

УДК: 616.315+616.317]-007.254-053.1/.2-089.844-06

Харьков Л.В.^{1,2}, д.мед.н., проф., член-кор., Яковенко Л.М.¹, д.мед.н., проф.,Чехова І.Л.¹, к.мед.н., доц., Вишпінський І.М.³, лікар-хірург¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ²Національна академія медичних наук України³Центр хірургії вад розвитку Житомирської обласної дитячої лікарні, ЖитомирKharkov L.V.^{1,2}, Yakovenko L.M.¹, Chekhova I.L.¹, Vyshpinskyi I.M.³¹O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv²National Academy of Medical Sciences of Ukraine³Surgery Center of Malformations of Zhytomyr Regional Children's Hospital, Zhytomyr

Невдачі хірургічного лікування дітей із вродженими незрощеннями губи, піднебіння та способи їх усунення

Failures of Surgical Treatment in Children with Cleft Lip and Palate and the Ways of their Eliminations

Адреса для кореспонденції:
Яковенко Людмила Миколаївна
e-mail: Yakovenko_LN@ukr.net

МЕТА: Проаналізувати помилки і невдачі, що виникають на етапах хірургічного лікування дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння (ВНГП) та пошук способів їх усунення. **МЕТОДИ:** Узагальнили результати хірургічного лікування 780 дітей із ВНГП, які перебували на лікуванні в клініці на кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця з 2005 р. по 2015 р. Використовували клінічні, антропометричні та статистичні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ: Із застосуванням у 275 дітей із ВНГП запропонованого обтуратора, обтуратора-апарата та соски з додатковою ізолюючою поверхнею вдалося запобігти подальшому розширенню дефекту та зміщенню незрощених фрагментів верхньої щелепи у 80% випадків. У 85% пацієнтів за допомогою хірургічної корекції міжщелепної кістки у протрузійному положенні при неефективному ортодонтичному лікуванні оптимізували умови проведення хейлоринопластики та ураностафілопластики. Завдяки запропонованій авторами методиці вторинної вестибулопластики (незалежно від протяжності мілкого присінка) позитивного результату досягли у 71,4% випадків. Визначили, що зниження рівня тромбоцитів та уповільнення згортання крові є факторами ризику до утворення гіпертрофічних рубців у дітей із ВНГП; впровадили методику профілактики патологічних рубців щелепно-лицевої ділянки. Профілактикою виникнення велофарингеальної недостатності є проведення у післяопераційному періоді ретротранспозиції м'якого піднебіння та вікове збільшення обсягу мезофарингсу. 80% вторинних дефектів піднебіння усувають за допомогою місцевих тканин із використанням різних слизово-окісних клаптів; 20% становлять клапті слизової оболонки щоки, верхньої губи; при великих за розмірами дефектах використовують клапті язика. **ВИСНОВКИ:** Ретельна оцінка типу та ширини дефекту, ступеня недорозвинення тканин у дітей із ВНГП, виконання ортодонтичної або хірургічно-ортодонтичної корекції положення незрощених фрагментів верхньої щелепи до втручання на губі та піднебінні, а також застосування щадних хірургічних прийомів дозволяють досягти очікуваного результату хейлоринопластики, ураностафілопластики, а також є профілактикою невдач хірургічного лікування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хейлоринопластика, ураностафілопластика, невдачі, ускладнення, профілактика.

PURPOSE: To analyze errors and failures that occur at stages of surgical treatment of children with congenital cleft lip and palate and the way for their decisions. **Methods:** There are the results of surgical treatment

of 780 children with congenital cleft lip and palate, who were treated at the clinic of stomatological Surgical dentistry and Maxillofacial children department O.O. Bohomolets` NMU from 2005 to 2015 years. Clinical, anthropometric and statistical methods were used. **Results:** The proposed obturator, the obturator-apparatus nipples with additional insulating surface in 275 children with congenital cleft lip and palate prevented further expansion and shifting defect cleft upper jaw fragments in 80% of cases. Surgical correction were used of premaxilla protrusion in insufficient orthodontic treatment in 85% of cases improved conditions to chilooplasty and uranostaphyloplasty. We suggested the secondary vestibuloplasty method (regardless of the length of the shallow vestibule) allowed to getting a positive result in 71,4% of cases. Reduction of platelets and clotting time dilation is a risk of hypertrophic rubtsivu children with congenital cleft lip and palate determined. Methods of prevention of pathological scarring implemented. Execution palatal soft tissue complex shift back to retroposition, considering reducing rumen tissue of the soft palate in the postoperative period and mesopharyngs increased with age is prevention of velopharyngeal insufficient. The secondary palate defects in 80% are closed due to local tissues – different types of periostomucosal grafts. In other cases, it is of mucous cheeks, upper lip, with significant size defect-tongue graft. **Conclusions:** Careful assessment of the type and width of the defect, the degree of underdevelopment of tissues in children with congenital cleft lip and palate, perform orthodontic or surgical-orthodontic correction position cleft fragments of the upper jaw before intervene on the lip and palate, as well as using sparing surgical techniques is the key to a positive outcome chilooplasty and uranostaphyloplasty and prevention failure of surgical treatment.

KEY words: cheilorhinoplasty, uranostaphyloplasty, fails, complications, prophylactic, prevention.

Вступ

Середній показник невдач остаточного хірургічного лікування дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння коливається у межах 30–55% [1–4]. Перш за все це зумовлено анатомо-функціональними змінами тканин губи та піднебіння внаслідок пороку. Також вони тісно пов'язані з хірургічним лікуванням – вибором методики, її технічним виконанням, післяопераційним веденням пацієнта [5, 6]. Ці фактори й зумовили необхідність проведення аналізу помилок і невдач, що виникають на етапах хірургічного лікування дітей із ВНГП, а також пошук способів їх усунення.

Матеріал і методи

Узагальнено результати хірургічного лікування 780 дітей із ВНГП, яких лікували у клініці на кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця у період із 2005 р. по 2015 р. Використовували клінічні,

антропометричні та статистичні методи дослідження.

Результати та їх обговорення

На співвідношення незрощених фрагментів верхньої щелепи впливають ширина та протяжність дефекту, наявність протрузії міжщелепної кістки, колапс малого фрагмента, а також спосіб годування дитини. Ці фактори безпосередньо визначають косметичні та функціональні результати хейлоринопластики та ураностафілопластики (мал. 1). Годування з використанням звичайної соски розширює дефект і може призводити до зміщення міжщелепної кістки вбік. З огляду на це, із застосуванням у 275 дітей із ВНГП запропонованого обтуратора, обтуратора-апарата, соски з додатковою ізолюючою поверхнею, запобігли подальшому розширенню дефекту та зміщенню незрощених фрагментів верхньої щелепи. Хірургічну корекцію протрузійного положення міжщелепної кістки при двобічних незрощеннях у випадках неефективного ортодонтичного

лікування до хейлоринопластики проводили за запропонованою методикою [7]. Суть полягала у виконанні косої остеотомії міжщелепної кістки під кутом, який індивідуально визначали залежно від протрузії та зміщення нижче оклюзійної площини (мал. 2). Позитивних результатів досягли у 85% випадків. Запропоноване хірургічне втручання дозволяє оптимізувати умови проведення хейлоринопластики та ураностафілопластики за допомогою зменшення ширини дефекту і торцевого розміщення незрощених фрагментів верхньої щелепи.

Наступний етап лікування дітей із ВНГП охоплює основоположні первинні операції – хейлоринопластику, вело- або ураностафілопластику. Від фаховості їх проведення та відновлення анатомо-функціонального тканинного комплексу верхньої губи та піднебіння залежать подальші коригуючі операції та ортодонтичні дії. Незалежно від типу первинної хейлоринопластики виникає вторинна деформація тканин верхньої губи і носа, що пов'язано як із їх вродже-



Мал. 1. Зміщення незрощених фрагментів верхньої щелепи, спричинені дією соски: а – одностороннє незрощення; б – двостороннє незрощення

Мал. 2. Дитина з двостороннім незрощенням верхньої губи та альвеолярного відростка, протрузією різевої кістки: а – до операції; б – після косої остеотомії лемеша за запропонованою методикою; в – після одномоментної двосторонньої хейлоринопластики; г – через 2 роки після операції; ґ – у 6 років

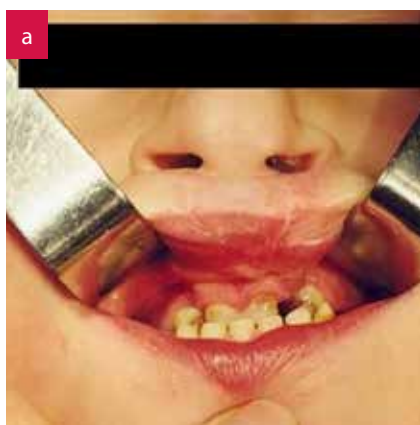


Мал. 3. Мілкий верхній присінок після двосторонньої хейлоринопластики у ділянці 3 зубів

ним недорозвиненням, так і з обраною методикою операції та умовами загоєння рани. На будь-якому з етапів хейлоринопластики (вестибуло-

пластика, міопластика, відновлення шкірної частини і червоної облямівки верхньої губи, ринопластика) при недотриманні вимог до виконання

хірургічних прийомів і неправильно-му їх комбінуванні виникають вторинні деформації верхньої губи і носа. Це зумовлено імовірністю взаємного обтяження, локалізацією і поєднанням кількох типів. Ускладненням вестибулопластики є формування мілкого присінка, який обмежує рухомість верхньої губи, стимулює розвиток вторинних сагітальних деформацій верхньої щелепи, ускладнює ортодонтичне лікування і виконання логопедичних вправ (мал. 3). Після первинної хейлоринопластики мілкий присінок формується у середньому в 57% випадків. Найчастіше



Мал. 4. Поглиблення верхнього присінка у ділянці 4 зубів за запропонованою методикою у дитини після двосторонньої хейлоринопластики: а – мілкий присінок до операції; б – вирізаний, відшарований і зміщений до проекції перехідної складки слизово-окісний клапоть із міжщелепної кістки; в – відокремлений клапоть ушивали до шкіри П-подібними наскрізними швами у проекції перехідної складки



Мал. 5. Некоректне зіставлення фрагментів *m. orbicularis oris* на етапі міопластики при первинній хейлоринопластиці. Обидва м'язові фрагменти контують при м'язовій пробі



Мал. 6. Довгий пролябіум у дитини із вродженим двобічним незрощенням верхньої губи після хейлоринопластики за Hagedorn-Le Mesurier



Мал. 7. Короткий пролябіум у дитини з лівостороннім незрощенням верхньої губи після хейлоринопластики за методикою Millard

він утворюється після двосторонньої хейлоринопластики, зокрема за наявності протрузії міжщелепної кістки, через дефіцит тканин присінка і значну ширину дефекту. Під час проведення вестибулопластики при первинній хейлоринопластиці, недостатній розріз слизової оболонки по перехідній складці малого фрагмента, так званий розріз «кочерга», обмежує мобільність тканин верхньої губи і посилює їх натяг після накладання швів. На великому фрагменті глибина присінка завжди недостатня, тому при переміщенні слизової оболонки у напрямку до дефекту, необхідне її репонування вгору із фіксацією у новому положенні зі слизовою оболонкою малого фрагмента, що зменшує ризик формування мілкого присінка. Залежно від протяжності мілкого присінка визначили

найефективніші методики вторинних вестибулопластик, зокрема методикою використання трикутних або прямокутних клаптів на ніжці. За цією методикою доцільно усувати значні рубцеві зміни верхнього присінка як за глибиною (відсутні або глибина 1–2 мм), так і за довжиною (уздовж 4 і більше зубів) [8]. У 71,4% оперованих пацієнтів позитивного результату досягли завдяки ретельній ізоляції поверхні рани на верхній губі та фіксації тканин у новій проекції перехідної складки (мал. 4). Дуже важливим для функціонального забезпечення результату хейлоринопластики є етап міопластики. Коловий м'яз верхньої губи у дітей із ВНГП незрощений, волокна у ділянці дефекту орієнтовані вгору до структур носа – перегородки і основи крила носа. При двосторонньому не-

зрощенні верхньої губи на серединному фрагменті коловий м'яз майже не виражений. Для забезпечення повноцінного функціонування верхньої губи волокна колового м'яза необхідно переміщувати горизонтально, усувати дефект і подовжувати за вертикаллю. Крім того, обов'язково слід накладати повноцінні фіксуючі шви. При недотриманні цих вимог є ризик утворення деформацій – м'язового «горба», втягнутого рубця, западання м'яких тканин на міжщелепній кістці (мал. 5).

При невдачах відновлення шкірної частини верхньої губи формується довгий або короткий пролябіум. Довгий пролябіум зазвичай формується при використанні методик хейлоринопластики за Hagedorn–Le Mesurier, рідше – Tennison–Обухової (Z-пластика) (мал. 6), а короткий – за



Мал. 8. Вторинна деформація верхньої губи: а – надлишок червоної облямівки; б – подовжений фрагмент червоної облямівки на пролябіумі між підвищеннями «лука Купідона»; в – ефект «свистячої губи»; г – дитина після корекції деформації

Millard, Manchester (лінійна пластика) (мал. 7). Це є наслідком неправильного визначення ступеня недорозвинення тканин пролябіума на великому або середньому фрагменті верхньої губи. Оцінили ефективність хірургічних прийомів, які використовували для зменшення висоти пролябіума. Визначили, що висікання рубців за глибиною та висотою з обов'язковим комбінуванням із міопластикою є найрезультативнішим. Невдачі при проведенні первинної хейлоринопластики на етапі відтворення червоної облямівки пов'язані з її формою «лука Купідона», довжиною, шириною та належать до технічних похибок – розрахунку розташування точок піднесення «лука Купідона» на незрощених фрагментах до розсікання тканин і їх пошаровим ушиванням після переміщення (мал. 8). Надлишок червоної облямівки на одному з фрагментів утворюється при недостатньому об-

сязі висікання її країв та формуванні незначної висоти колонки пролябіума. Дефект червоної облямівки на середньому фрагменті (ефект «свистячої губи») зазвичай є наслідком «манчестерського» трикутника після двосторонніх хейлоринопластик. Формування гіпертрофічних і келоїдних рубців після хейлоринопластики відзначали у 9,8% пацієнтів (мал. 9). Переважали атрофічні (76,6%) і нормотрофічні рубці (13,6%). Ці дані збігаються також із дослідженнями частоти утворення патологічних рубців після хейлоринопластики у Європі [9, 10]. При вивченні взаємозв'язку розвитку різних видів рубців у 184 дітей із ВНГП із показниками гомеостазу встановили, що на тип післяопераційного рубця впливають кількість тромбоцитів крові, швидкість початку і завершення їх осідання. Діти зі зниженим рівнем тромбоцитів (менше 232 Т/л) та недостатнім згортан-

ням крові становлять групу ризику для утворення гіпертрофічних рубців [11]. Дотримання техніки ушивання рани (зіставлення всіх шарів тканин, неперетягування вузлів, використання сучасного шовного матеріалу) дає змогу запобігти утворенню патологічних рубців. Обґрунтовано та впроваджено методику профілактики патологічних рубців щелепно-лицевої ділянки у дітей, яка полягає у комбінованому застосуванні гелю Контрактубекс («Merz Pharma GmbH & Co.KGaA», Німеччина) і Дерматікс. З використанням цієї методики формування нормотрофічних рубців досягли у 92,9% випадків [12]. Деформації носа після первинного хірургічного втручання на губі відзначали майже в усіх оперованих. Це пояснюється первинними змінами хряща та пригніченням росту, що пов'язано із вrostанням м'язів в основу крила носа. Тому недостатнє і неправильне їхнє переміщення у



Мал. 9. Рубцева деформація верхньої губи після первинної операції: а – гіпертрофічний рубець на шкірі та надлишок червоної облямівки на малому фрагменті після хейлоринопластики за Millard; б – гіпертрофічний зірчастий рубець на шкірі та недостатній об'єм червоної облямівки на малому фрагменті, короткий пролябіум зліва після хейлоринопластики



Мал. 10. Провисання крила носа після первинної односторонньої хейлоринопластики, спричинене гребенеподібною складкою на його внутрішній поверхні



Мал. 11. Коротка колюмела після двосторонньої хейлоринопластики, гребенеподібні складки крил носа



Мал. 12. Роздвоєння кінчика носа після хейлоринопластики: а – односторонньої; б – двосторонньої



нове положення на етапі первинної хейлоринопластики, неносіння формуючих вкладок погіршують умови для розвитку крильного хряща, що призводить до посилення деформації крил, перегородки та кінчика носа. Найпоширенішою деформацією крила є гребенеподібна складка, яка спричиняє провисання крила носа і надмірне розтягнення його арки (мал. 10). Утворення складки зумовлене тим, що при переміщенні основи крила і звуженні носового ходу, надто розтягнута слизова оболонка крильного хряща складається, відтак утворюється дуплікатура, а ділянка прикріплення залишається нижче дна носового ходу. Для її розосередження використовують трикутні 30° та 60° клапті із хрящовим шаром та клаптем Діффенбаха. За допомогою цього методу зміцнюють нижні відділи крила носа та усувають його провисання. Гребенеподібну складку висікають при

утворенні дуплікатури без провисання крила носа.

Коротка колюмела частіше формується внаслідок первинного недорозвинення хрящової та шкірної частин перегородки носа (мал. 11); стимулює формування широкого кінчика носа та зменшення його проєкції. Серед хірургічних прийомів для подовження короткої колюmeli найефективнішим при зменшенні на 1/2 висоти є використання V-подібного шкірно-підшкірного клаптя, висіченого з пролябіума, а у разі зменшення висоти на 1/3 – того ж клаптя у верхній частині колюmeli. Коротка колюмела, недорозвинення медіальних та надмірне розтягнення латеральних ніжок крильних хрящів, інтерпозиція підшкірної клітковини між ними, спричиняють формування тупого переднього і гострого середнього септальних кутів чотирикутного хряща, що клінічно проявляється роздвоєнням кінчика носа

(мал. 12). Ці деформації носа на етапі первинної хейлоринопластики не посилюються при виконанні тунельного вивільнення усіх анатомічних хрящових структур крильного хряща від слизової оболонки носа і шкіри, колового м'яза рота у ділянці, прилеглий до основи крила носа [13].

Другим етапом хірургічного лікування дітей із ВНГП є ураностафілопластика, яку виконують для відновлення анатомо-функціональної цілісності тканин твердого та м'якого піднебіння. Це забезпечують за допомогою ретротранспозиції тканин твердого та м'якого піднебіння для ефективного велофарингеального замикання, що у дітей із ВНГП є неможливим не лише через анатомічний дефект, а й зважаючи на первинно коротке м'яке піднебіння і широкий мезофарингс. Достатню, не менше 1,5–2,0 см, ретротранспозицію м'якотканинного комплексу підне-



Мал. 13. Велофарингеальна недостатність після ураностафілопластики



Мал. 14. Вторинні дефекти, утворені після ураностафілопластики: а – дефект у передньому відділі твердого піднебіння; б – дефект переднього і середнього відділів твердого піднебіння



Мал. 15. Вторинний дефект на межі твердого та м'якого піднебіння, спричинений недостатньою мобілізацією тканин по трансверзалі



Мал. 16. Пацієнт, 16 років. Деформація верхньої щелепи по трансверзалі (т.зв. «талія») після ураностафілопластики; оперований у 2 роки; після операції не проходив спостереження та лікування в ортодонта

біння необхідно виконувати з урахуванням рубцевого скорочення тканин м'якого піднебіння та вікового збільшення обсягу мезофаринкса пацієнта. Недостатня мобілізація слизово-окісних клаптів, тобто їх відокремлення від заднього краю твердого піднебіння, неповне виведення судинно-нервових пучків із каналів, незняття сухожилля м'яза, що натягує м'яке піднебіння, з гачка крилоподібного відростка основної кістки, призводить до його вкорочення та формування велофарингеальної недостатності (мал. 13). Таке ускладнення у 95% випадків зумовлене неналежним проведенням наведених етапів операції. Усувають велофарингеальну недостатність, виконуючи повторну ретротранспозицію слизово-окісних клаптів (реоперація) або клаптів, висічених із задньої стінки глотки. Не менш важ-

ливим етапом є логопедична реабілітація оперованих дітей.

За різними даними, вторинні дефекти твердого та м'якого піднебіння становлять від 3 до 78% [14, 15], що зумовлене не лише дефіцитом пластичного матеріалу, шириною дефекту, вертикальним положенням горизонтальних пластинок твердого піднебіння, а й недотриманням правил накладання швів, використанням травматичних хірургічних методів, неправильним післяопераційним веденням рани, внаслідок чого порушується трофіка клаптів (мал. 14). Дефекти на м'якому піднебінні у 2/3 випадків є наслідком недостатньої мобілізації тканин по трансверзалі (мал. 15). Перш за все, це стосується таких хірургічних методик як відокремлення тканин м'якого піднебіння від заднього краю твердого піднебіння, виведення судинно-нервового

пучка і зняття *m.tensor veli palatini* з гачка крилоподібного відростка основної кістки.

За допомогою антропометричних вимірювань щелеп у дітей, яким проводили ураностафілопластику, встановили, що верхня щелепа частіше деформується по трансверзалі. Це зумовлено неправильно обраною хірургічною методикою, відсутністю ортодонтичної корекції положення незрощених фрагментів верхньої щелепи перед операцією на піднебінні (мал. 16). Так, широкі первинні незрощення (дефект на межі твердого та м'якого піднебіння понад 1 см) слід закривати у 2 етапи: за допомогою велоластики та, після гармонізації прикусу, – уранопластики. Крім того, при проведенні велоластики клапті потрібно вирізати із відступом допереду на 1,5–2,0 см від межі твердого піднебіння. Це дає можли-

вість не лише провести ефективну ретротранспозицію тканин і зафіксувати їх у новому положенні поруч з межею твердого піднебіння, але й не порушувати зону росту у ділянці переходу альвеолярного відростка в горизонтальні пластинки твердого піднебіння.

Вторинні дефекти піднебіння у 80% випадків усувають з використанням місцевих тканин – різними видами слизово-окісних клаптів. У решті випадків застосовують клапті слизової оболонки щоки, верхньої губи, при значних за розмірами дефектах – клапті язика. Вибір ділянки для закриття дефекту за допомогою місцевого пластичного матеріалу залежить від розмірів, локалізації, ступеня дефіциту матеріалу навколо, віку дитини та відсутності сагітальних і трансверзальних змін верхньої щелепи.

Висновки

Невдачі хірургічного лікування дітей із ВНГП залежать від таких чинників, як первинне співвідношення незрощених фрагментів верхньої губи та щелепи – колапсу малого фрагмента та протрузії міжщелепної кістки, помилково обраного та технічно неправильно виконаного первинного хірургічного втручання на губі та піднебінні. Профілактикою невдач хірургічного лікування дітей із ВНГП на етапі підготовки є виконання ортодонтичної або хірургічно-ортодонтичної корекції положення незрощених фрагментів верхньої щелепи (оптимальним є досягнення їх торцевого змикання) до проведеного хейлоринопластики; відсутність трансверзальних і сагі-

тальних змін верхньої щелепи дитини віком від 9 до 18 місяців до ураностафілопластики; ретельна оцінка виду і ширини дефекту, недорозвинення тканин пролябіума верхньої губи, носа, на піднебінні – положення горизонтальних пластинок піднебінної кістки, дефіциту м'яких тканин, що є запорукою досягнення позитивного результату хейлоринопластики та ураностафілопластики; застосування щадних хірургічних прийомів, які забезпечують ефективне виконання вестибуло- та міопластики, відновлення шкірної частини і червоної облямівки верхньої губи, максимальну ретротранспозицію тканин і велофарингіальне замикання сприяють правильному анатомічному та функціональному розвитку тканин верхньої губи та піднебіння.

Список використаної літератури

1. Харьков Л.В. Хирургическое лечение врождённых несращений нёба: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / Л.В. Харьков; Киев. мед. ин-т. – К., 1988. – 29 с.
2. Харьков Л.В. Хирургическое лечение врождённых несращений нёба. – К.: Здоровье. – 1992. – 199 с.
3. Яковенко Л.М. Комплексне лікування первинних та вторинних деформацій верхньої губи, піднебіння при їх двобічних незрощеннях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / Л.М. Яковенко; Нац. мед. ун-т. – К., 2004. – 38 с.
4. Вишпінський І.М. Порівняльна характеристика методів хірургічного лікування незрощень верхньої губи та піднебіння в різному віці: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / І.М. Вишпінський; Нац. мед. ун-т. – К., 2013. – 19 с.
5. Ашураліев Х.Г. Хирургическое лечение вторичных и остаточных дефектов нёба после ураностафилопластики: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Х.Г. Ашураліев; Нац. мед. ун-т. – К., 2014. – 16 с.
6. Хирургические приемы ретротранспозиции тканей мягкого нёба при ураностафилопластике: материалы Всероссийской научно-практической конференции [«Врождённая и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения»] / Л.В. Харьков, Л.Н. Яковенко, Р.И. Егоров // Москва, 2012. – С. 171–184.
7. Деклараційний патент на винахід України. Спосіб усунення протрузії міжщелепної кістки у дітей з вродженим двобічним незрощенням верхньої губи та піднебіння / Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко, Л.Ф. Корчак. – №70218А від 15.09.04, Бюл. №9.
8. Деклараційний патент на винахід. Спосіб утворення верхнього передсінку порожнини рота при відсутності його при вроджених, посттравматичних та післяопераційних станах / Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко, І.Л. Чехова, Т.О. Ковтун. – №45224А від 15.03.2002, Бюл. №3.
9. Мочалов Ю.О. Оптимізація процесу рубцювання післяопераційних ран шкіри у дітей із вродженою та набутою патологією щелепно-лицевої ділянки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Ю.О. Мочалов; Нац. мед. ун-т. – Київ, 2012. – 18 с.
10. Патент на корисну модель Україна. Спосіб формування нормотрофічного рубця верхньої губи / Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко, Ю.О. Мочалов. – №27430 від 25.10.07, Бюл. №17.
11. Деклараційний патент на винахід. Хірургічна корекція положення курячого хряща при первинній хейлопластиці у дітей з вродженим одностороннім незрощенням верхньої губи / Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко, І.Л. Чехова, Т.О. Ковтун. – № 38038 від 15.05.2001.
12. Ашураліев Х.Г. Анализ послеоперационных и остаточных дефектов нёба после ураностафилопластики / Х.Г. Ашураліев // Вісник стоматології. – 2011. – №3. – С. 51–54.
13. Incidence of oronasal fistula formation after nasoalveolar molding and primary cleft repair / W. Dec, P.R. Shetye, B.H. Grayson [et. al] // J. Craniofac. Surg. – 2013. – Vol. №24, 1. – P. 57–61.
14. Lo L.J., Kane A.A., Chen Y.R. Simultaneous reconstruction of the secondary bilateral cleft lip and nasal deformity: Abbe flap revisited // Plast Reconstr Surg. – 2003. – Vol. 112, №5. – P. 1219–27.
15. Cho B.C. New technique for correction of the microform cleft lip using vertical interdigitation of the orbicularis oris muscle through the intraoral incision // Plast Reconstr Surg. – 2004. – Vol. 114, №5. – P. 1032–41.

REFERENCES

1. Har'kov, L.V. (1988). Hirurgicheskoe lechenie vrozhdjonnih nesrashhenij njoba: *Extended abstract of Doctor's thesis*. Kiev. med. institut. K. (in Russian).
2. Har'kov, L.V. (1992). Hirurgicheskoe lechenie vrozhdjonnih nesrashhenij njoba. K.: Zdorov'e (in Russian).
3. Yakovenko, L.M. (2004). Kompleksne likuvannia pervynnykh ta vtorynnykh deformatsii verkhnoi huby, pidnebinnia pry yikh dvobichnykh nezroshchenniakh: *Extended abstract of Doctor's thesis*. Nats. med. un-t. Kyiv (in Ukrainian).
4. Vyshpynskiy, I.M. (2013). Porivnialna kharakterystyka metodiv khirurgichnoho likuvannia nezroshchen verkhnoi huby ta pidnebinnia v riznomu vitsi: *Extended abstract of candidate's thesis*. Nats. med. un-t. Kyiv (in Ukrainian).
5. Ashuraliev, H.G. (2014). Hirurgicheskoe lechenie vtorychnyh i ostatochnyh defektov njoba posle uranostafiloplastiki: *Extended abstract of candidate's thesis*. Nac. med. un-t. Kiev (in Russian).
6. Har'kov, L.V., Jakovenko, L.N., Egorov, R.I. (2012). Hirurgicheskie priemy retrotranspozicii tkanej mjagkogo njoba pri uranostafiloplastike: *Proceedings of All-Ukrainian Conference* [«Vrozhdjonnaja i nasledstvennaja patologija golovy, lica i shei u detej: aktual'nye voprosy kompleksnogo lechenija»]. Moskva, 171–184 (in Russian).
7. Kharkov, L.V., Yakovenko, L.M., & Korchak, L.F. *Deklaratsiinyi patent na vynakhid Ukrainy*. Sposib usnennia protruzii mizhshchelepnoi kistky u ditei z vrozhzenym dvobichnym nezroshchenniam verkhnoi huby ta pidnebinnia. №70218A vid 15.09.04, Biul. №9 (in Ukrainian).
8. Kharkov, L.V., Yakovenko, L.M., Chekhova, I.L., & Kovtun, T.O. *Deklaratsiinyi patent na vynakhid*. Sposib utvorennia verkhnoho peredsinku porozhnyny rota pry vidsutnosti yoho pry vrozhzenykh, posttravmatychnykh ta pisliaoperatsiinykh stanakh. №45224A vid 15.03.2002, Biul. №3 (in Ukrainian).
9. Mochalov, Iu.O. (2012). Optymizatsiia protsesu rubtsiuвання pisliaoperatsiinykh ran shkiry u ditei iz vrozhzenoiu ta nabutoiu patolohiieiu shchelepno-lytsevoi dilianky. *Extended abstract of Doctor's thesis*. Nats. med. un-t. Kyiv (in Ukrainian).
10. Kharkov, L.V., Yakovenko, L.M., & Mochalov, Iu.O. *Patent na korysnu model Ukraina*. Sposib formuvannia normotrofichnoho rubtsia verkhnoi huby. №27430 vid 25.10.07, Biul. №17 (in Ukrainian).
11. Kharkov, L.V., Yakovenko, L.M., Chekhova, I.L., & Kovtun, T.O. *Deklaratsiinyi patent na vynakhid*. Khirurgichna korektsiia polozhennia kurylnoho khriashcha pry pervynnii kheiloplastytsi u ditei z vrozhzenym odnostonnim nezroshchenniam verkhnoi huby. № 38038 vid 15.05.2001 (in Ukrainian).
12. Ashuraliev, H.G. (2011). Analiz posleoperacionnyh i ostatochnyh defektov njoba posle uranostafiloplastiki. *Visnik stomatologii*, 3, 51–54 (in Russian).
13. Dec, W., Shetye, P.R., Grayson, B.H. & et. al. (2013). Incidence of oronasal fistula formation after nasoalveolar molding and primery cleft repai. *J. Craniofac. Surg.*, Vol. 24, 1, 57–61 (in English).
14. Lo, L.J., Kane, A.A., & Chen, Y.R. (2003) Simultaneous reconstruction of the secondary bilateral cleft lip and nasal deformity: Abbe flap revisited. *Plast Reconstr Surg*, Vol. 112, 5, 1219–27 (in English).
15. Cho, B.C. (2004). New technique for correction of the microform cleft lip using vertical interdigitation of the orbicularis oris muscle through the intraoral incision. *Plast Reconstr Surg*, Vol. 114, 5, 1032–41 (in English).

Стаття надійшла в редакцію 30 червня 2015 року