишь в том случае, если родители будут точно выполнять все инструкции логопеда, организовывать занятия с детьми в форме игры, проводить занятия по 25-30 минут не реже 3-4 раз в неделю, очень важно не прерывать занятия. Только регулярность и настойчивость помогут ребенку. Обязательно ведение тетради, где логопед сможет записать рекомендации и задания, а родители результаты выполнения их. Необходимо изучать своего ребенка, наблюдать за ним, замечать его успехи, хвалить, поощрять, следить за тем, чтобы ребенок не переутомлялся, но не ругать за неудачу.

Дети с врожденной расщелиной неба с самого рождения вынуждены инстинктивно приспосабливаться к своему недостатку. Это приспособление выражается своеобразным расположением языка в полости рта – ребенок рефлекторно сдвигает тело языка вверх и назад. *Патологическое положение языка* в полости рта постепенно закрепляется. Дети предпочитают спать на спине, что облегчает им удержание языка в глубине рта. При кормлении они сжимают соску не губами, а корнем языка и фрагментами небного свода. При таком сосании вместе с движениями корня языка *активизируются лицевые мышцы*. Это мышечная взаимосвязь прочно закрепляется и в дальнейшем сказывается на качестве лепета и оказывает влияние на произношение, такое положение языка приводит и к тому, что и во время речи выдыхаемая струя, встречая на пути через рот препятствие в виде поднятого корня языка, направляется к носоглотку и лишь частично попадает в ротовую полость. Таким образом, нарушается *речевое дыхание*.

Сообщение полости рта и носа создает увеличение резонирования носовой полости, и речь становится *назализованной*. При постоянном положении корня языка кончик его оттягивается в середину ротовой полости, становится вялым и малоподвижным. Движение всего языка затормаживается, и принятия позиций для произношения того или иного звука становится недоступным ребенку. Такое нарушение

речи называется *открытой ринолалией*. Чтобы предотвратить патологическое положение языка, в раннем возрасте (до года) рекомендуется укладывать ребенка в положение, стимулирующее удержание кончика языка как можно ближе к зубам. Это возможно при лежании на животе или на боку. Кроме произношения, при ринолалии страдает фонематический слух (способность воспринимать на слух звуки речи, различить их между собой и обобщить в словах). Это отражается на лексико-грамматическом строе речи, на чтении и письме.

Создание дефекта, реакция окружающих на речь вызывает у ребенка тяжелые переживания, что, естественно, сказывается на формировании его психики. Эти психологические наслоения, в свою очередь, еще более усугубляют нарушение речи. Не устраненные в детском возрасте речевые проблемы могут препятствовать выбору профессии, мешать в работе и повседневной жизни. Однако своевременные медицинские и педагогические воздействия могут полностью или частично ликвидировать ринолалию. Это во многом зависит от комплексного воздействия на ребенка логопеда, врача-психолога и родителей. С первых недель жизни необходимо развивать зрение и слух ребенка, которые имеют большое значение для общего развития, а также для появления речи. С первых месяцев у ребенка следует развивать умение прислушиваться к различным звукам, к речи взрослого, который должен часто и ласково разговаривать с ребенком. На третьем месяце жизни у младенца появляются первые короткие звуки: а-а-а, а-гу, бу, гы и др. Это период *гуления*. Чтобы вызвать активную работу мышц глотки мягкого неба следует давать питье маленькими глотками. С пяти месяцев у ребенка наступает период лепета. Начинается повторение отдельных слогов и звуков. С шести месяцев резко возрастает интерес ребенка к окружающему. Он начинает повторять отдельные звуки и слоги за взрослыми, понимать речь, обращенную к нему, появляется подражательность. К году ребенок говорит несколько слов (мама, папа, дай, на, кис), выполняет просьбы взрослого (садись, ложись, дай ручку и т.д.). С ребенком нужно говорить только правильно артикулируя, не искажая звуки, не «сюсюкать», всячески поощрять общение ребенка с окружающими людьми.

В первые годы жизни ребенка проводится операция - *пластика губы*. В послеоперационном периоде родителям необходимо разрабатывать верхнюю губу ребенка для ее пластичности, подвижности, развития объема движений. Предлагается ряд упражнений, которые родители должны проводить с ребенком ежедневно:

- Поднимать и опускать верхнюю губу;

- Стараться натянуть верхнюю губу на верхние резцы;
- Ввести палец между верхней губой и зубами, оттягивая губу вперед;
- Вибрировать пальцем верхнюю губу;
- Постукивать около рубцов подушечками пальцев;
- Щипать пальцами;
- Взять губу подушечками большого и указательного пальцев у углов рта, сводить пальцы, нажимая на губу чуть выше красной каймы и оттягивая ее вперед, затем разминать пальцами рубец.

Движение губ усиливается путем обучения малыша губным звукам. Для этого при общении с ребенком мать произносит громко взрывной звук, когда губы смыкаются и размыкаются: а-п, п-а, б-а, ба-ба, ма-ма. Именно в это время надо начинать *отработку речевого дыхания*. Ребенка надо научить широко, открывать рот и во время игры, по примеру матери, произносить гласные звуки: А Э О Ы У И. язык при этом должен касаться нижних резцов. Мышцы лица спокойны. Если мышцы лица напряжены, можно расслабить их с помощью специально подобранных массажных движений. Массаж проводится в исходном положении «лежа на спине», при полном расслаблении всех мышц тела или в исходном положении «сидя, голова на подлокотнике». Используемые приемы массажа: поглаживание, вибрация, слабый «пальцевой душ». Поглаживание лба осуществляется концами 2-3 пальцев, направление движения – от средней линии лба к вискам. Поглаживание осуществляется концами 2-3 пальцев, направление – от кончика носа к переносице. Поглаживание щечной области осуществляется концами 2-3 пальцев, направление - от спинки носа к височным областям, от средней линии подбородка к мочкам ушей. Приемы вибрации и «пальцевой душ» осуществляется концами двух и четырех пальцев. Движение идет по тем же линиям лица, как и при поглаживании. Массажные движения необходимо сочетать с артикуляционной гимнастикой.

- Круговые движения языков в преддверии полости рта;
- Набирать теплую воду и полоскать зубы, удерживая воду под губами;
- «пальцевой душ» - постукивание около рубцов подушечками пальцев;
- «щипки пальцами» - легкое пощипывание околорубцовых областей;

Для этого можно применять игру на звукоподражание, во время которых взрослые привлекают внимание ребенка к ротовому выходу с помощью комочков ваты, разноцветных бумажек и т.п. от простых дыхательных игр – упражнений постепенно надо

переходить к выработке выхода через рот, с исключением голоса на артикуляции гласных и согласных звуков, вкладывая определенный смысл в каждый произносимый звук.

Примеры таких упражнений:

- Как гасят огонек? (ф -) – верхние зубы касаются нижней губы;
- Как гудит пароход? (ы -);
- Как гудит паровоз? (у -);
- Какой ты большой? (о-);
- Как шумит ветер? (в -) – верхние зубы касаются нижней губы;
- Как звенит комарик? (з -) – губы в улыбке, зубы вместе, язык упирается в нижние зубы, выход холодной струей;
- Как шипит змея? (ш -) – язык поднят в форме чашечки за верхние зубы;
- Как жужжит жук? (ж -) – губы слегка вытянуты вперед, струя воздуха теплая.

Игры – упражнения следует проводить с ребенком не надоедая ему, а постепенно приучая его к занятиям. В возрасте двух-трех лет словарный запас ребенка исчисляется несколькими сотнями слов. В этот период можно приучать ребенка к *артикуляционной гимнастике*, связав ее с игровыми элементами. Надо научить ребенка смыканию губ (как поцелуй мамы); взрыву губами по типу звука П.; вибрационному движению губ, похожему на кучерское - **Пррр**.

После трех лет наступает самый ответственный период в это время необходимо подготовить небную занавеску к небо-глоточному смыканию, по возможности предотвратить дистрофию мышц глотки, стремиться к перемещению языка вперед, опусканию его корня и укреплению кончика, активизировать движения губ и щек, отработать диафрагмальное дыхание, выработать нормальную воздушную струю, предупредить смещение звуков, понизить носовой оттенок, нормализовать речевое дыхание. Одновременно приступают к упражнениям для активизации всего артикуляционного аппарата: губ, щек, нижней челюсти, мягкого неба; проводится массаж при мышечном напряжении в области рта, носа и щеечно-скуловой области. Ребенок 3,5 - 4 лет готов к систематическим занятиям с логопедом независимо от того была ли у него проведена пластика неба или нет. Если возможность заниматься с логопедом отсутствует, родители самостоятельно выполняют следующие задания.

Упражнения для опускания корня языка и укрепление кончика:

- Широкий язык спокойно лежит на нижней губе «лопаткой»;

- Поворот языка вправо-влево к уголкам губ, челюсть неподвижна;
- Поворот языка в стороны до упора кончика языка в каждую сторону щеки, рот открыт, челюсть неподвижна;
- Покусывание языка зубами по всей его поверхности, постепенно высовывая его и снова втягивая;
- Вылизывания тарелок всей поверхностью языка;
- Облизать верхнюю губу широким языком сверху вниз;
- Рот открыт, движение широкого языка по небу к верхним зубам и назад к глотке;
- Слизывание капель кончиком языка вогнутой поверхности ложек;
- Почесывание кончика языка о верхние зубы;
- Пересчитывание зубов, упираясь в каждый;
- Проталкивание языка сквозь стиснутые зубы;

Упражнение для губ и щек:

- Надувание обеих щек одновременно;
- Надувание обеих щек попеременно;
- Втягивание щек в ротовую полость между зубами;
- «улыбка» - губы улыбаются так, что видны верхние и нижние зубы;
- Губы вытягиваются вперед трубочкой;
- Опускание и поднятие (поочередное и одновременное) верхней и нижней губ;
- Удержание предметов губами;
- Выплевывание губами семечек, риса, гороха;
- Выплевывание подобных предметов зубами с кончика языка.

Упражнение для нижней челюсти:

- Открывание и закрывание рта – плавно и медленно открывать и закрывать рот под счет 5; кончик языка находится у нижних зубов;
- Опускание нижней челюсти;
- Имитация жевания;
- Движение нижней челюсти вправо-влево.

Активизация мышц мягкого неба и глотки:

- Позевывание;

- Глотание капелек воды, слюны;
- Полоскания горла;
- Резко, отрывисто произносить: а-а-а, аэ-аэ-аэ -, эа-эа-эа.

Упражнение для активизации мышц шеи, гортани (выполняются с закрытым ртом):

- Опускание головы вниз;
- Запрокидывание головы назад;
- Поворот головы вправо-влево;
- Наклоны головы вправо-влево;
- Руки в замок на затылке, отклонение головы назад с сопротивлением рук;
- Сжатые в кулак кисти подпирают подбородок, наклоны головы вперед с сопротивлением рук;
- Ладони к ушам, наклоны головы в стороны с сопротивлением рук;
- Доставание мягкого неба кончиком языка;

Одновременно с артикуляционными упражнениями проводится *дыхательная гимнастика*. Ребенка необходимо обучить диафрагмальному дыханию, которое позволяет увеличить жизненный объем легких, регулировать скорость выдоха диафрагмой, благодаря чему он удлиняется и уменьшается носовой оттенок голоса. Сначала ребенка надо обучить *направленному дутью*. У детей, заменяющих дутье усиленным выдохом из глотки, вызывают нужное движение от поплеывания. Ребенок слегка высовывает кончик языка между губами, а затем старается выплюнуть его. Язык при этом продвинут вперед, а кончик высунут минимально, что вынуждает сильнее напрягать губы, и создает более тонкое движение. Упражнение повторяют 6-8 раз подряд 3-4 раза в день. У детей, приспособившихся к глоточному и гортанному произношению, «поплеывание» может сопровождаться напряжением мышц лица, шеи, даже движением передней стенки глотки, создающим звук, сходный с К. для торможения этого движения прибегают к беззвучному поплеыванию и выплевыванию мелких крошек. Замедляя и продлевая поплеывание получают легкое дутье и переходят к упражнениям для отработки длительного выдоха, дифференцированного дыхания через рот и нос, приобретения навыков диафрагмального типа дыхания.

Рекомендуются следующие упражнения:

- Тренировать ровный медленный выдох на пламя свечи;
- Надувание мыльных пузырей через трубочку;
- Струей выдыхаемого воздуха с помощью трубочки поддерживать непрерывное бурление жидкости;
- Упражнение с комочками ваты, пухом, полосками бумаги;

- Лежа на спине, правая ладонь на груди, левая – на животе – медленный спокойный вдох через нос на два счета, живот слегка приподнят; удлиненный выдох через рот на четыре счета (губы вытянуты трубочкой), левой рукой надавливая на переднюю стенку живота;
- Вдох и выдох производится через нос;
- Вдох через нос, выдох через губы трубочкой;
- Вдох через рот, выдох через нос;
- Вдох и выдох через рот.

Голосовые упражнения:

- Шепотное длительное произношение гласных и согласных и их сочетаний

А - ФЭ—ЭА—АЭИ—А-Э—
 Э—АИ—ЭЙ—АОИ—А—И—
 О-- АО—ЭО—АУИ—А—О—
 У—АУ—ЭУ—АИО—А—У—

- Затем включается громкое и длительное произношение гласных и их сочетание (см.выше)

А-Э-И-
 А-О-И-
 А-У-И-
 А-И-О-

При произношении звуко сочетаний постоянно фиксируется внимание ребенка на длительном ротовом выдохе, контролируется утечка воздуха через нос, корень языка при произношении гласных должен быть опущен вниз, кончик языка продвинут к нижним резцам. Вокальные упражнения поются по подражанию. Они начинаются с пения мелодии на один гласный звук (А, Э, О, У), в начале гласные поются связно, плавно. Затем поется гамма (с постепенным увеличением тонов), что вырабатывает ровность, певучесть, гибкость голоса. Все перечисленные упражнения не следует выполнять подряд. Каждое занятие должно состоять из нескольких упражнений по развитию дыхания, активизации мышц языка, губ и т.д. причем, дыхательные упражнения быстро утомляют ребенка и могут вызвать головокружение, поэтому их обязательно надо чередовать с другими. Не надо повторять дыхательные упражнения более 4-х раз подряд. Лучшие речевые

результаты у детей наступают при применении коротких (по 5-15 мин) по времени, но частых упражнений (7-8 раз в день). Вся работа над речью строится родителями на воспитании сознательного овладения теми упражнениями, которые изложены выше. Родители должны убедить ребенка в необходимости их выполнения, а также вселить в ребенка уверенность в полной ликвидации его недостатка. Только длительный дооперационный период дает возможность осуществить подготовку к полной перестройке речи и полностью исправить ее в значительно короткий срок после проведения операции. В послеоперационном периоде в условиях стационара к занятиям приступают на 13-14 сутки, после того как на защитную пластинку положена масса, формирующая свод твердого неба. В это время речь ребенка ухудшается из-за отека, болезненности в полости рта. На занятиях данного периода рекомендовано проводить следующие упражнения:

- Полоскать горло 7-8 раз в день;
- Пить мелкими глотками;
- Резко отрывисто произносить гласные: а-а-а, э-э-э;
- Проводится дыхательная, вокальная, артикуляционная гимнастика;
- Массаж неба (ребенок кончиком языка проводит от каждого зуба вглубь по небу и назад к зубам, надавливающим и разглаживающим движением, такое же движение по небу из стороны в сторону).

Все задания выполняются без защитной пластинки 2-3 раза в день по 5-7 минут. По выписке из стационара необходимо дать ребенку отдохнуть от больничной обстановки в течении месяца, но все рекомендации данные логопедом выполнять. Через месяц систематические занятия возобновляются. Специалист, занимающийся вашим ребенком, определяет необходимость тех или иных упражнений, а также последовательность работы над звуком. После операции постановка речи занимает от 2-4 месяцев до 1-2 лет в зависимости от вида расщелины, результатов операции, эффективности дооперационных занятий, способностей ребенка, результатов ортодонтического лечения и ответственности родителей. Взрослые должны обязательно присутствовать на занятиях, запоминать все указания логопеда и дома ежедневно заниматься с ребенком. Встречается, что после проведенного хирургического, ортодонтического лечения, коррекционных занятий с логопедом, речь восстанавливается, но присутствует специфический оттенок: ребенок как бы посапывает носом во время произношения. Можно также заметить движения крыльев носа, а при поднесении зеркала к носовым ходам – запотевание. Такое явления называют носовой эмиссией – выходом воздуха через нос в процессе речи. Происходит это при

анатомической или функциональной недостаточности небно-глоточного смыкания, из-за отсутствия контроля за произношением или из-за недостаточной разработки мышц мягкого неба, боковых и задней стенок глотки. Приемы устранения носовой эмиссии включают:

- Артикуляционную гимнастику (активизации мышц мягкого неба, глотки, шеи, гортани);
- Дыхательная гимнастика (диафрагмальное дыхание, послоговое дыхательная гимнастика);
- Фонопедические (голосовые) упражнения:

А) вдох носом, на выдохе петь ПА, ПЕ, ПИ, ПО, ПУ

Б) четкое произношение слогов НЫПА, НЫПЕ, НЫПО, НЫПЫ, НЫПУ

(используются все согласные алфавита, последовательность гласных остается в том же порядке);

В) голосовые двигательные упражнения – произношение двусложных слов:

Фипви́п-фэ́пвэп	фивпи́п-фэ́впэп
Фибси́п-фэ́бсэп	фисби́п-фэ́сбэп
Фифзи́п-фэ́взэп	фипси́п-фэ́псэп
Фивси́п-фэ́всэп	фиспи́п-фэ́спэп
Фисви́п-фэ́свэп	фивпи́п-фэ́вмэп
физби́п-фэ́збэп	фисби́п-фэ́смэп

Фипви́п-фэ́пмэп	физфи́п-фэ́змэп
Фибси́п-фэ́бмэп	фипси́п-фэ́пмэп
Фифзи́п-фэ́фмэп	фиспи́п- фэ́смэп
Фивси́п-фэ́вмэп	фибзи́п- фэ́бмэп
Фисви́п-фэ́смэп	фимпи́п-фэ́мпэп

Фипми́п-фэ́пмэп	фимби́п-фэ́мбэп
Фибми́п-фэ́бмэп	фиффи́п-фэ́ффэп
Фифми́п-фэ́фмэп	фимси́п-фэ́мсэп
Фивми́п-фэ́вмэп	фимси́п-фэ́мсэп
Фисми́п-фэ́смэп	фимзи́п-фэ́мзэп
физми́п-фэ́змэп	физби́п-фэ́змэп

рекомендуется упражнения для губ, которые помогают детям обращать больше внимания на рот: просить детей разговаривать через дырочки в бумаге, через трубочку, бахрому бумажных усов. Это активизирует внимание ребенка к правильному речевому ротовому выдоху.

Ребенку необходима спокойная, доброжелательная обстановка в семье. Доверие, любовь, уважение. Не нужно ограничивать речевую активность ребенка, как до оперативного вмешательства, так и после него, просить его замолчать при неправильном произношении, и требовать сразу правильной речи. На любой коррекционный процесс нужно время.

Медико-генетическая помощь населению, как впрочем, и любая медицинская помощь, включает профилактику, диагностику и лечения, но только в отношении специфической группы болезней, в данном случае – наследственной патологии (менделевской, хромосомной и мультифакториальной). Профилактика и диагностика наследственной патологии достигается в осуществлении следующих основных подходов: медико-генетическое консультирование; пренатальная диагностика; массовое скринирование новорожденных на наследственные болезни; диспансеризация, включающая перспективное консультирование семей высокого риска и активное выявление гетерозиготных носителей мутантных генов; контроль над мутагенными факторами окружающей среды.

Медико-генетическое консультирование – *единственный метод профилактики врожденной патологии. Целью медико-генетического консультирования семьи является предупреждение рождения больного ребенка, а при наличии одного ребенка с врожденным пороком развития – повторного рождения такого же ребенка.*

Задачей генетика является выявление типа врожденной патологии: наследственное заболевание, наследственное предрасположение, ненаследственная патология. Это решается использованием различных методов клинической генетики: сбор генетических данных, составление родословных схем с последующим клинико-генеалогическим анализом родословных; методы клинико-статического анализа генетических данных; близнецовый метод; биохимические методы исследования; дерматоглифика как метод исследования; ультразвуковое исследование плода и др. Степень риска зависит от получаемых данных или от их сочетаний. Так, при наследственных предрасположениях к расщелинам неба степень риска составляет 50%. При полигенных мульти-факториальных

пороках развития очень сложно определить тип наследования патологии, необходима высокая квалификация стоматолога-генетика.

Детей с врожденными расщелинами неба также в обязательном порядке должен осматривать **психоневролог**, который исключает врожденное поражение центральной нервной системы и следит за степенью умственного развития ребенка. Дети с врожденными расщелинами неба должны регулярно проходить стоматологическую и отоларингологическую санацию. За общим физическим развитием детей систематически наблюдает педиатр, стоматолог-генетик.

Вскармливание грудью и кормление

Самый частый вопрос, касается того, как кормить детей, имеющих подобные аномалии. Важно не бояться этого, ведь кормление детей с расщелинами, в отличие от обычных здоровых младенцев, просто более длительно по времени. Как правило, на такое кормление потребуется на 15-30 минут больше, независимо от того, идет речь о вскармливании грудью или о кормлении из бутылочки.

Вскармливание грудью детей с врожденными расщелинами совершенно реально. Для этого матерям необходимо запастись терпением, поскольку этот процесс требует от детей с расщелинами интенсивной “тренировки”. Сначала кормление будет происходить медленнее, чем предполагалось. Грудное вскармливание очень важно для тренировки мышц проблемной области. К тому же умение брать грудь поможет ребенку быстрее адаптироваться после оперативного лечения расщелины.

Одна только расщелина губы не является препятствием для кормления грудью для этого необходимо прикрыть расщелину пальцем, чтобы компенсировать недостающую смычку губы. При этом голова младенца должна находиться вертикально, чтобы обеспечить надежное перекрытие расщелины и дать малышу возможность интенсивнее сосать молоко.

Вскармливание грудью детей с полной расщелиной нёба тоже не приносит особых проблем. Еще менее проблематично вскармливание грудью детей с изолированными расщелинами мягкого нёба. Такого малыша следует также держать вертикально, чтобы предотвратить затекание молока в носоглотку.

Сложнее вскармливать грудью младенцев с полными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба. В большинстве случаев для этого рекомендуется использовать obturator (нёбную пластинку или ее еще называют еще

пластинкой для питья), которая вставляется в ротовую полость в первые дни жизни ребенка и искусственно защищает носоглотку от затекания в нее молока.

При кормлении из бутылочки необходимо выбирать такие соски, которые имеют “природную” форму, сделайте в них дополнительные дырочки в виде треугольника. В необходимых случаях необходимо кормить ребенка, осторожно нажимая на пластиковую бутылочку, чтобы обеспечить малышу требуемое количество смеси. Если вскармливание грудью сопряжено с большими трудностями, можно кормить ребенка из бутылочки сцеженным материнским молоком.

Грудное вскармливание не только обеспечивает тесную связь между матерью и ребенком, но и стимулирует и тренирует мышцы челюстно-лицевой области малыша, учитывая это необходимо избегать кормления детей посредством специального зонда даже сразу после операции. К сказанному остается добавить, что сосание ребенком своих пальцев или руки может привести в дальнейшем к формированию у него неправильного прикуса. Кроме того, если ребенок приучен к соске, за 3-4 недели до операции его необходимо отучить от нее.

Амбулаторные контрольные обследования

В младенческом возрасте все необходимые обследования и плановые прививки ребенку родители должны проводить с участковым педиатром. Но для детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области необходимо специальное наблюдение, регулярные дополнительные обследования, чтобы отследить развитие речи, слуха, проконтролировать, правильно ли происходит рост челюсти, чтобы вовремя принять необходимые меры для исключения возможных проблем.

Постоянное наблюдение нужно еще и для обсуждения предстоящих лечебных мероприятий, если требуются дополнительные лечебные процедуры. Для этого должны быть разработаны специальные консультации, которые проводятся совместно с челюстно-лицевыми хирургами, челюстными ортодонтами, фониаторами и педагогами.

Контрольные обследования нужно проходить как минимум один раз в год до полного излечения последствий врожденного порока. Кроме того во время челюстно-ортодонтического лечения, занятий с логопедом также могут потребоваться дополнительные консультации через более короткие промежутки времени. В эти регулярные дополнительные обследования включен также и постоянный патронаж ребенка участковым педиатром.

Прорезывание каждого нового зуба у детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области имеет особое значение. Не менее важен и период смены молочных зубов на постоянные, так как для детей с расщелинами верхней челюсти очень важно сохранить каждый зуб здоровым, что явится залогом более успешного и качественного челюстно-ортодонтического лечения. Настоятельно рекомендуется регулярно обследовать ребенка и у врача – стоматолога (установка пломб, профилактика кариеса).

Профилактика ВРВГН

Среди профилактических программ существенное место занимают мониторинг врожденных пороков развития и санитарно-просветительная работа медицинских работников с будущими матерями. Мониторинг представляет собой быстродействующую предупреждающую систему, посредством которой может осуществляться выявление зон с повышенной частотой ВПР и, таким образом, в конечном счете, контроль средовых факторов, обладающих тератогенными свойствами, что и приводит в большинстве случаев к возникновению ВПР среди детей, подвергшихся их действию в период внутриутробного развития.

По данным различных авторов [9, 10] одним из сопутствующих факторов развития врожденных аномалий может быть железодефицитная анемия (ЖДА). Поэтому женщинам, имеющим повышенный риск развития ЖДА и планирующим беременность, следует начинать профилактику за 3 месяца до наступления беременности. Для профилактики ЖДА необходимо назначить комбинацию: элементарного железа (120 мг раз в неделю) и фолиевой кислоты (400 мкг ежедневно). Женщине необходимо продолжать такое лечение суммарно в течение 6 месяцев, т. е. до окончания 1-го триместра беременности. Со второго триместра фолиевую кислоту назначают по 400 мкг 1 раз в неделю.

На наш взгляд устойчивое развитие службы невозможно без хорошей научно-технической базы, без создания мониторинговой программы и разработки профилактических мероприятий по снижению частоты рождения детей с врожденной челюстно-лицевой патологией. Основной целью программы мониторинга должны быть обнаружение изменений частоты врожденных пороков развития, что может быть сигналом к поиску новых тератогенов или к указанию на существенное повышение концентрации ранее действовавших факторов. По мнению Клинберг и соавт. (Klinbergetal., 1983) этот метод является самым практичным способом выявления причин

врожденных пороков и их связь с воздействием потенциальных тератогенов, большая часть которых является результатом техногенной деятельности человека.

Основными задачами, которые решаются при проведении мониторинга врожденных пороков развития, являются:

- Определение частот врожденных пороков развития в популяции;
- Изучение динамики частот врожденных пороков развития;
- Проведение эпидемиологических исследований врожденных пороков развития;
- Изучение этиологии врожденных пороков развития;
- Выявление и контроль новых тератогенных факторов среды;
- Оценка влияний на популяционные показатели частот врожденных пороков развития программ пренатальной диагностики и первичной профилактики.

Кроме того, длительное и сложное лечение больных с ВПР, необходимое медико-педагогическое коррекция дефектов и социальная помощь детям-инвалидам требуют значительных экономических затрат. Исходя из этого, очевидно, что основные усилия должны быть направлены на предупреждение рождения детей с ВПР. По данным А. Цейзеля и соавт.(1993), основанным на многолетних данных контроля за случаями врожденных пороков в Венгрии и других европейских странах, внедрение профилактических программ позволяет предотвратить до 50% ВПР. И даже в развивающихся странах по данным ВОЗ (1993) может быть предупреждено более 10% ВПР.

Огромную благодарность и признательность мы хотим выразить коллегам из Германии, в частности профессору Э. Хаузамену и Х. Бэртону из Высшей медицинской школы г. Ганновер, которые внесли большой вклад в лечение и реабилитацию детей с ВРВГН. На протяжении восьми лет идет тесное сотрудничество между нашими клиниками по щадящим хирургическим методам лечения ВРВГН и ортодонтической коррекции зубочелюстной системы.

Литература:

1. Губина Л.К., Красникова О.П., Русанова Т.А., Харин О.В. Анализ возможных этиологических аспектов, иммунологических нарушений и их коррекция у детей раннего возраста при врожденных расщелинах губы и неба // Вопросы клинической стоматологии: Сб. науч. тр.- Воронеж, 1997.- Вып. 7.- С. 12-16.

2. Кулаков А.А., Рогинский В.В., Дьякова С.В., Полякова Ю.В. Состояние и перспективы специализированной помощи детям и подросткам с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. Стоматология.- 2007.- №6.- С.71.
3. Махкамов М.Э., Мамедов Ад.А. Регистрационно-статистическая программа для центра реабилитации больных с врожденной расщелиной губы и нёба в Узбекистане. Стоматология.- 2002.- №6.- С. 48.
4. Орозобеков С.Б., Абдрахманов С.А. Врожденные расщелины верхней губы и неба. Клиническая картина и диагностика // Методические рекомендации для студентов. Фрунзе, 1988.- С. 19.
5. Юлдашев И.М., Тыналиев У.А., Бухов М.В. Частота и распространенность врожденных расщелин губы и неба в Бишкеке и Чуйской области за 2000-2005 гг. Stomatologiya. – 2008. - №1-2. – С. 49-52.
6. Safra M.J., Oakley G.P.J. Association between cleft lip with or without cleft palate and prenatal expo sure to diazepam // Lancet.-2005.- Vol. 135.- №3.- P. 189-193.
7. Беляков Ю.А. Наследственные заболевания и синдромы в стоматологической практике.- М., Медицина, 2000.- 198 с.
8. Губина Л.К., Красникова О.П. Анализ влияния экзогенных и эндогенных факторов на частоту врожденных расщелин губы и неба по архивным данным города Воронежа. // Актуальные проблемы медицины: Юбилейный сборник научных трудов.- Воронеж, 1998.- С. 193-195.
9. Feightner, J. W. Prevention of iron deficiency anemia in infants. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada, 1994; 244-255.
10. Lumley J, Watson M, Bower C. Preconception supplementation with folate and / or multivitamins for preventing neural tube defects (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.