



Ефективність методик первинного хірургічного лікування дітей з вродженим незрощенням губи (аналіз матеріалу з 2007 по 2011 рр.)

Харьков Л.В., Кулинич М.О.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку (зав. кафедрою – чл.-кор. НАМН України професор Харьков Л.В.), Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця (ректор – академік НАМН України, професор Москаленко В.Ф.), м.Київ, Україна

 **Резюме.** В умовах Українського центру МОЗ з 2007 по 2011 рр., було первинно прооперовано 312 дітей з вродженим незрощенням губи і піднебіння. Проведений аналіз методик первинного хірургічного лікування, які найчастіше використовувались при оперуванні таких хворих, порівняння їх з іншими методиками лікування.

 **Ключові слова:** вроджені незрощення верхньої губи, хейлоринопластика, щелепно-лицева ділянка.

АКТУАЛЬНІСТЬ

На сьогоднішній день існує велика кількість методик хейлоринопластики, кожна з яких має свій певний набір хірургічних прийомів, які ефективні для усунення того чи іншого анатомічного дефекту та відновлення функції верхньої губи. Нажаль немає жодної методики, яка б вирішувала всього комплексу проблем, кожна з них має свої показання, переваги і недоліки. Пошук найбільш ефективних методик хейлоринопластики і досі лишається актуальним.

ЦІЛЬ РОБОТИ:

визначити найбільш результативні хірургічні прийоми, які найбільш часто використовуються при лікуванні дітей з вродженим незрощенням губи і піднебіння в умовах Українського центру МОЗ з 2007 по 2011 рр.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовано 312 історій хвороб пацієнтів з вродженим незрощенням губи і піднебіння, які лікувались в Українському центрі з наданням допомоги дітям з вродженими і набутими захворюваннями щелепно-лицевої ділянки, яка є базою кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку з 2007 – 2011 рр. За цей час прооперовано 750 дітей з вродженим незрощенням губи і піднебіння, хейлопластика при односторонніх незрощеннях верхньої губи – починаючи з 2-3 міс., при двосторонніх незрощеннях верхньої губи – у віці 5-6 міс., з вродженим незрощенням піднебіння у віці до 2-х років по запропонованим Л.В.Харьковим щадним методикам. Проведена клінічна оцінка ефективності хірургічних прийомів первинної хейлоринопластики, які найбільш часто використовуються для оперування дітей з вродженим незрощенням губи і піднебіння в клініці.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ І ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз методик і етапів хірургічного лікування пацієнтів з вродженим незрощенням верхньої губи і піднебіння, показав, що з 2007 – 2011 рр. застосовувались ме-

тодики первинної хейлоринопластики при односторонніх незрощеннях верхньої губи Millard (M), Tennonson (T), Tennonson-Randall (T-R), по Л.В. Харькову (X) (А.С. 1526656), Л.В.Харькова, Л.М.Яковенко, Т.О.Ковтун (Х-Я-К) (А.С. № 38038 А); при двосторонніх незрощеннях верхньої губи: Z-пластика (А.А. Лімберг, Л.А.Обухова, С.Теннісон) (А-О-Т), Millard-Kobus-Mancheste (М-К-М) і по Л.В. Харькову (X) і Л.М.Яковенко (Х-Я) (патент 96051898). Дані представлені в таблиці №1.

Таблиця №1

Методи хейлоринопластики, що найчастіше застосовувалися в клініці у 2007-2011 рр.

Рік	Методика операції									
	Одностороннє незрощення верхньої губи					Всього	Двостороннє незрощення верхньої губи			Всього
	М*	Т*	Т-Р*	по (X) (А.С. 1526656) *	(Х-Я-К) (А.С. № 38038 А) *		Z-пластики (А-О-Т) *	(М-К-М) *	(Х-Я) (патент 96051898) *	
2007	7	6	4	16	18	53		3	3	6
2008	6	6	5	25	20	62	1	4	6	11
2009	4	3	3	18	22	50	2	8	10	20
2010	6	5	5	15	20	51	3	8	11	22
2011	2	3	2	8	14	29	1	3	4	8
Всього	27	23	19	82	94	245	7	26	34	67

* М – Millard; Т – Tennonson; Т-Р – Tennonson-Randall; Х– по Л.В. Харькову (А.С. 1526656); Х-Я-К – Л.В.Харькова, Л.М.Яковенко, Т.О.Ковтун (А.С. № 38038 А); А-О-Т – Z-пластика (А.А. Лімберг, Л.А.Обухова, С.Теннісон); М-К-М – Millard-Kobus-Mancheste; Х-Я – по Л.В. Харькову і Л.М.Яковенко (патент 96051898).

Аналізуючи таблицю №1 можна сказати, що за період з 2007 по 2011 рр. в Українському центрі було прооперовано з приводу хейлоринопластики 312 пацієнтів, з них з одностороннім незрощенням верхньої губи (245 хворих – 76%), з двостороннім незрощенням верхньої губи (67 хворих – 24%). При лікуванні таких пацієнтів використовували такі методи первинної хейлоринопластики:

– при односторонніх незрощеннях верхньої губи: Millard (27 хворих – 11% з загальної кількості односторонніх хейлоринопластик), Tennonson (23 хворих – 9,4%), Tennonson-Randall (19 хворих – 7,8%), по Л.В. Харькову (А.С. 1526656) (82 хворих – 33,5%), Л.В.Харькова, Л.М.Яковенко, Т.О.Ковтун (А.С. № 38038 А) (94 хворих – 38%) [2, 3, 4, 5, 6];

– при двосторонніх незрощеннях верхньої губи: Z-пластика (А.А. Лімберг, Л.А.Обухова, С.Теннісон) (7 хворих – 10,5% з загальної кількості двосторонніх хейлоринопластик), Millard-Kobus-Manchester (26 хворих – 38,5%), Л.В.Харьковим і Л.М.Яковенко (патент 96051898) (34 хворих – 51%) [11, 16].

Первинна хейлоринопластика, при односторонніх або двосторонніх незрощеннях верхньої губи і піднебіння – важливий етап хірургічного лікування таких хворих, який передбачає відновлення анатомічної, функціональної цілісності верхньої губи і носа, їх естетичного вигляду. Для досягнення цієї мети потрібно вирішити такі задачі: проведення вестибуло-, міопластики, відновлення цілісності шіршої частини верхньої губи, червоної облямівки, первинну корекцію положення крил носа і його перегородки [3, 4, 5, 11].

Існує безліч методик хейлоринопластики, при кожному виді незрощення хірург індивідуально підбирає методику і її прийоми, і адаптує їх до даного виду дефекта. Методи, що найчастіше використовуються в центрі, при односторонньому незрощенні губи – за Millard-ом, Tennonson-ом, Tennonson-Randall-ом. Вони відносяться до групи методик при яких застосовуються трикутні клапті [2, 3, 4, 6].

Розкрій тканин з використанням трикутних клаптів виявився найбільш ефективний при широких наскрізних односторонніх незрощеннях верхньої губи, коли висота колонки на великому фрагменті становить $1/3$ частини в порівнянні зі здоровою. Така методика дає можливість досягти максимального подовження колонки фільтрума на фрагменті, а також переміщувати шкірні клапті на значну відстань [3].

Методика первинної хейлопластики по Л.В. Харькову (А.С. 1526656) передбачає розкрій шкірної частини великого фрагмента з викроюванням трикутника Мілларда в верхній частині колонки, а в нижній – розкриття кута біля вершини лука Купідона. За рахунок останнього прийому вдається досягти максимального приросту висоти колонки при наскрізних незрощеннях верхньої губи і піднебіння, що суттєво покращує косметичний результат операції. Кожний розкрій тканин має свою цінність при застосуванні за показаннями, тобто з урахуванням ширини дефекту, дефіциту висоти шкірної частини на великому фрагменті і наявності запасу тканин на малому [7, 8].

Особливість первинної хейлопластики Л.В. Харькова, Л.М. Яковенко, Т.О. Ковтун (А.С. № 38038 А), полягає в тому, що при цій методиці доступ до крильного хряща виконується через розрізи, що застосовуються для хейлоринопластики; коректно звільняються від шкіри і слизової носа. Медіальна і латеральна ніжки, основа крила носа, від колового м'язу рота. Після цього перерозтягнутий і деформований крильний хрящ як в нове положення, а шкіра і слизова навколо його, не дають зміщуватися. Добре звільнений хрящ не може змінити своє положення ще тому, що основа ніжок підпирається тканинами сформованої верхньої губи. Це виключає необхідність додаткової фіксації хряща в новому положенні [2, 3, 5]. Клінічний приклад застосування даної методики (рисунок 1).



Рисунок 1

Фото дитини до та після операції (через 5 років) з діагнозом вроджене лівобічне наскрізне незрощення верхньої губи, коміркового відростка, твердого і м'якого піднебіння (до операції)

Проведена одноетапна хейлоринопластика за методикою Л.В. Харькова, Л.М. Яковенко, Т.О. Ковтун (А.С. № 38038 А). Через 5 років після хірургічного втручання на губі досягнуто відновлення достатньої висоти фільтрума та довжини верхньої губи. Червона облямівка має форму лука з відповідними увзвищами. Перегородка носа знаходиться у правильному вертикальному положенні.

Хірургічне лікування двосторонніх незрощень верхньої губи – складніше в порівнянні з одностороннім. Складність його визначається значним дефіцитом тканин на серединному фрагменті верхньої губи, деформацією хрящових відділів носа, положенням міжщелепної кістки. При значній протрузії міжщелепної кістки до первинної хейлоринопластики проводять корекцію її положення ортодонтичним або, при недостатній його ефективності, хірургічно-ортодонтичними методами. У деяких випадках може бути застосована 2-етапна хейлоринопластика (спочатку на стороні з більшою шириною дефекту, а через 3 місяці – на другій). У випад-

ках торцевого змикання міжщелепної кістки з двома боковими фрагментами верхньої щелепи, а також при незначній протрузії її, хейлоринопластика виконується в один етап [9, 12, 14].

При двосторонній хейлопластиці «хірургічна» увага сконцентрована на середньому фрагменті, – перегородці і кінчику носа. Серединний фрагмент є «реципієнтом» м'яких тканин з «донорських» бокових, так як на середньому фрагменті завжди мало тканин; шкірна частина перегородки носа вкорочена, медіальні ніжки крильних хрящів недорозвинені, арки крильних хрящів роздвоєні, внаслідок чого ніс має вигляд так званого «баранячого». В зв'язку з цими обставинами вибір способу хейлопластики залежить від ступеня вираженості вищеперерахованих особливостей [12, 13, 14, 16].

Існують різні методики двосторонніх хейлопластик так само, як і односторонніх, умовно можна поділити на Z- подібні, прямокутні і лінійні.

Відомі способи хейлоринопластики з використанням Z-пластики (А.А.Лімберг, Л.А.Обухова, С.Теннісон) використовують для закриття не тільки при односторонніх, а і при двосторонніх незрощеннях верхньої губи. За цими методиками для збільшення висоти пролябіума викроюються трикутні клапті в горизонтальній площині на бокових фрагментах і переміщуються до серединного в розрізі, зроблені в проекції колонок.

Однією з найбільш розповсюджених методик хейлоринопластики є комбінація хірургічних прийомів Millard – Kobus – Manchester, що використовується при значній протрузії міжщелепної кістки. Запропонований спосіб передбачає розкрий, мобілізацію та переміщення двох шкірно-підшкірних малих трикутних клаптів з бічних ділянок середнього фрагмента у напрямку основи крил носа та двох основних трикутних клаптів з бічних фрагментів у напрямку до серединного. Червону облямівку і присінок порожнини рота відтворюють за рахунок мобілізованого V-подібного клаптя слизової оболонки, червоної облямівки серединного фрагменту та слизової оболонки, червоної облямівки бічних фрагментів (рисунок 2). Антропометричні виміри тканин верхньої губи та носа після хейлоринопластики за такою методикою засвідчили, що відновлена висота пролябіума у дітей з його недорозвитком на $1/3$ та $1/2$ з часом збільшується і сягає значень таких, як і у здорових дітей цієї вікової групи ($\approx 1,2$ см). Перевагами цього методу є те, що: по-перше, дефект ліквідується в один етап, на відміну від способу Кобуса; по-друге, на шкірній частині губи утворюються лінійні рубці, які проходять по колонках фільтруму; по-третє, завдяки двом трикутникам, викроєним із серединного фрагмента та переміщеним у розтин біля основ крил носа, частково «підкреслюється» та збільшується висота перегородки носа, запобігається зміщенням крил носа донизу; по-четверте, достатня глибина присінка, яка має велике значення у запобіганні розвитку вторинних деформацій верхньої щелепи, відтворюється за рахунок слизової оболонки трьох незрощених фрагментів верхньої губи обов'язковим переміщенням двох трикутних клаптів слизової оболонки на премаксилі та її фіксації у проекції слухної перехідної складки; по-п'яте, червона облямівка має вигляд лука Купідона, а для запобігання формування втягнутого рубця в її центральній частині здійснюють розсепарування V-подібного клаптя [21, 25].

Методи Veau – II, В.І.Козлюк, Е.В.Гоцко, Л.В.Харькова – Л.М.Яковенко забезпечують створення необхідної висоти верхньої губи і глибини присінка, правильної форми червоної облямівки за рахунок викроювання і переміщення прямокутних клаптів з бокових фрагментів [13, 15, 21].

За способом Л.В. Харькова – Л.М.Яковенко (А.С. 1673079) це досягається викроюванням, мобілізацією і переміщенням двох малих шкірно-підшкірних

трикутних клаптів з бокових ділянок середнього фрагмента в направленні основи крила носа. На бокових фрагментах з кожної сторони викроюють по малому трикутному і чотирикутному шкірно-підшкірному клапті, їх мобілізують і переміщують до центру. Червону облямівку і присінок формують за рахунок слизової, і червоної облямівки бокових фрагментів; потім проводиться міопластика. Хейлопластика з використанням прямокутних клаптів показана у випадках недорозвитку м'яких тканин пролябіума; вираженої протрузії міжщелепної кістки, так як прямокутні клапті добре мобільні і відтворюють висоту пролябіума в середній його частині [21, 22].

Недоліки цих способів: паралельно червоній облямівці проходять рубці, які утворюються в результаті розкrojовання чотирикутних клаптів на бокових фрагментах; при невірному розрахунку висоти прямокутних клаптів відмічається збільшення висоти верхньої губи; червона облямівка верхньої губи, що формується слизовою оболонкою червоної облямівки бокових фрагментів, зменшена по довжині, не відповідає формі лука Купідона з двома випукlostями, а має вигляд напівовала, що знижує анатомічний і косметичний результат; недостатня глибина присінку порожнини рота в фронтальній ділянці обумовлена малою кількістю тканин слизової оболонки двох бокових фрагментів; кінчик носа залишається притягнутим до основи його перегородки. При цьому в післяопераційному періоді статичний тиск верхньої губи за рахунок збільшення по висоті і зменшення по довжині в фронтальному відділі міжщелепної кістки обумовлює передумови до ретрогнатичного її положення. Для усунення даної деформації необхідно застосування інтраоральних пристроїв, фіксація яких в такому віці дуже проблематична [11, 21, 24].

У 1995 р. в Українському центрі по лікуванню хворих з вродженими і набутими захворюваннями щелепно-лицевої ділянки був розроблений і впроваджений спосіб двосторонньої хейлопластики (патент 96051898 від 30.04.1996), запропонований Л.В.Харьков і Л.М.Яковенко, який забезпечує оптимальне анатомо-функціональне розподілення тканин пролябіума, червоної облямівки, слизової верхнього присінка. Запропонований спосіб передбачає розкрій, мобілізацію і переміщення двох шкірно-підшкірних малих трикутних клаптів з бокових фрагментів в напрямку до середнього. Червону облямівку і присінок порожнини рота створюють за рахунок мобілізованого V-подібного клаптя слизової, і червоної облямівки серединного і бокових фрагментів [17]. Клінічний приклад застосування даної методики (рисунок 2).



Рисунок 2
Фото дитини до та після операції (через 5 років) з діагнозом вроджене двобічне незрошення верхньої губи та піднебіння (до операції)

Проведена одноетапна двобічна хейлоринопластика за методикою Л.В.Харькова і Л.М.Яковенко (патент 96051898). Через 5 років після хірургічного втручання на губі досягнуто відновлення достатньої висоти фільтруму та довжини верхньої губи.

Червона облямівка має форму лука з відповідними увзвишеннями.

ПЕРЕВАГИ МЕТОДА:

- ліквідація дефекта губи і носа в один етап, створення на шкірній частині верхньої губи лінійних рубців, які проходять по колонкам колумелл;
- збільшення висоти перегородки носа за рахунок переміщення двох трикутників з серединного фрагмента верхньої губи в розріз біля основи крил носа;
- формування достатньої глибини присінка порожнини рота, що має велике значення для попередження розвитку вторинних деформацій верхньої щелепи, внаслідок мобілізованої слизової оболонки трьох незрощених фрагментів верхньої губи і переміщення вгору V-подібного клаптя серединного фрагмента;
- червона облямівка відтворюється в формі лука Купідона з червоної облямівки трьох клаптів.

Кожна з методик має свої переваги і недоліки, але всі вони мають набір базових хірургічних прийомів для відновлення анатомо-функціональної цілісності тканин верхньої губи і носа при їх незрощенні [21].

ВИСНОВОК

Аналіз одно- та двобічних первинних хейлоринопластик показав, що жодна з них не вирішує всього комплексу проблем і має свої переваги і недоліки. Але кожна має певний набір хірургічних прийомів, які ефективні для усунення того чи іншого анатомічного дефекту та відновлення функції верхньої губи.


Найбільш тяжкими в плані отримання позитивного анатомічного та функціональних результатів є вроджені двобічні незрощення верхньої губи та піднебіння. Це пов'язано не тільки з необхідністю використання хірургами щадних методів хірургічного лікування та ортодонтичної корекції, а й особливостями розвитку тканин верхньої губи та верхньої щелепи (різні за походженням структури). Запропоновані методики хейлоринопластики передбачають оптимальну комбінацію найбільш ефективних хірургічних прийомів з урахуванням ширини дефекту, ступеня дефіциту тканин назолабіального комплексу, взаєморозташування незрощених фрагментів верхньої щелепи.

При первинній хейлоринопластиці односторонній незрощень верхньої губи ми використовуємо методики по Л.В. Харькову (А.С. 1526656) і Л.В.Харьков, Л.М.Яковенко, Т.О.Ковтун (А.С. № 38038 А); при двосторонніх незрощеннях верхньої губи Л.В. Харьков – Л.М. Яковенко (А.С. 1673079), Л.В. Харьковим і Л.М.Яковенко (патент 96051898). Дані методики дозволяють провести відновлення анатомічної, функціональної цілісності верхньої губи і носа, їх естетичного виду. Методики передбачають проведення вестибуло-, міопластики, відновлення цілісності шкірної частини верхньої губи, червоної облямівки, первинну корекцію положення крил носа і його перегородки.

Effectiveness of primary surgical treatment methods in children age with nonunion of palate (analysis of material from 2007 to 2011)

Harkov L.V., Kylinich M.O.

Department of surgical dentistry and maxillofacial surgery of children
(Head of the Department – prof. Harkov L.V.),
National O.O.Bogomolets Medical University, Kiev, Ukraine

 **Summary.** In the center of the Ukrainian Ministry of Health from 2007 to 2011. Was initially operated on 312 children with congenital nonunion lip and palate. The analysis methods of primary surgical treatment commonly used when performing operations such patients, comparing them with other methods of treatment.

 **Keywords:** congenital cleft upper lip, heylorinoplastyka, maxillofacial area.

Література

1. Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Чехова І.Л., Ковтун Т.О. Спосіб профілактики вторинних деформацій носа при вроджених незрощеннях верхньої губи. Деклараційний патент на винахід № 38038А від 15.05.2001. Бюл. № 4.
2. Харьков Л. В., Яковенко Л. М. Хірургічне та комплексне лікування вроджених дефектів щелепно-лицевої ділянки у дітей (огляд літератури та власних досліджень) // Журн. АМН України. – 2006. – т. 11, № 3. – С. 481 – 498.
3. Харьков Л.В. Вроджені захворювання щелепно-лицевої ділянки у дітей. Сучасна стратегія лікування // Науковий вісник НМУ імені О.О.Богомольця – 2004. -№1-2 – с.44-50.
4. Харьков Л.В. Опыт проведения одномоментной хейлориноуранопластики и хейлориновелопластики у детей с врожденным несращением верхней губы и нёба // Современная стоматология.– 2004.-№2.– с.73-78.
5. Харьков Л.В. Стан хірургічної стоматологічної допомоги дітям України з вродженими та набутими захворюваннями щелепно-лицевої ділянки за 1999 рік // Вісник стоматології. – 2001. – №5 – с.143-145.
6. Харьков Л.В., Горovenko Н.Г., Яковенко Л.М., Зерова Т.Э., Чехова И.Л., Соколовский В.А., Дубинина А.И., Тищенко Н.А., Биндер Б.С. Врожденные несращения верхней губы и нёба. (для врачей стоматологов, педиатров, ЛОР-специалистов, психологов, логопедов). К.: Книга-плюс.-2004.-82с.
7. Харьков Л.В., Шоу В., Семб Г. Обзор состояния помощи детям с несращениями верхней губы и нёба в европейских странах // Вісник стоматології. – 2001. – №3 – С. 55–59.
8. Харьков Л.В., Яковенко Л.М. Спосіб хірургічного лікування двостороннього незрощення верхньої губи. Деклараційний патент на винахід № 31174А від 15.12.2000. Бюл. № 7-11.
9. Харьков Л.В., Яковенко Л.М. Акушерам-гінекологам про вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння // Педіатрія, акушерство та гінекологія.-2004.-№4.-с.23-33.
10. Харьков Л.В., Яковенко Л.М. Спосіб корекції положення збільшеної міжщелепної кістки при вроджених двобічних незрощеннях верхньої губи та піднебіння. Деклараційний патент на винахід № 4676 від 17.01.2005. Бюл. №1.
11. Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Корчак Л.Ф. Спосіб усунення протрузії міжщелепної кістки у дітей з вродженим двобічним незрощенням верхньої губи та піднебіння. Деклараційний патент на винахід № 70218А від 15.09.2004. Бюл. №9.
12. Харьков Л.В., Яковенко Л.М. Спосіб формування присінка при двобічній хейлопластиці. Деклараційний патент на винахід № 5243 від 15.02.2005. Бюл. №2.
13. Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Корчак Л.Ф., Ковтун Т.О. Способи поглиблення верхнього передінку порожнини рота у дітей після двосторонньої хейлопластики // Актуальні питання пластичної, реконструктивної та естетичної хірургії.– К. – 2002– с.197-198.
14. Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Харьков А.Л. Первинна та вторинна профілактика та хірургічне лікування деформацій

- кінчика носа під час і після односторонніх хейлоринопластик. // Новини стоматології.-2005.-№1.- С.12-17.
15. Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Харьков А.Л. Способ відтворення дна носового хода при первинній однобічній хейлопластиці. Деклараційний патент на винахід № 5241 від 21.12.04.
16. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н. Способ лечения двусторонних несращений верхней губы. А.с. № 1673079 от 01.05.1991.
17. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста К.: Книга-плюс.-2005.- 470с.
18. Цыплакова М.С., Степанова Ю.В. Пути достижения оптимального результата при лечении расщелин верхней губы // Клиническая имплантология и стоматология. – 2001. – №3–4 (17–18). – С. 36–39.
19. Юсубов Ю.А., Харьков Л.В., Дудко Д.В. Способ хирургического лечения односторонних несращений верхней губы А.С.1526656 от 7.12.89. Бюл. № 45.
20. Яковенко Л.М. «Первичная двухсторонняя хейлопластика и вторичные деформации тканей, возникающая после неё, по результатам лечения детей в Челюстно-лицевой клинике Национального Медицинского университета.» Конференция «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения,» Россия, г.Москва, 5 – 6 декабря, 2002., с. 302 – 306.
21. Яковенко Л.М. Клінічна характеристика тканин нозолабіального комплексу при двобічних незрощеннях його та їх зв'язок із елементами хірургічних прийомів первинної хейлопластики // Архів клінічної медицини.-2004.-№ 1.-с.88-92.
22. Л.М.Яковенко Комплексне лікування первинних та вторинних деформацій верхньої губи, піднебіння при їх двобічних незрощеннях. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. 14.00.22 – Стоматологія / Міністерство охорони здоров'я України, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. Київ – 2004. – 38 с.
23. Яковенко Л.М. Предоперативна корекція положення міжщелепної кістки у дітей з вродженим двобічним незрощенням верхньої губи та піднебіння // Вісник стоматології. – 2003.-№3.-с.35-38.
24. K. Kobus. Early columella elongation // Annals of Plastic Surgery. – 1987. –18, № 6. P. 384–386.
25. Millard D. R. Cleft Craft. The Evolution of its Surgery. II. Bilateral and Rare Deformities. – Boston: Little, Brown Co., 1977. – 845p.