



Возрастные аспекты проведения оперативных вмешательств при врождённых расщелинах нёба

З.Я. Юсупов, У.Т. Таиров, И.У. Ибрагимов

Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ РТ

Авторами проведён анализ литературных данных, посвящённых выбору времени для проведения пластики расщелины нёба, с целью совершенствования реабилитации таких пациентов. Раннее проведение уранопластики благотворно влияет на речь, состояние верхних дыхательных путей, среднего уха и общее развитие. В то же время, выбор времени для проведения уранопластики не является главным фактором, вызывающим развитие деформаций верхней челюсти, и более важная роль принадлежит самой технике операции (травматичности, оставлению открытых раневых поверхностей).

Ключевые слова: врождённая расщелина нёба, уранопластика

Благодаря мировому опыту лечения больных с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба, накопленному в течение более чем четырёх веков, показана возможность успешной хирургической коррекции как первичных, так и вторичных дефектов и деформаций. Однако до сих пор спорными остаются вопросы о сроках оперативного лечения расщелин нёба и выборе наименее травматичного метода. По выражению J.Bardach, больше всего споров и неправильных представлений связано с уранопластикой, чем с любой другой операцией, проводимой при врождённой расщелине губы и нёба [1].

В настоящее время большинство авторов стран СНГ оптимальным сроком для операции считают возраст от 3 до 6 лет [2-4], хотя во многих крупных центрах реабилитации таких больных уранопластику производят в возрасте 1-3 лет [5-7]. С.Н. Бессонов (2007) рекомендует проводить уранопластику в возрасте 1-3 лет. При этом необходимо постоянное взаимодействие хирурга и ортодонта до окончания роста и формирования лицевого скелета [8]. М.В. Вологина (2008) рекомендует придерживаться концепции раннего хирургического лечения детей с врождённой расщелиной нёба для предупреждения воспалительных заболеваний и профилактики послеоперационных осложнений, хотя не приводит конкретных рекомендаций относительно сроков проведения уранопластики [9].

Цели лечения врождённой расщелины нёба – развитие нормальной речи, обеспечение нормального роста верхней челюсти, нормальный слух – тесно взаимосвязаны. Однако имеется противоречие в выборе времени для уранопластики, выражающееся в потребности ранней операции с целью достижения лучших результатов речи и слуха против отсрочен-

ной операции для предупреждения деформаций верхней челюсти. Вообще считается, что лучшему состоянию речи и слуха способствует раннее восстановление расщелины нёба (до 2-х летнего возраста) [10] и что отсроченное закрытие (после 4 лет) связано с меньшим количеством нарушения роста средней зоны лица [11]. Поэтому, основным принципом при выборе времени для восстановления нёба должно быть обеспечение нормальной функции нёба для развития речи, при минимальном влиянии на челюстно-лицевой рост.

Эмбриональная хирургия. Внутриутробные операции уже успешно применяются у многих млекопитающих, включая мышей, кроликов, овец, в том числе и у людей [12,13]. Фактически, роль внутриматочного хирургического вмешательства в лечении некоторых опасных для жизни врождённых аномалий, таких как врождённая диафрагмальная грыжа и врождённый гидронефроз, бесспорна. Однако целесообразность и выполнимость таких методов в лечении неопасных для жизни аномалий остаются бездоказательными и спорными [14].

J. Weinzweig и соавт. (1999) в эксперименте создали у 12 плодов беременных коз искусственные модели врождённой расщелины нёба. У такого же количества созданы расщелины (дефекты) хирургическим путём. Часть врождённых, и хирургическим путём созданных расщелин устранили внутриутробно модифицированным способом Лангенбека, ушив слизистую нёба в один слой. Часть врождённых и хирургических расщелин оставили без восстановления. В 2-х недельном возрасте не было обнаружено ни общих, ни гистологических признаков образования рубца. Только небольшое углубление на месте устранённой расщелины нёба свидетельствовало об



имевшей место расщелине. В невосстановленных хирургических расщелинах произошло частичное аутовосстановление, выраженное в разной степени, в результате которого хирургические расщелины были меньше, чем оставленные врождённые расщелины [14]. J. Weinzweig и соавт. (2002) провели эндоскопическое исследование состояния нёбно-глоточного кольца коз, прооперированных внутриутробно по вышеописанной методике. Восстановленные внутриутробно мышцы мягкого нёба функционировали подобно мышцам контрольной группы без расщелины [15].

Хотя внутриутробная коррекция врождённых расщелин нёба потенциально выполнима, однако целесообразность её проведения у людей в настоящее время сомнительна [16]. Если даже применение в данный момент эмбриональной хирургии в лечении черепно-лицевых аномалий невыполнимо, возможно, знания и опыт, полученные в экспериментальных работах, обеспечат большее понимание черепно-лицевого развития в эмбриональной окружающей среде, чтобы эмбриональные процедуры могли быть однажды выполнены благополучно [14].

Проблемы восстановления речи. Общепризнано, что раннее восстановление расщелины нёба увеличивает вероятность нормального развития речи [5,7,10]. Отсроченное вмешательство меньше влияет на рост средней зоны лица, но плохо отражается на речевом развитии ребёнка. Если закрытие нёба отсрочивается до 2-х летнего возраста и речевые механизмы уже укрепились, вероятность развития нормальной речи значительно уменьшается [10,17-19].

Поскольку большинство физиологических функций хорошо осваиваются в раннем возрасте, логично, что и речь лучше всего изучается рано. Поэтому речевые патологи рекомендуют раннее закрытие нёба с целью восстановления нормального нёбно-глоточного механизма и увеличения возможностей для развития нормальной речи.

В исследовании D. Dorf, J.W. Curtin 12-мес. возраст использовался в качестве произвольного пункта деления между ранним и поздним восстановлением нёба. Авторы выявили 10-процентную распространённость расстройств артикуляции среди детей, у которых нёбо было восстановлено до 1 года против 86% этого же показателя у тех, у кого уранопластику выполнили после 1 года [10].

M.A. Witzel и соавт. при исследовании влияния отсроченного закрытия нёба на речь выявили у пациентов тяжёлые речевые проблемы. Они также указали на важное значение носо-ротовых свищей в развитии дефектов артикуляции [19]. Выявлено, что развитие речи было затруднено и при использовании обтуратора, из-за несоответствующей изоляции [20]. В

сравнительном исследовании результатов раннего и позднего восстановления твёрдого нёба установлено, что отсрочка закрытия твёрдого нёба вызвала более постоянные, значительные нарушения речи до восстановления твёрдого нёба [21].

Результаты мультидисциплинарного исследования также значительно показали большие речевые проблемы при отсроченном закрытии твёрдого нёба, выраженные в специфичной артикуляции, носовом резонансе, ухудшении ясности речи. Кроме того авторы отметили высокий уровень послеоперационных свищей в отсроченной группе – 35% по сравнению с 5 процентами в группе раннего закрытия нёба [17].

H. Schweckendiek защищал двухэтапную уранопластику с ранним закрытием мягкого нёба. Расщелину твёрдого нёба не закрывали на первом этапе с объяснением, что это способствует нормальному развитию верхней челюсти. Остаточный дефект закрывался протезом до второго этапа уранопластики, который выполняли в возрасте 12-15 лет [22]. Однако J. Bardach и соавт. критически оценили речевые результаты после операции Швекендика. Анализируя результаты операции Швекендика, авторы выявили у 81% этих пациентов различную степень нёбно-глоточной недостаточности, и у 86% – фарингеальные и связанные с голосовой щелью проблемы артикуляции [23].

С целью изучения влияния типа оперативной техники на речь, W.C. Trier, T.M. Dreyer, сравнили результаты уранопластики Лангенбека без реконструкции m. levator veli palatini с результатами той же операции, но с интравелярной велопластикой. Всем пациентам уранопластику выполнили в 14-16 месяцев. Авторы сообщили о лучших результатах речи и нёбно-глоточной функции после интравелярной велопластики [18].

Предполагаемое преимущество pushback техники удлинения нёба в улучшении речи также не было доказано. Более важная роль принадлежит исправлению патологического прикрепления мышц мягкого нёба с восстановлением нёбно-глоточного смыкания, чем увеличению фактической длины нёба [1]. Поэтому многие авторы рекомендуют реконструкцию мышц мягкого нёба во время первичной уранопластики [6].

Проблемы верхних дыхательных путей и слуха. Известно, что отсутствие естественного барьера между ротовой и носовой полостями у детей с врождённой расщелиной нёба приводит к воспалительным изменениям со стороны ЛОР-органов. По данным E.V. Филимоновой (2005), заболевания ЛОР-органов были обнаружены у 100% пациентов с врождённой односторонней полной расщелиной верхней губы и нёба. Из них: аденоиды – у 32,5±6,15%, хронические



риниты – у $25,0 \pm 5,69\%$, тонзиллит – у $22,5 \pm 5,48\%$, хронический фарингит – у $15,0 \pm 4,69\%$, хронический синусит – у $5,0 \pm 2,86\%$ детей. Затруднённое носовое дыхание имело место у $92,5 \pm 3,46\%$ [24]. При сравнении результатов раннего и позднего закрытия расщелины нёба установлена более высокая заболеваемость средним отитом в случае позднего закрытия [25].

Общее развитие. Дети с расщелиной нёба не способны создать в полости рта отрицательное давление, требуемое для сосания, они проглатывают больше воздуха, чем обычно, кормление занимает больше времени, и ребёнок может утомиться раньше, чем насытиться. В результате дети с расщелинами могут иметь отклонения в общем развитии.

Во многих исследованиях сообщается о низком увеличении веса у детей с расщелинами. A.K. Seth, V.J. McWilliams исследовали увеличение веса у детей с расщелинами нёба и выявили, что вес детей с расщелиной губы и нёба был значительно ниже среднего в соответствующих возрастных группах [26]. При исследовании веса 640 детей во время первичной операции по поводу расщелин верхней губы и/или нёба почти одна треть (30,5%) детей с расщелинами клинически весили ниже нормы для возраста, что более чем в два раза выше (13,7%) этого показателя среди детей контроля [27]. При этом тип расщелины оказывал большое влияние на вес ребёнка [28].

Вес ребёнка также в большой степени зависел от возраста, в котором проводилась первичная операция. В целом, если коррекция губы/нёба была выполнена до 1 года, 27% пациентов весили ниже нормы для своего возраста, тогда как, если операция была отсрочена до возраста старше 1 года – 42% детей весили ниже нормы [27].

Таким образом, чем раньше произведено восстановление нёба, тем скорее мягкое нёбо может начать нормально функционировать и развиваться речь, без развития патологических структур. Кроме того, нормальная функция мягкого нёба и связанные с ним речевые результаты могут быть достигнуты переориентацией мышц, без отслойки и перемещения назад слизистой с надкостницей [1]. Раннее восстановление нёба также благотворно влияет и на общее развитие, состояние верхних дыхательных путей и слуха. Однако существуют опасения, что раннее вмешательство на нёбе неблагоприятно влияет на рост средней зоны лица.

Проблемы челюстно-лицевого роста. Вопрос о выборе времени для уранопластики и её влияния на рост средней зоны лица также спорен [3,19]. То, что выбор времени для уранопластики оказывает влияние на рост верхней челюсти, признаётся большинством хирургов.

Понятие, что раннее восстановление расщелины нёба вредно для лицевого роста, было сформулировано Graber в 1949 г. в Соединённых Штатах и Herfert в 1954 г. в Германии. Graber основывался на своих результатах исследования и предположил, что уранопластика, выполненная в раннем возрасте, была травматичной и закончилась большим торможением челюстно-лицевого роста, чем та же самая операция, выполненная, когда ребёнку было 5-6 лет или более. Herfert выдвинул гипотезу, что, при отслойке слизисто-надкостничных лоскутов повреждаются зоны роста в области твёрдого нёба, что приводит к торможению роста верхней челюсти [1].

Против представления, что уранопластика, выполненная в раннем возрасте, неблагоприятно влияет на развитие верхней челюсти, есть немало сообщений о том, что данное вмешательство незначительно влияет на лицевой рост [29,30].

Результаты исследования [17] не показали статистически значимой разницы между шириной зубной дуги и лицевым ростом среди детей, прооперированных в 10 месяцев и в 4 года. Также не выявлено связи между возрастом, в котором выполнена первичная пластика нёба и аномалиями соотношения зубных дуг, которые являются маркером для верхне-челюстного развития [29].

Согласно наблюдениям многих хирургов, при уранопластике с техникой pushback происходит чрезмерное рубцевание открытых костных ран, что потенциально может ограничить рост верхней челюсти [1,31]. Однако в исследовании пациентов, перенёсших уранопластику с применением техники pushback, S. Choudhary и соавт. (2003) приходят к заключению, что для нормального роста верхней челюсти умение и опыт хирурга могут быть более важными, чем особая техника [32].

На рост и развитие средней зоны лица могут повлиять человеческие факторы, связанные с мастерством и квалификацией хирурга [33]. Эти факторы трудно измерить, однако A. Kalaaji и соавт. выявили связь между такими переменными, как мастерство хирурга и влияние операции на лицевой рост [34].

Есть и другие факторы, которые могут повлиять на развитие деформаций средней зоны лица. Согласно многолетним клиническим наблюдениям, уранопластику нельзя считать единственной причиной торможения роста и деформаций средней зоны лица [1]. Согласно данным авторов, пластика нёба влияет на развитие лицевых деформаций, наряду с другими факторами, среди которых два таких важных, как восстановление губы [1] и врождённый дисморфогенез [35].

Разрезы в области переходной складки с отслойкой мягких тканей от верхней челюсти обычно используются, чтобы уменьшить натяжение и облегчить



реконструкцию губы. Эта процедура применяется во многих методиках хейлопластики (А.А. Лимберг, С.Д. Терновский, Б. Франтишек, D.R. Millard). Согласно клиническим и экспериментальным наблюдениям, отслойка мягких тканей от верхнечелюстных сегментов может способствовать нарушению роста и поэтому по последующим вторичным челюстно-лицевым деформациям [1]. A.C. Williams, J.R. Sandy (2003) предположили, что в увеличенном риске для подобных аномалий находятся дети, которые перенесли хейлопластику в раннем (до 4 недель) возрасте, чем те дети, которые перенесли операцию позже [29].

У пациентов с изолированной расщелиной нёба может быть недоразвита средняя зона лица, которая связана с врождённым ограничением роста. У значительного числа пациентов с непрооперированными расщелинами нёба было относительное заднее смещение верхней челюсти по сравнению со здоровым населением [36]. Таким образом, гипоплазия верхней челюсти при изолированной расщелине нёба имеет, прежде всего, врождённый генез, и, во вторую очередь, связана с оперативным вмешательством [35].

Компромиссным решением в дискуссии о преимуществах ранней и поздней уранопластики является двухэтапная уранопластика, т.е. закрытие мягкого нёба в раннем возрасте и пластика твёрдого нёба спустя некоторое время. С целью уменьшения влияния на челюстно-лицевой рост ряд авторов (Schweckendiek, Passavant, Billroth) предлагают проводить пластику нёба в два этапа. На первом этапе они ограничивались стафилографией. Вторым этапом закрывался остаточный дефект твёрдого нёба. Так, Н. Schweckendiek в 7-8 лет производил пластику мягкого нёба (стафилопластика), в 12-15 лет – пластику твёрдого нёба (уранопластика) [22]. По мнению сторонников двухэтапной уранопластики, раннее восстановление мягкого нёба способствует правильному развитию речи, и в то же время не оказывает негативного влияния на развитие средней зоны лица [19].

В современной хирургии расщелин нёба вновь приобрела популярность уранопластика в два этапа, т.к. при этом улучшается развитие речи и отсрочивается закрытие твёрдого нёба с целью не вызывать нарушение роста верхней челюсти. Хейлопластика и интравеллярная велоластика (в 3 месяца), оказывают моделирующее действие на нёбо и фрагменты альвеолярной дуги верхней челюсти [5,7,37]. Результат первого этапа – значительное сужение остаточной расщелины твёрдого нёба, что позволяет закрыть её, исключив обширную отслойку тканей (в 12 - 18 месяцев). Кроме того, велоластика позволяет раннему включению мышц мягкого нёба, не нарушая рост верхней челюсти [7,38-40]. Если велоластика выполняется одновременно с хейлопластикой, отпадает необходимость в дополнительном анестезиологическом вмешательстве [7].

Таким образом, на основании данных литературы можно прийти к заключению, что раннее восстановление целостности нёба способствует нормальному развитию речи, благотворно влияет на состояние верхних дыхательных путей, слуха и общее развитие. Существующие опасения по поводу того, что раннее вмешательство неблагоприятно влияет на рост средней зоны лица, недостаточно обоснованы. Время проведения уранопластики не является главным фактором, влияющим на рост и развитие верхней челюсти. Очевидно, более важная роль принадлежит самой технике операции. Поэтому в настоящее время во многих крупных специализированных центрах отмечается тенденция восстанавливать все виды расщелин до возраста одного года, с целью улучшения общего состояния, а также речи и более низкой заболеваемости среднего уха. Немаловажное значение при выборе срока оперативного вмешательства имеет вид расщелины, состояние пациента, оснащённость клиники, квалификация и техническое мастерство хирурга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bardach J. Surgical techniques in cleft lip and palate. 2nd ed. / J. Bardach, K.E. Salyer – St. Louis: Mosby-Year Book. - 1991
2. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / В.Н. Балин [и др.]. – СПб. -1998. – 592с.
3. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. – М. - 1999. – 456 с.
4. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области / П.З. Аржанцев [и др.]. – М. - 1997. – 288 с.
5. Гончаков Г.В. Хирургическая коррекция расщелин нёба в возрасте до 1 года: методические рекомендации / Г.В. Гончаков, Э.С. Мкртумян, Е.В. Шахматова. – М. - 1998. – 12 с.
6. Мамедов А.А. Комплексная реабилитация больных с нёбно-глоточной недостаточностью и нарушением речи после уранопластики: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.А. Мамедов. – Екатеринбург. – 1997. – 24с.
7. Optimal timing of cleft palate closure / R.J. Rohrich [et al.]//Plast. rec. surg. 2000.- V.106, No. 2.- P. 413-422
8. Бессонов С.Н. Хирургическое лечение врождённых и вторичных деформаций лица при расщелинах верхней губы и нёба: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С.Н. Бессонов. - Смоленск. - 2007. - 33с.
9. Вологина М.В. Колонизационная резистентность полости рта у детей с врождённой расщелиной нёба до уранопластики: автореф. дис...канд. мед. наук / М.В. Вологина. - Волгоград. - 2008. - 23 с.
10. Dorf D. Early cleft palate repair and speech outcome / D. Dorf, J.W. Curtin // Plast. Reconstr. Surg. - 1982.- V. 70.- P.75



11. Лимберг А.А. Спорные вопросы современной оперативной техники при лечении врождённых расщелин нёба / А.А. Лимберг // Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 1951. - №6. - С. 10-18.
12. Sullivan W.G. In utero cleft lip repair in the mouse without an incision / W.G. Sullivan // *Plast. Reconstr. Surg.* - 1989.- V. 84, No 5. - P. 723-730
13. A model for fetal cleft lip repair in lambs / M.T. Longaker [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* -1992.- V.90. - №5. - P. 750-756
14. The fetal cleft palate: II. Scarless healing after in utero repair of a congenital model / J. Weinzwieg [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* -1999.- V. 104.- P.1356-1364
15. The fetal cleft palate: III. Ultrastructural and functional analysis of palatal development following in utero repair of the congenital model / J. Weinzwieg [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* - 2002. - V. 109. - No 7.- P. 2355-2362
16. Endoscopic creation and repair of fetal cleft lip / J.M. Estes [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* - 1992.- V.90. - P. 743-749
17. Timing of hard palate closure: A critical long-term analysis / R.J. Rohrich [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* -1996.- V. 98.- P. 236.
18. Trier W.C. Primary von Langenbeck palatoplasty with levator reconstruction: Rationale and technique / W.C. Trier, T.M. Dreyer // *Cleft Palate J.* -1984.- V. 21.- P.254
19. Witzel M.A. Delayed hard palate closure: The philosophy revisited / M.A. Witzel, K.E. Salyer, R.B. Ross // *Cleft Palate J.* -1984.- V. 21.- P. 263
20. Development of articulation before delayed hard palate closure in children with cleft palate: A cross-sectional study / M.S. Noordhoff [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* -1987.- V. 80.- P. 518
21. Harding A. A comparison of the speech results after early and delayed palate closure: A preliminary report / A. Harding, Campbell R.C. // *Br. J. Plast. Surg.* -1989.- V. 42.- P.187
22. Schweckendiek H. Zur Frage der Früh- oder Spät- Operationen der angeborenen Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (mit Demonstrationen) / H. Schweckendiek // *Z. Laryngol. Rhinol. Otol.* -1951.- V. 30.- P. 51-56
23. Bardach J. Late results of primary veloplasty: The Marburg project / J. Bardach, H.L. Morris, W.H. Olin // *Plast. Reconstr. Surg.* -1984.- V.73.- P.207
24. Филимонова Е.В. Эффективность ортодонтического и ортопедического лечения детей 3-6 лет с врождённой односторонней расщелиной верхней губы и нёба и затруднённым носовым дыханием: автореф. дис. ... канд. мед.наук / Е.В. Филимонова. - Волгоград. - 2005. - 13с.
25. The effect on the ear of late closure of the cleft hard palate / D.J. Watson [et al.] // *Br. J. Plast. Surg.* -1986.- V. 39.- P.190
26. Seth A.K. Weight gain in children with cleft palate: From birth to two years / A.K. Seth, B.J. McWilliams // *Cleft Palate J.* 1988.- V. 25.- P. 146.
27. Are children with clefts underweight for age at the time of primary surgery? / D.D.A. Lazarus [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* -1999.-V.103.-P.1624-1629
28. Lee J. Height and weight achievement in cleft lip and palate / J. Lee, J. Nunn, C. Wright // *Arch. Dis. Child.* -1997. V. 76.- P. 70
29. Williams A.C. Risk factors for poor dental arch relationships in young children born with unilateral cleft lip and palate / A.C. Williams, J.R. Sandy // *Plast. Reconstr. Surg.* - 2003.- V. 111, No 2. - P. 586-593
30. Schnitt D.E. From birth to maturity: a group of patients who have completed their protocol management. Part I. Unilateral cleft lip and palate / D.E. Schnitt, H. Agir, D.J. David // *Plast. Reconstr. Surg.* - 2004.- V. 113, No 3. - P. 805-817
31. Berkowitz S. Invited discussion: How should postoperative palatal contraction be inhibited following palatoplasty? Dental arch development due to artificial anti-molding action and natural molding action: clinical trial / S. Berkowitz // *Annals of Plastic Surgery.* - 2004.- V. 2, No 4. - P. 340-342
32. Effect of Veau-Wardill-Kilner type of cleft palate repair on long-term midfacial growth / S. Choudhary [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* - 2003.- V. 111. -№2. - P. 576-582
33. Influence of surgeon's experience on speech outcome in cleft lip and palate / A.C. Williams [et al.] // *Lancet.* -1999.- V. 354.- P. 1697
34. Bone grafting in the mixed and permanent dentition in cleft lip and palate patients: Long-term results and the role of the surgeon's experience / A. Kalaaji [et al.] // *J. Craniomaxillofac. Surg.* -1996.- V. 24.- P. 29
35. Dentofacial relationships in persons with unoperated clefts: Comparison between 3 cleft types / S.E. Bishara [et al.] // *Am. J. Orthod.* -1985.- V. 87.-P. 481
36. Cephalometric analysis of maxillofacial morphology in unoperated cleft palate patients / H. Yoshida [et al.] // *Cleft Palate Craniofac. J.* -1992.- V. 29.- P. 419
37. Incidence of cleft palate fistula: an institutional experience with two-stage palatal repair / A.R. Muzaffar [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* -2001. -V. 108. -№6.- P. 1515-1518
38. Губашиева Д.П. Современные принципы реабилитации детей с врождёнными расщелинами нёба: автореф. дис. ... канд. мед.наук / Д.П. Губашиева. - Воронеж. -2009. - 22с.
39. Корсак А.К. Хирургическое лечение детей с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба в раннем возрасте / А.К. Корсак, А.В. Любецкий, В.И. Лапковский // *Современная стоматология.* - 2007. - №4. - С. 40-43
40. Rohrich R.J. An update on the timing of hard palate closure: a critical long-term analysis / R.J. Rohrich, A.A. Gosman // *Plast. Reconstr. Surg.* -2004.- V. 113. - №1. - P. 350-352



Summary

Age aspects of operations in congenital cleft palate

Z.Ya. Yusupov, U.T. Tairov, I.U. Ibragimov

The authors analyzed published findings dealing cleft palate plasty timing, in order to rehabilitation improve of such patients. Early performing of uranoplasty has good effects on speech, the state of upper respiratory tract, middle ear and the overall development. Time factor for uranoplasty is not the main factor causing the development of upper jaw deformities, and more important role belongs to the technique of surgery (traumatization, leaving of open wound surfaces).

Key words: congenital cleft palate, uranoplasty

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

У.Т. Таиров – директор Научно-клинического института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; Таджикистан, г. Душанбе, 5-й проезд, ул. Худжанди-13
E-mail: stomatologi@mail.ru