

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБЁН СИНЫ**

На правах рукописи

УДК:616.317-007.254-053.2-089.844

Мухсинов Нодир Тохирович

Синдром зависимости от СОННАТ при аффективных расстройствах

5A510111 - Психиатрия

ДИССЕРТАЦИЯ

Для получения академической степени магистра

Научный руководитель: кандидат медицинских наук,
Эргашева Ю.Ю.

Бухара - 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	4
Глава 1. Современные представления о лекарственной зависимости (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	
1.1. Эпидемиология, этиология и патогенез развития лекарственной зависимости.....	9
1.2. Особенности клинического течения синдрома зависимости.....	13
1.3. Диагностические критерии и современные методы лечения	18
1.4. Меры профилактики СЛЗ.....	22
Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	49
Глава 3. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ (собственные исследования)	
3.1. Результаты клинико-психопатологических исследования.....	55
3.2. Результаты определения психического статуса.....	64
3.3. Результаты математических исследований и компьютерных программ для медико-биологического обзора материала.....	67
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	71
ВЫВОДЫ.....	75
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	76
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	77

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ:

ЛЗ – Лекарственная зависимость

СЛЗ- синдром лекарственной зависимости

ААС – алкогольный абстинентный синдром

АДН – активное диспансерное наблюдение

АЗ – алкогольная зависимость

ВПЭ – военно-психиатрическая экспертиза

ДН – диспансерное наблюдение

ИТК – исправительно-трудовая колония

ИТУ – исправительно-трудовое учреждение

НД – наркологический диспансер

ООД – общественно опасные деяния

ПАВ – психоактивные вещества

ПБ – психиатрическая больница

ПНД – психоневрологический диспансер

ПТУ – профессионально-техническое училище

СПЭ – судебно-психиатрическая экспертиза

СУ – строительное управление

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы: Первые случаи злоупотребления препаратом соната были описаны в зарубежной литературе в (Leterme L., Singlan Y.S., Auclair V. 2003). В выше названных случаях пациенты, как правило, зависимые от соната, самостоятельно увеличивали дозу снотворных, назначенного врачом, достигая при этом эйфоризирующего эффекта. При систематическом пероральном приеме доз, в десятки раз превышающих терапевтические, появлялись признаки синдрома зависимости от соната (Kavoussi R., 2003; Kisa C., Bulbul D.O., Aydemir C.etal., 2007; Мохначев С.О., Рохлина М.Л., Богинская Д.Д., 2008; Bernard K, Penelaud P.F., Mocaer E.etal., 2011; Богинская Д.Д., Мохначев С.О., 2012).

Последние годы стала особо отчетливой тенденция употреблению лекарственными препаратами, невнесенными в перечень наркотических веществ, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Республики Узбекистан. На территории Бухарской области немедицинское использование соната аффективных больных имело широкое распространение в 2003-2018г.г. и повлекло за собой тяжелейшие медицинские и социальные последствия.

Особый интерес и актуальность представляет употребление соната (Имован) среди аффективных больных, к систематическому приему сверх терапевтических доз медикамента с целью одурманивания с развитием синдрома зависимости от него.

Изучение развития, клинического течения синдрома зависимости от соната, разработка соответствующих терапевтических рекомендаций с учетом выявленных клинических особенностей.

Задачи исследования:

1. Изучить и описать развитие, клиническую картину и течение, особенности синдрома отмены, медицинские и социальные последствия приема соната в сверх терапевтических дозах больными с аффективными расстройствами.
2. Провести сравнительный анализ клинической картины синдрома зависимости у аффективных больных, употреблявших соната.
3. Разработать рекомендации по лечению больных, употреблявших соната в высоких дозах с учетом выявленных клинических особенностей.

Научная новизна работы:

Впервые будет изучены развитие, клиническая картина и течение, особенности эйфории и патологического влечения, синдрома отмены, некоторых медико-социальных последствий синдрома зависимости от

снотворного препарата «Сонат».

Объект исследования: Работа будет выполнена в Бухарском областном психоневрологическом диспансере в период с 2018 до 2020 г.г. Для решения задач будет проведено комплексное обследование у 60 больных с невротическими расстройствами.

Методы исследования: В ходе исследования будут применены клинико-психопатологический (определение психического статуса), статистические методы исследования (математические компьютерные программы для медико-биологических исследований).

Апробация работы:

Диссертационная работа была апробирована на совместном заседании работников кафедр Психиатрии и неврологии Бухарского медицинского института.

Материалы диссертации доложены и обсуждены на республиканской научно-практической конференции, посвященной 80 - летию доцента Ю.Х. Юнусова, на совместном заседании стоматологических кафедр Бухарского медицинского института.

Публикации:

По теме диссертации опубликовано 3 работы. Из них две статьи и один тезис.

Объем и структура диссертации.

Диссертация состоит из 101 страницы компьютерного текста, включая библиографические данные. Работа включает введение, 3 главы, заключение, выводы, практические рекомендации и указатель литературы, содержащий 230 источников, среди которых 81 иностранные.

Работа иллюстрирована 8 таблицами, 5 рисунками, 8 фотографиями.

Глава 1.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Проблема врожденной патологии челюстно-лицевой зоны, в частности, врожденных расщелин верхней губы, альвеолярного отростка и нёба, остается достаточно актуальной в современной стоматологии. Это обусловлено высокой частотой данных пороков развития, выраженностью анатомических нарушений, неоднозначностью подходов к коррекции, сложностью лечения, постоянно возрастающими требованиями к функциональным и эстетическим результатам хирургического и ортодонтического вмешательства (Безруков В.М., 1981; Зернов А.В., 1997; Давыдов Б.Н., 2000; Хорошилкина Ф.Я., 2002; Waylen A. et al., 2015).

Актуальность данной проблемы определяется не только высокой частотой рождаемости детей с данной патологией, но и трудностями при выборе хирургического метода лечения. Несовершенство традиционных методов лечения, необоснованный выбор способов хирургической коррекции и возрастных подходов к её выполнению являются основными причинами неприемлемых функциональных и косметических результатов. Так же важной причиной неудач является отсутствие достаточно чёткого и полного представления о тех проблемах, которые присущи данному контингенту больных, и последствия выполнения тех или иных хирургических манипуляций в отдалённом послеоперационном периоде (И.А. Козин, 1996; Б.Н. Давыдов, 2006; Sa J. et al., 2015).

1.1. Этиопатогенез. Факторы развития ЛЗ

К снотворным (гипнотическим) относятся вещества, вызывающие дремотное состояние и сон. К этим веществам относят также малые транквилизаторы, снижающие тревогу, или анксиолитики. Седативно-гипнотические и анксиолитические препараты используются для поднятия порога судорожной готовности, повышения мышечной релаксации и общей анестезии, а по отношению к алкоголю и друг к другу обладают перекрестной толерантностью. Злоупотребление седативными средствами с формированием последующей зависимости происходит двумя направлениями: первый - лекарственный прием с последующей

зависимостью и второй - с целью первичной наркотизации, для достижения эйфорического состояния. Усиление контроля над использованием этих средств сократил масштабы их употребления, однако они еще часто доступны, как «уличные наркотики». Из производных этих двух групп чаще злоупотребляют бензодиазепинами. Более серьезные проблемы связаны со злоупотреблением барбитуратами.

Механизм действия. Принятые внутрь бензодиазепиновые препараты всасываются в тонком кишечнике. При попадании в кровяное русло связываются с белками и метаболизируются в печени. Приблизительно 25 % бензодиазепиновых препаратов выделяется с мочой в неизменном виде, что существенно для диагностики бензодиазепинового опьянения.

Бензодиазепиновые препараты неселективные. Если мы используем снотворные в качестве бензодиазепинов, они прикрепляются и к альфа-1 субъединицам этого комплекса, и к альфа-2, к альфа-3, 5, и соответственно они продуцируют целый спектр эффектов, и желательных, таких как седативный и снотворный эффект, и нежелательных, если мы используем в качестве снотворных – амнестическое действие, миорелаксирующее. Анксиолитическое действие скорее относится к желательным.

1.2. Особенности клинического течения СЗ

Диагностика проводится на основе клинического описания интоксикации, анамнеза и лабораторного выявления препаратов в сыворотке. Клинические критерии **острой интоксикации, обусловленной употреблением снотворных средств**, отвечают общим критериям диагностики острой интоксикации.

Длительное употребление снотворных препаратов даже с лечебной целью (терапевтических доз) приводит к формированию **синдрома зависимости**, сначала психической, а с формированием толерантности и к физической зависимости. Привыкание и повышение дозировок может происходить довольно быстро, а переход от злоупотребления к зависимости происходит незаметно для наркотизирующегося. Одним из главных признаков сформировавшейся зависимости является прием препаратов в дневные часы и обычно проявляется в виде попыток легкого добывания регулярно

принимаемых (в т.ч. прописываемых) снотворных средств. В процессе постановки диагноза удовлетворяются общие критерии диагностики синдрома зависимости.

Абстинентный синдром, вызванный употреблением бензодиазепинов, напоминает симптомы тревоги и напряжения, из-за которых эти лекарственные средства и прописываются врачом. Поэтому следует быть осторожным при повышении доз препарата пациентам, ошибочно предполагая, что наличие указанных симптомов есть проявления упорного тревожного расстройства.

Последствия длительной наркотизации. При длительном злоупотреблении снотворными очень быстро формируется своеобразный дефект, напоминающий психопатоподобный органический. Появляются утомляемость, истощаемость внимания, недостаточная способность к концентрации внимания, невозможность интенсивной умственной деятельности. Постепенно падает работоспособность: больные работают лишь короткими периодами при условии приема достаточной дозы и достижения состояния психического и физического комфорта в периоде интоксикации. Сужается круг интересов. Больные становятся раздражительными, дисфоричными, злобными.

И чаще всего употребление снотворных препаратов связано с так называемыми вторичными инсомниями, вторичной бессонницей. Есть первичные формы инсомнии, о которых я чуть позже расскажу, а есть вторичные формы. Обычно никто особенно не старается искать причину инсомнии. Если есть какой-то диагноз основного заболевания, к нему приписывается еще и диагноз инсомнии.

Инсомния при психических расстройствах является тоже очень частой формой вторичной инсомнии, сопровождает почти любое расстройство психики: тревожные расстройства, депрессивные расстройства, панические расстройства, и при шизофрении очень часто встречаются нарушения сна. То есть это очень характерный симптом и для психических заболеваний.

И очень большой проблемой вторичной инсомнии является инсомния, связанная с приемом лекарственных препаратов или других веществ. С этого я и начинал рассказ о том, что больше половины больных, которые обращаются в специализированные центры за помощью, имеют как раз этот диагноз – инсомния, связанная с лекарственной зависимостью, или

инсомния, связанная с приемом лекарственных препаратов. Чаще всего это инсомния, связанная с приемом бензодиазепиновых снотворных препаратов. Вы знаете, что как раз в Российской Федерации исключительно распространены некоторые бензодиазепиновые снотворные, которые применяются совершенно бесконтрольно. Может быть зависимость барбитуровая – в очень популярных препаратах содержится фенobarбитал. Если приблизительно пересчитать, то, например, 100 капель Валокардина – это примерно одна таблетка Фенобарбитала. Фенобарбитал – это снотворное первых поколений, которое имеет очень много нежелательных побочных эффектов. Алкоголь: также прием алкоголя, злоупотребление алкоголем сопровождается развитием специфической формы инсомнии, связанной именно с алкогольной зависимостью. Вот с «рекреационными субстанциями» – имеются в виду энерготоники, какие-то вещества, связанные с ночным времяпровождением – мы все-таки не так часто сталкиваемся в своей практике, и это не столь выраженная проблема, по крайней мере, в тех центрах, в которых мы работаем.

Современные снотворные препараты имеют другую структуру – не бензодиазепиновую. Это Залеплон, Зопиклон, Золпидем – так называемые Z-препараты. Они имеют большую аффинность именно к альфа-1 субъединице и почти не связываются с другими субъединицами. Они считаются имеющими меньший потенциал развития нежелательных побочных эффектов, нежели предшествовавшие им бензодиазепиновые снотворные препараты.

Снотворные препараты бензодиазепинового ряда приводят чаще всего к толерантности (привыкание), то есть постепенно требуется применять все большую и большую дозу препарата, чтобы получить тот же самый эффект. Зависимость, синдром отмены – в критерий зависимости как раз входит развитие абстинентного синдрома: когда мы отменяем препарат, нарушения сна резко усиливаются, возникает еще целый спектр побочных эффектов прежде всего вегетативного плана, возникает психомоторное возбуждение. Это очень нежелательные эффекты, которые действительно очень плохо переносятся пациентами.

1.3. Диагностические критерии и методы лечения

1.4. Профилактика и рекомендации

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Материалом для нашего исследования явились результаты хирургического лечения детей с врожденной двухсторонней расщелиной верхней губы и нёба. Под наблюдением и лечением в отделении челюстно-лицевой хирургии Бухарской областной больницы и в ЛОР отделении областной детской больницы за период с 2014 по 2017 годы находились 31 больных с врождённой двусторонней расщелиной верхней губы и нёба, в возрасте от 6 месяцев до 6 лет. Из них мальчиков 19, девочек 12.

Из общего числа детей с врожденной расщелиной губы и нёба по методу Лимберга было оперировано 8 детей. С расщелиной губы и нёба по методу Милларда было оперировано 13 детей. Количество больных, которым была проведена хейлопластика методом Обуховой-Теннисон составило 10 детей (Таб.1.).

Общее распределение больных по методу операции в зависимости от пола и возраста

Таблица 1

Метод Операции	Пол	До 1 года	От 1 до 3 лет	От 3 до 6 лет	Всего
<i>Метод Лимберга</i>	<i>мальчики</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>5</i>
	<i>девочки</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>-</i>	<i>3</i>
<i>Метод Милларда</i>	<i>мальчики</i>	<i>4</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>8</i>
	<i>девочки</i>	<i>3</i>	<i>2</i>	<i>-</i>	<i>5</i>
<i>Метод Обуховой- Теннисон</i>	<i>мальчики</i>	<i>3</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>6</i>
	<i>девочки</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>4</i>
Всего		<i>17</i>	<i>10</i>	<i>4</i>	<i>31</i>

Общее количество больных - 31.

Общее число девочек- 12, общее число мальчиков - 19. Из них дети до одного года – 17 (девочек – 7, мальчиков – 10), от 1 до 3 лет - 10 (девочек – 4, мальчиков – 6), от 3 до 6 лет - 4 (девочек – 1, мальчиков – 3).

1-метод (Лимберг)

Число девочек - 3, число мальчиков - 5. Из них дети до одного года - 5 (девочек – 2, мальчиков – 3), дети до 1 до 3 лет – 2 (девочек – 1, мальчиков – 1), от 3 до 6 лет – 1 (девочек – нет, мальчиков – 1).

2-метод (Миллард)

Число девочек- 5, число мальчиков - 8. Из них дети до одного года - 7 (девочек – 3, мальчиков – 4), дети до 1 до 3 лет – 5 (девочек – 2, мальчиков – 3), от 3 до 6 лет – 1 (девочек – нет, мальчиков – 1).

3-метод (Обуховой -Теннисон)

Число девочек- 4, число мальчиков - 6. Из них дети до одного года - 5 (девочек – 2, мальчиков – 3), дети до 1 до 3 лет – 3 (девочек – 1, мальчиков – 2), от 3 до 6 лет – 2 (девочек – 1, мальчиков – 1).

В послеоперационном периоде в качестве физиотерапевтической процедуры была использована магнитотерапия с неизменным магнитным полем (интенсивность волны 2, частота 10 ГЦ, время экспозиции 8 мин). Исследуемые больные были разделены на две группы по 15 и 16 человек (Таб.2.).

В предоперационном периоде всем больным проводилось общее клиническое обследование, консультации педиатра и анестезиолога, а при сопутствующей патологии врачей соответствующих специальностей (отоларинголог, невропатолог, кардиолог и др.).

Распределение больных по применению магнитотерапии.

Таблица 2

<i>Пол</i>	Принимавшие магнитотерапию	Не принимавшие магнитотерапию	<i>Всего</i>
<i>Мальчики</i>	<i>10</i>	<i>9</i>	<i>19</i>
<i>Девочки</i>	<i>5</i>	<i>7</i>	<i>12</i>
<i>Всего</i>	<i>15</i>	<i>16</i>	<i>31</i>

Из лабораторных исследований проводились: общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови на общий белок, ферменты, остаточный азот, мочевины, билирубин.

Всех больных фотографировали в анфас в 2-х позициях и в профиль. Проводили фотографирование преддверия полости рта, альвеолярного отростка верхней челюсти. Фотографии сопоставлялись до и после лечения.

С помощью антропометрического метода провели сравнительный анализ результатов первичной хейлопластики по методам Лимберга, Обуховой-Теннисон и Милларда через 1-2 года после вмешательства. Для этого на носу и верхней губе проводили замеры, взяв за основу методы антропометрического исследования Р.Д. Новоселова (1978), Т.В. Шаровой, Л.П. Герасимовой (1991), S. Mahn (1980).

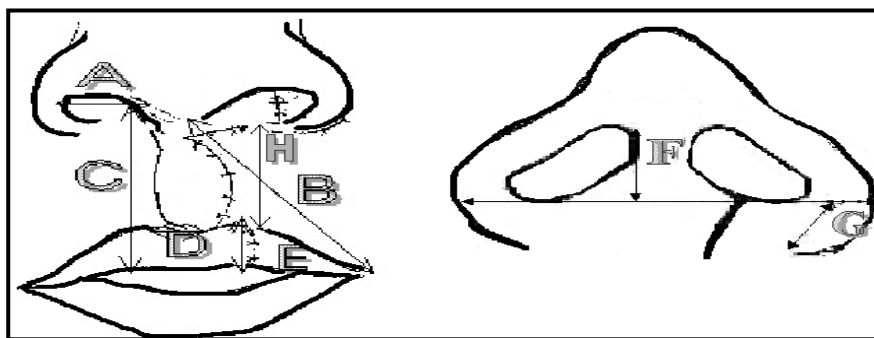


Рис. 5. Схема измерения верхней губы и носа после хейлопластики

Где:

А/А1- Ширина предверия носа.

В/В1- Расстояние от угла рта до середины колумеллы с обеих сторон.

С/С1- Высота от нижнего края верхней губы до входа в предверие носа.

Д/Д1- Расстояние между выступающими точками линии Купидона.

Е/Е1- Расстояние между выступающей точкой линии Купидона до нижнего края верхней губы с каждой стороны. Высота губы.

F/F1- Длина колумеллы с обеих сторон.

G/G1- Длина филтрума с обеих сторон.

Н/Н1- Высота кожной части верхней губы, разность параметров С и Е.

Данные результатов антропометрического исследования у оперированных пациентов по трём методикам сравнивали с контрольными средневозрастными показателями у детей.

Полученные цифровые показатели оценивали по 6- бальной шкале:

1-2 балла - Неудовлетворительный результат. Разница при сравнительной оценке какого-либо параметра между оперированными больными и контрольными здоровыми детьми превышает 4 мм.

3-4 балла - Удовлетворительный результат. Разница при сравнительной оценке какого-либо параметра между оперированными больными и контрольными здоровыми детьми равен 3-4 мм.

5-6 баллов - Хороший результат. Разница при сравнительной оценке какого-либо параметра между оперированными больными и контрольными здоровыми детьми составляет 1-2 мм.

Оценка результатов хейлопластики на основании опроса родителей по 5 бальной шкале:

Таблица 3

1 балл	2 балл	3 балл	4 балл	5 балл
--------	--------	--------	--------	--------

Рубец заметен	Рубец незаметен	Рубец незаметен	Рубец незаметен	Рубец незаметен
Красная кайма прервана	Красная кайма непрерывная	Красная кайма непрерывная	Красная кайма непрерывная	Красная кайма непрерыв ная
Высота верхней губы не восстановлена	Высота верхней губы не восстановлена	Высота верхней губы восстановлена	Высота верхней губы восстанов Лена	Высота верхней губы восстановле на
Высота верхней губы не симметрична с обеих сторон	Высота верхней губы не симметрична с обеих сторон	Высота верхней губы не симметрична с обеих сторон	Высота верхней губы симметрична с обеих сторон	Высота верхней губы симметрич на с обеих сторон
Крыло носа уплощено	Крыло носа уплощено	Крыло носа уплощено	Крыло носа уплощено	Уплотнение крыла носа нет

Оценка течения раневого процесса в раннем послеоперационном
периоде

Таблица 4

1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
---------------	----------------	----------------	----------------	-----------------

Гиперемия выраженная	Гиперемия держится	Гиперемия уменьшается	Гиперемия уменьшилась	Гиперемия отсутствует
Гематома есть	Гематома держится	Гематома незначитель- ная	Гематома отсутствует	Гематомы отсутствует
Отёк выраженный	Отёк держится	Отёк Уменьшился	Отёка уменьшился	Отёка нет
Гнойное воспаление	Гнойное воспаление	Гнойного воспаления нет	Гнойного воспаления нет	Гнойного воспаления нет
Состояние швов неудовлетво- рительное	Состояние швов неудовлетво- рительное	Состояние швов неудовлетво- рительное	Состояние швов неудовлетво- рительное	Состояние швов удовлетво- рительное

Глава 3. СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

При обращении в клинику основными жалобами являлись:
эстетический недостаток, вызванный рубцовой деформацией верхней губы, костно-хрящевого отдела носа и верхней челюсти.

Первичная уранопластика в большинстве случаев проводилась в возрасте до 3-х лет, после ортодонтического лечения. При внешнем осмотре и оценке контуров лица чаще всего отмечалась деформация верхней губы, хрящевого или костно-хрящевого отдела носа, недоразвитие средней зоны лица.

3.1. Результаты фотометрического исследования.

Для оценки результатов первичной хейлопластики проведенных по методу Обуховой-Теннисон, методу Милларда и Лимберга нами был проведен антропометрический анализ анатомических элементов верхней губы и концевого отдела носа (таб. 5).

Результаты антропометрического измерения после хейлопластики.

Таблица 5

Параметры	Обуховой-Теннисон		Миллард		Лимберг	
	О	К	О	К	О	К
Ширина преддверия носа	1,1±0,01*	0,71±0,02	0,64±0,01	0,71±0,02	0,66±0,02	0,71±0,02
Расстояние от угла рта до середины колумеллы с обеих сторон.	2,89±0,02	2,83±0,02	2,83±0,01	2,83±0,02	2,84±0,03	2,83±0,02
Высота от нижнего края губы до входа в преддверие носа.	2,61±0,02*	2,2±0,02	1,9±0,01*	2,2±0,03	1,85±0,02	2,2±0,02
Расстояние между выступающими точками линии Купидона	0,66±0,01	0,66±0,01	0,65±0,01	0,66±0,01	0,65±0,01	0,66±0,01
Высота красной каймы в выступающих точках	0,63±0,02	0,65±0,02	1,03±0,02*	0,65±0,02	0,95±0,03	0,65±0,02
Высота кожной части перегородки носа	0,31±0,01*	0,53±0,01	0,44±0,01*	0,53±0,01	0,46±0,02	0,53±0,01
Западение основания крыла носа	0,68±0,01*	0,42±0,02	0,40±0,01	0,42±0,02	0,41±0,01	0,42±0,02
Высота кожной части верхней губы	1,71±0,01*	1,45±0,02	0,87±0,01*	1,45±0,02	0,91±0,02	1,45±0,02

* - $p < 0,05$ К - контрольная группа

О - оперированная группа

Результаты анализа полученных измерений:

Ширина преддверия носа (А) у детей оперированных методом Обуховой - Tennison составила $1,1 \pm 0,01$ см., в контрольной группе $0,71 \pm 0,02$ см. Сравнивая полученные результаты, получили разницу в среднем в 3,9 мм. По бальной системе это составило 3-4 балла - удовлетворительный результат.

По-видимому причиной этого является результат недостаточного выделения патологически прикрепленных мышечных волокон круговой мышцы рта, прикрепляющихся к латеральной ножке крыловидного хряща. Вследствие этого крылья носа по обеим сторонам расщелины остаются дистопированными.

Анализируя полученные данные при первичной хейлопластике по Millard D.R. отмечено: у оперированных $0,64 \pm 0,01$ см., у детей контрольной группы $0,71 \pm 0,02$ см. Ширина преддверия носа имела разницу в 0,7 мм., 5-6 баллов - хороший результат. По данному параметру в отличие от хейлопластики по Обуховой-Tennison происходило сужение ширины преддверия носа. В большинстве случаев это происходило в результате недостаточной длины разреза, на латеральном фрагменте верхней губы при формировании бокового углообразного кожно – мышечно - слизистого лоскута по горизонтали. Вследствие этого при выдвижении лоскута в данный разрез происходил частичный заворот латеральной ножки крыловидного хряща, что само по себе создавало общее сужение ширины преддверия носа. Кроме этого, наблюдалось избыточное образование рубцовой ткани в области преддверия носа по ходу операционного рубца.

Ширина преддверия носа у детей, оперированных методом Лимберга составила $0,66 \pm 0,02$ см., в контрольной группе $0,71 \pm 0,02$ см. Сравнивая полученные результаты, получили разницу в среднем в 0,5 мм. По бальной системе это составило 5-6 баллов – хороший результат.

При операциях, проведённых по Обуховой-Tennison, Millard D.R., и по Лимбергу отмечалась тенденция увеличения размера на 1-2 мм. Происходило расширение ширины преддверия носа обусловленное, по нашему мнению, нарастающим дефицитом тканей по всей длине расщелины.

Исходя из этого можно сделать вывод, что ширина преддверия носа по Millard D.R. и по Лимбергу восстанавливается лучше, чем при Обуховой- Tennison.

Расстояние от угла рта до середины основания колумеллы с обеих сторон, (B). По этому показателю при операции по Обуховой-Tennison разница в контрольных и оперированных группах составила 0,6 мм., 5-6 баллов. Что можно расценить, как хороший результат.

При хейлопластике методами Милларда и Лимберга отмечались почти одинаковые параметры как в контрольных, так и в оперированных группах. Результат можно расценивать как хороший.

Высота от нижнего края верхней губы до входа в преддверие носа, (C).

По методу Обуховой-Tennison у оперированных детей этот показатель составил $2,61 \pm 0,02$ см., у детей контрольной группы - $2,2 \pm 0,02$ см. Разница между ними составила 4,1 мм. - неудовлетворительный результат, 1-2 балла.

Удлинение параметра C происходило в результате выкраивания треугольного лоскута на латеральных фрагментах с широким основанием, без учета степени укорочения высоты верхней губы

Что касается данного параметра по Millard D.R., то у оперированных детей он составил $1,9 \pm 0,02$ см., в контрольной группе - $2,2 \pm 0,02$ см. Разница между ними составила 3 мм, удовлетворительный результат. Причиной данного показателя при методике Millard D.R. являлось частое подтягивание (ретракция) рубца, хотя непосредственно после операции разница между контрольными и оперированными группами не наблюдалась.

При методе Лимберга этот показатель у оперированных детей составил $1,85 \pm 0,02$ см, у здоровых детей - $2,2 \pm 0,02$ см. Разница составила 3,5 мм, 5-6 баллов, удовлетворительный результат.

Расстояние между выступающими точками линии Купидона (D).

Полученные данные как у оперированных, так и у здоровых детей при всех трёх методиках не выявили отличий. По методу Обуховой-Tennison этот показатель составил $0,66 \pm 0,01$ см. как в контроле, так и после хейлопластики. При хейлопластике по методу Millard D.R. и Лимбергу это расстояние составило в контроле $0,66 \pm 0,01^*$ см., после операции $0,65 \pm 0,01$ см., разница составила 0,1 мм, 5-6 баллов хороший результат.

Высота красной каймы в выступающих точках(E).

При хейлопластике по Обуховой - Tennison этот показатель у оперированных детей составил $0,63 \pm 0,02$ см., у контрольных детей - $0,65 \pm 0,04$ см. Разница составила до 1 мм, 5-6 баллов, хороший результат.

При хейлопластике по Millard D.R. это расстояние составило $1,03 \pm 0,02$ см., в контроле - $0,65 \pm 0,04$ см. Разница составила 3,8 мм, 3-4 балла- удовлетворительный результат. По методу Millard D.R, была отмечена характерная техническая особенность, связанная с выкраиванием слизисто-подслизистых лоскутов на латеральных фрагментах. Это остаточная деформация в виде выемки на красной кайме. Иссекаемая часть

красной каймы, выкраивалась в виде лоскутов с основанием на красной кайме, что само по себе затрудняет точную адаптацию краев. Этот недостаток можно предупредить выкраиванием перекидного лоскута Миро или проведением “Z”-пластики.

При методе Лимберга этот показатель у оперированных детей составил $0,95 \pm 0,03$ см и $0,65 \pm 0,02$ см. у здоровых детей. Разница составила 0,3 мм, 5-6 баллов - хороший результат.

Высота кожной части перегородки носа (F).

Существенные отличия были обнаружены после хейлопластики по методу Обуховой-Tennyson. Данные составили $0,31 \pm 0,01$ см. у оперированных и $0,53 \pm 0,01$ см. у контрольных детей. Разница составила 2,2 мм. Однако при широких сквозных расщелинах верхней губы и неба разница достигала 3-4 мм, удовлетворительный результат.

По методу Millard D.R. $0,44 \pm 0,01$ см. у оперированных детей и $0,53 \pm 0,01$ см. у здоровых, 5-6 баллов, хороший результат.

По методу Лимберга у оперированной группы это расстояние составило $0,46 \pm 0,02$ см., в контроле $0,53 \pm 0,01$ см., 5-6 баллов, хороший результат.

Западение основания крыла носа, (G).

По методу Обуховой-Tennyson этот показатель у оперированных детей составил $0,68 \pm 0,01$ см., в контрольной группе - $0,42 \pm 0,02$ см. Разница составила 2,6 мм, 3-4 балла- удовлетворительный результат.

При хейлопластике по методу Millard D.R. это расстояние составило $0,40 \pm 0,01$ см. и $0,42 \pm 0,02$ см. у контрольных детей. Разница составила до 1 мм., хороший результат. По Millard D.R. разница до 1 мм. - хороший результат. Анализируя выявленные изменения, мы считаем, что деформация концевого отдела носа по данному параметру была вызвана смещением больших крыловидных хрящей относительно верхнего

латерального четырехугольного хряща. Кроме этого, перемещение только основания крыла, по нашему мнению не устраняет характерную деформацию концевой отдела носа.

При операции по методу Лимберга этот показатель составил $0,41 \pm 0,01$ см и $0,42 \pm 0,01$ см в контроле. Разница 0,1 мм - хороший результат.

Высота кожной части верхней губы (Н).

По этому показателю при операции по Обуховой -Tennyson разница в контрольных и оперированных группах составила 2,6 мм., 3-4 балла. Что можно расценить, как удовлетворительный результат.

При хейлопластике методом Милларда этот показатель у оперированных детей составил $0,87 \pm 0,01$ см., в контроле $1,45 \pm 0,02$ см. Разница 5,8 мм., результат неудовлетворительный.

При методе Лимберга это расстояние у оперированных детей составило $0,91 \pm 0,02$ см., в контроле $1,45 \pm 0,02$ см. Разница 5,4 мм. Результат можно расценивать как неудовлетворительный.

Клинический пример 1. Больная Наимова С., 2014 г.р.

Диагноз: Врожденная двусторонняя расщелина верхней губы и нёба, состояние до операции.

Та же больная, состояние после хейлопластики по методу
Обуховой-Теннисона.

Клинический пример 2. Рахматов С., 2015 г.р.

Диагноз: Врожденная двусторонняя расщелина верхней губы и нёба,
состояние до операции

Тот же больной, состояние после хейлопластики по методу
Лимберга А.А.

Клинический пример 3. Хожиева Х., 2015 г.р.

Диагноз: Врожденная двусторонняя расщелина верхней губы и нёба,
состояние до операции

Та же больная, состояние после хейлопластики по методу

Миллард Д.Р.

3.2. Результаты течения раневого процесса после хейлопластики.

Процесс заживления кожных ран до настоящего времени остаётся актуальнейшей проблемой хирургии. Несмотря на ряд достижений в этой области, проблема заживления послеоперационных ран до сих пор вызывают значительную заболеваемость и смертность. Полный процесс заживления раны имеет решающее значение, как для общего благосостояния пациента, так и с эстетической точки зрения (Peacock E.E., Cohen I.K., 1990). Формирование послеоперационных рубцов во многом зависит от течения раневого процесса.

Учитывая вышесказанное, нами была изучена динамика выраженности некоторых ранних симптомов послеоперационной раны, совокупность которых выражалась в баллах.

Оценка течения раневого процесса в раннем послеоперационном
периоде

Таблица 6

1балл	2балл	3балл	4балл	5балл
Гиперемия выраженная	Гиперемия держится	Гиперемия уменьшается	Гиперемия уменьшилась	Гиперемия отсутствует
Гематома есть	Гематома держится	Гематома незначительная	Гематома отсутствует	Гематома отсутствует
Отек выраженный	Отек держится	Отек уменьшился	Отек уменьшился	Отек отсутствует
Гнойное воспаления	Гнойное воспаление признаки	Гнойное воспаление отсутствует	Гнойное воспаление отсутствует	Гнойное воспаление отсутствует
Состояние швов неудовлетворите льное	Состояние швов удовлетвори- тельное	Состояние швов удовлетвори- тельное	Состояние швов удовлет- ворительное	Состояние швов удовлетво- рительное

На протяжении многих веков врачи стремились улучшить методы, способствующие заживлению ран. Из литературных источников известно использование различных средств из мазей и снадобий, физиотерапевтических процедур и др. с помощью, которых врачи пытались манипулировать процессом заживления ран.

В этом исследовании мы стремились научно исследовать влияние магнитного поля на течение раны у 31 детей после хейлопластики.

Нами все больные были разделены на две группы 1-группа получавших магнитотерапию (15 пациентов) и вторая группа не получавших магнитотерапию (16 пациентов).

Результаты наших исследований показывают, что в первой группе заживление ран происходило на 1-2 дня раньше, чем во второй группе. Этот результат говорит об уменьшении времени заживления на 20-30% относительно контрольной группы, не принимавшей магнитотерапию. Наблюдение течения раневого процесса в течение недели по трём разным методам отражены в таблице 7.

Результаты течения раневого процесса.

Таблица 7

	Метод Обуховой-Tennison									
	Традиционное лечение (дни наблюдения)					Традиционное лечение + магнитотерапия (дни наблюдения)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Гиперемия	5(100%)	5(100%)	5(100%)	4(80%)	4(80%)	5(100%)	4(80%)	4(80%)	3(60%)	3(60%)
Гематома	5(100%)	5(100%)	5(100%)	4(80%)	3(60%)	5(100%)	4(80%)	4(80%)	3(60%)	2(40%)
Отек	5(100%)	4(80%)	4(80%)	4(80%)	3(60%)	5(100%)	4(80%)	3(60%)	3(60%)	2(40%)
Гнойное воспаление	2(40%)	2(40%)	1(20%)	1(20%)	1(20%)	2(40%)	1(20%)	1(20%)	1(20%)	0(0%)
Состояние швов неуд.	2(40%)	1(20%)	1(20%)	1(20%)	1(20%)	2(40%)	1(20%)	1(20%)	1(20%)	0(0%)
	Метод Millard D.R.									
	Традиционное лечение (дни наблюдения)					Традиционное лечение + магнитотерапия (дни наблюдения)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Гиперемия	6(100%)	5(83%)	5(83%)	5(83%)	4(67%)	7(100%)	6(86%)	6(86%)	4(57%)	3(43%)
Гематома	6(100%)	5(83%)	5(83%)	4(67%)	4(67%)	7(100%)	6(86%)	5(71%)	4(57%)	3(43%)
Отек	6(100%)	4(67%)	4(67%)	4(67%)	3(50%)	7(100%)	6(86%)	5(71%)	4(57%)	3(43%)

Гнойное воспаление	2(33%)	1(17%)	1(17%)	1(17%)	1(17%)	2(29%)	1(14%)	1(14%)	1(14%)	0(0%)
Состояние швов неуд.	2(33%)	1(17%)	1(17%)	1(17%)	1(17%)	2(29%)	1(14%)	1(14%)	1(14%)	0(0%)
	Метод Лимберга									
	Традиционное лечение (дни наблюдения)					Традиционное лечение + магнитотерапия (дни наблюдения)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Гиперемия	5(100%)	5(100%)	5(100%)	4(80%)	3(60%)	5(100%)	4(80%)	3(60%)	2(40%)	2(40%)
Гематома	5(100%)	4(80%)	4(80%)	3(60%)	3(60%)	5(100%)	4(80%)	3(60%)	2(40%)	2(40%)
Отек	5(100%)	4(80%)	4(80%)	3(60%)	3(60%)	5(100%)	4(80%)	4(80%)	3(60%)	2(40%)
Гнойное воспаление	2(40%)	2(40%)	1(20%)	1(20%)	1(20%)	2(40%)	1(20%)	1(20%)	1(20%)	0(0%)
Состояние швов неуд.	2(40%)	1(20%)	1(20%)	1(20%)	1(20%)	2(40%)	1(20%)	1(20%)	1(20%)	0(0%)

3.3. Сравнительная характеристика отдаленных результатов хейлопластики

Учитывая всеобщую тенденцию к ранней реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба и раннее проведение корригирующих операций считаем необходимым дать полноценную характеристику первичным оперативным вмешательствам. Для оценки результатов первичной хейлопластики проведенных по методу Обуховой-Tennison, Millard D.R. и Лимбергу нами был проведен антропометрический анализ анатомических элементов верхней губы и концевого отдела носа. Всего нами было обследовано 31 детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет,

при этапном и первичном обращении в соответствующие отделения областной больницы и детской больницы. Длительность измерения после хейлопластики составляла в среднем 1-2 года. Оперативные вмешательства проводились в большинстве случаев в возрасте от 6 месяцев до 3 лет.

Сравнительная характеристика отдаленных результатов хейлопластики

Таблица 8

Параметры	Обухова-Tennison		Millard D.R.		Лимберг	
	да	нет	да	нет	да	нет
Рубец не замечен	3 (30%)	7 (70%)	10 (76,9%)	3 (23,1%)	5 (62,5%)	3 (37,5%)
Красная кайма непрерывна	8 (80%)	2 (20%)	9 (69,2%)	4 (30,8%)	5 (62,5%)	3 (37,5%)
Высота верхней губы восстановлена	9 (90%)	1 (10%)	8 (61,5%)	5 (38,5%)	4 (50%)	4 (50%)
Высота верхней губы симметрична с обеих сторон	6 (60%)	4 (40%)	6 (46,1%)	7 (53,9%)	3 (37,5%)	5 (62,5%)
Уплотнения крыла носа нет	2 (20%)	8 (80%)	11 (84,6%)	2 (15,4%)	6 (75%)	2 (25%)

Одним из требований к хейлопластике является восстановление непрерывности красной каймы верхней губы. Наши исследования показали, что, при хейлопластике по методу Millard D.R, была отмечена характерная техническая особенность, связанная с выкраиванием слизисто-подслизистых лоскутов на латеральных фрагментах. Это остаточная деформация в виде выемки на красной кайме. Иссекаемая часть красной каймы, выкраивалась в виде лоскутов с основанием на красной кайме, что само по себе затрудняет точную адаптацию краев. Этот недостаток можно предупредить выкраиванием перекидного лоскута Миро или проведением “Z”-пластики.

Анализируя выявленные изменения, мы считаем, что деформация концевого отдела носа по данному параметру была вызвана смещением больших крыловидных хрящей относительно верхнего латерального четырехугольного хряща. Кроме этого, перемещение только основания крыла, по нашему мнению не устраняет характерную деформацию концевого отдела носа.

Клинический пример 1. Больной Малкиев Д., 2015 г.р.

Диагноз: Врожденная двусторонняя расщелина верхней губы и нёба, состояние после хейлопластики по методу Миллард Д.Р.

Исследования показали, что выбор способа первичной хейлопластики при врожденной двусторонней расщелине губы и нёба должен определяться с учётом степени недоразвития мягких тканей срединного фрагмента.

При недоразвитии срединного фрагмента на $1/3$ или $1/2$ его высоты высокоэффективными являются линейные методы Милларда и Лимберга. При этом восстанавливаются основные элементы верхней губы, наблюдаются менее заметные послеоперационные рубцы. Правильно выполненная линейная хейлопластика с максимальным сохранением тканей в большинстве случаев даёт возможность восстановить все элементы верхней губы и носа и улучшить их функциональные возможности при завершающих операциях у взрослых пациентов.

При недоразвитии мягких тканей срединного фрагмента на $2/3$ его высоты, когда наблюдается выраженное укорочение верхней губы метод Обуховой-Теннисон даёт возможность не только восстановить элементы верхней губы и основания крыла носа, но и нормализовать подвижность круговой мышцы с формированием миодинамического равновесия. Хотя этот метод способствует формированию правильного лука Купидона и сохранению достаточного количества тканей верхней губы, он имеет недостатки: развивается чрезмерно высокая верхняя губа, весьма заметны зигзагообразные рубцы, пересекающие нижнюю треть пролябиума, возникают затруднения при последующей корригирующей хейлоринопластике.

Клинический пример 2. Хасанов Х., 2015 г.р.

Диагноз: Врожденная двусторонняя расщелина верхней губы и нёба, состояние после хейлопластики по методу Лимберга А.А..

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Нарастание частоты врожденных расщелин верхней губы и неба, значительное число больных, обращающихся по поводу остаточных и вторичных деформаций, побуждают хирургов к разработке более совершенных методов оперативного лечения детей с ВРГН. Правильный выбор метода первичного хирургического вмешательства предотвращает развитие тяжелых вторичных нарушений челюстно-лицевой области. В результате шаблонного подхода к выбору первичной хейлопластики, у

пациентов нередко формируются так называемые послеоперационные деформации. Они составляют в общей сложности 73 - 89 % и требуют повторных оперативных вмешательств (И.А. Козин 1996; Б.Н. Давыдов, 2000; 1993; J. Bardach, K.M. Kelly, K.E. Salyer, 1994).

При проведении первичной хейлопластики, хирург должен стремиться восстановить целостность круговой мышцы рта, создать симметричный лук Купидона, создать одинаковую высоту губы и красной каймы, установить основание уплощенного крыла носа на нормальном уровне. Теоретически обоснованная и правильно проведенная первичная хейлопластика способствует динамическому развитию средней зоны лица, ранней реабилитации больного и его безболезненной социальной адаптации в обществе.

Целью настоящей работы явилась сравнительная оценка результатов первичной хейлопластики у детей с двусторонней ВРГН. Изучены три метода первичной хейлопластики: метод перемещения лоскутов в нижней трети верхней губы - метод Обуховой-Tennison и линейные методы Millard D.R. и Лимберга. Определены показания к их применению с учетом степени недоразвития срединного фрагмента. Для достижения её нами были поставлены задачи по сравнительной оценке указанных методик путем антропометрического измерения верхней губы и носа. За основу взяты методы антропометрического исследования верхней губы и носа по Р.Д. Новоселову (1978), Т.В. Шаровой, Л.П. Герасимовой (1991), S. Mahn (1980), сравнительная оценка течения послеоперационной раны и отдаленные результаты хейлопластики.

Полученные данные оценивали по 6 - бальной шкале. После статистической обработки полученного материала выяснились следующие особенности:

Оценивая полученные результаты ширины преддверия носа, у детей

оперированных по Обуховой-Tennison получили разницу в 3-4 балла. Причиной этого может быть недостаточное выделение патологически прикрепленных мышечных волокон круговой мышцы рта, вследствие чего, крылья носа остаются дистопированными.

После хейлопластики по методу Millard D.R. и Лимбергу, ширина преддверия носа имела разницу в 5-6 баллов - хороший результат. Ширина преддверия носа по методу Millard D.R. восстанавливается лучше, чем по методу Обуховой-Tennison.

Разница расстояния от угла рта до середины основания колумеллы с обеих сторон при всех методах составляло до 1 мм., 5-6 баллов, которая расценивается как хороший результат. При линейных методах Милларда и Лимберга наблюдались почти одинаковые параметры как в контрольных, так и оперированных группах.

При хейлопластики по методу Обуховой-Tennison разница высоты от нижнего края верхней губы до входа в преддверие носа составила 4,1 мм. - неудовлетворительный результат, 1-2 балла. Удлинение параметра С происходило в результате выкраивания треугольного лоскута на латеральных фрагментах с широким основанием, без учета степени укорочения высоты верхней губы.

По методу Millard D.R., разница составила 3мм., 3-4 балла - удовлетворительный результат. Причиной данного показателя являлось частое подтягивание (ретракция) рубца, хотя непосредственно после операции наблюдалась двусторонняя симметрия.

При хейлопластики по методу Лимберга разница высоты от нижнего края верхней губы до входа в преддверие носа составила 3,5 мм. - удовлетворительный результат, 3-4 балла.

Расстояние между выступающими точками линии Купидона, (D). Полученные данные как у оперированных, так и у здоровых детей при

всех трёх методиках отличий не выявили, 5-6 баллов - хороший результат.

Высота красной каймы в выступающих точках по Обуховой-Tennison разница составила до 1 мм., 5-6 баллов, хороший результат; по методу Millard D.R., разница составила 3,8 мм., 3-4 балла - удовлетворительный результат; по методу Лимберга разница составила до 1 мм., 5-6 баллов, хороший результат.

Существенные отличия были обнаружены при измерении высота кожной части перегородки носа по методу Обуховой-Tennison, разница составила 2,2 мм, 3-4 балла, удовлетворительный результат. По Линейным методам разница составила до 1 мм., 5-6 баллов, наблюдался хороший результат.

Западение основания крыла носа по методу Обуховой-Tennison оценивался как удовлетворительный результат, а по методу Millard D.R. и Лимбергу наблюдалась разница до 1мм. - хороший результат

Измерения высоты кожной части верхней губы по методу Обуховой-Tennison оценивался как удовлетворительный результат, разница составляла 2,6 мм., 3-4 балла. Эти показатели при использовании линейных методов Millard D.R. Лимберга дали неудовлетворительный результат, разница составила 5,4 мм, 1-2 балла.

Таким образом, проведенные антропометрические исследования показали, что применяемые при первичной хейлопластике линейные методы Милларда и Лимберга и методика Обуховой - Теннисон, основанная на выкраивании треугольных лоскутов при правильном выборе показаний к их проведению, позволяют успешно восстановить анатомическую и функциональную целостность зоны дефекта.

Для выбора методики двусторонней первичной хейлопластики определяющим фактором является степень недоразвития мягких тканей срединного фрагмента.

У детей с врождённой двусторонней расщелиной верхней губы и нёба при недоразвитии мягких тканей срединного фрагмента на $\frac{1}{3}$ или $\frac{1}{2}$ его высоты, целесообразно применение линейных методов Милларда и Лимберга. При этом наблюдаются менее заметные рубцы и максимально сохраняются ткани верхней губы, что служит залогом успешного выполнения завершающей реконструктивной операции у взрослых пациентов.

При недоразвитии мягких тканей срединного фрагмента на $\frac{2}{3}$ его высоты наиболее приемлем метод перемещения треугольного лоскута по Обуховой-Теннисон, который даёт лучшие результаты с учётом восстановления правильного лука Купидона и анатомической целостности верхней губы с нормализацией подвижности круговой мышцы рта.

ВЫВОДЫ

1. Выбор способа первичной хейлопластики при врожденной двусторонней расщелине губы и нёба должен определяться с учётом степени недоразвития мягких тканей срединного фрагмента.

2. При недоразвитии срединного фрагмента на $\frac{1}{3}$ или $\frac{1}{2}$ его высоты высокоэффективными являются линейные методы Милларда и Лимберга.

При этом восстанавливаются основные элементы верхней губы, наблюдаются менее заметные послеоперационные рубцы. Правильно выполненная линейная хейлопластика с максимальным сохранением тканей в большинстве случаев даёт возможность восстановить все элементы верхней губы и носа и улучшить их функциональные возможности при завершающих операциях у взрослых пациентов.

3. При недоразвитии мягких тканей срединного фрагмента на 2/3 его высоты, когда наблюдается выраженное укорочение верхней губы метод Обуховой-Теннисон даёт возможность не только восстановить элементы верхней губы и основания крыла носа, но и нормализовать подвижность круговой мышцы с формированием миодинамического равновесия. Хотя этот метод способствует формированию правильного лука Купидона и сохранению достаточного количества тканей верхней губы, он имеет недостатки: развивается чрезмерно высокая верхняя губа, весьма заметны зигзагообразные рубцы, пересекающие нижнюю треть пролябиума, возникают затруднения при последующей корригирующей хейлоринопластике.

4. Использование в послеоперационном периоде постоянного магнитного поля способствует улучшению процесса заживления раны, что позволяет уменьшить время пребывания больных в стационаре и предотвратить послеоперационные осложнения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Выбор адекватного и рационального способа первичной хейлопластики при двусторонних расщелинах губы и нёба с учётом степени недоразвития мягких тканей срединного фрагмента позволяют в преимущественном большинстве случаев получить положительные результаты.

2. При недоразвитии мягких тканей срединного фрагмента на $\frac{1}{3}$ или $\frac{1}{2}$ его высоты целесообразно применение линейных методов Милларда и Лимберга, которые приводят к восстановлению анатомической целостности верхней губы. При недоразвитии срединного фрагмента на $\frac{2}{3}$ его высоты, методом выбора является метод Обуховой-Теннисон, который позволяет ликвидировать расщелину на всём её протяжении.

3. Устраняя двустороннюю врождённую расщелину, необходимо максимально сохранить все ткани и элементы верхней губы и носа. Желательно рубцы должны быть линейными или дугообразными по обе стороны пролябиума и не пересекать его в поперечнике в нижней трети губы.

4. Применяя анатомически обоснованные методы первичной хейлопластики необходимо избегать развития грубых вторичных деформаций и дефектов верхней губы и носа, что является залогом успешного выполнения завершающих операций на органах средней зоны лица у подростков и взрослых.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдрахманов С.А., Вернадский Ю.И. Об этиологии врожденных несращений губы и неба. Тезисы докладов конференции хирургов-стоматологов ВУЗ Грузии - Тбилиси, 1995. - С.89-92.
2. Агеева, Л.В. Первичная ринохейлоперостопластика в реабилитации детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба: автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1999. - 21 с.
3. Агроскина А.П.. Деформации верхней губы и носа после хейлопластики и их лечение. – Дисс... канд. мед. наук. – Л. – 1966. – С.303.
4. Александровский А.А. Компьютеризованная кардиология. Саранск; "Красный Октябрь" 2005. 197 с.
5. Алимский А.В., Хадарцев А.А. // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: материалы конф. М., 2002. - С. 24-27.
6. Алмазова, Е.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей /Е.С. Алмазова; под общ. ред. Г.В. Чиркиной – М.: Айрис-пресс, 2005. – 192 с.
7. Алфимова Т.Л. Операция Орловского при врожденных расщелинах верхней губы. // Стоматология. – 1939. – Т. 18. - № 3. – С. 31-34.
8. Амануллаев Р.А. Основные задачи и необходимость проведения мониторинга детей с врожденной челюстно-лицевой аномалией / Р.А. Амануллаев // Пробл. современной стоматологии Казахстана: сб. науч. тр. — Алматы, 2004. Ч. 2. - С. 254-257.
9. Амануллаев Р. А., Курбанходжаев Ш. Н., Шююсупова М. Т., Акбаров А.А. Влияние врожденной расщелины верхней губы и нёба на

общее развитие ребенка. // Вестник Ташкенской медицинской академии.- 2013.- № 4.- С. 46-48.

10. Артюшкевич А.С., Руман Г.М. Раннее хирургическое лечение врождённых расщелин верхней губы и нёба: Учеб.- метод. пособие.- Минск. 2002.

11. Барышев М.Г., Н.Н. Куликова, И.В. Сидоров. Электромагнитные поля и окружающая среда//Экология и промышленность России, май 2002г.

12. Барчуков М.П. К вопросу о хейлопластике в период новорожденности. – В кн.: Проблемы хирургической стоматологии. – Киев, 1969. – Вып. 4. – С. 44-49.

13. Безруков В.М.. Клиника, диагностика и лечение врожденных деформаций челюстно-лицевого скелета: Автореф. диссерт. докт. мед. наук., М., 1981; 42 с.

14. Белая О.В. Физическое развитие, заболеваемость и смертность детей с врожденной расщелиной губы и неба. В кн.: Сборник научных Трудов Витебского мед. института. Витебск, 1971. – Вып. 14. – С. 153-157.

15. Белова А.Н. Нейрореабилитация .- М. Антидор, 2000 г. – 568с.

16. Белякова С.В., Фролова Л.Е. Врожденные пороки развития лица и челюстей: заболеваемость, смертность, факторы риска. //Стоматология. – 1995. – Т. 74. — № 5. – С. 72-75.

17. Бердюк И..В. К вопросу о планировании операций хейлопластики при врожденных расщелинах верхней губы. //Стоматология. – 1960. – Т. 39. -№ 6. – С. 37-41.

18. Бердюк И..В. Патогенез и методы устранения деформаций носа, сопутствующих врожденным расщелинам верхней губы. – Дисс... докт. мед. наук. – Запорожье, 1965. – С. 381.

19. Берлиен Х.П., Мюллер Г.И. Прикладная лазерная медицина. - М.: Интерэкспорт, 2007 г.
20. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Выща школа, 1985. – С. 141-173.
21. Бернадский Ю.И., Дудко Д.В. и др. О некоторых организационных вопросах лечения и реабилитации детей с заболеваниями челюстно-лицевой области. //Стоматология. 1987. – Т. 66. - № 3. – С. 90-92.
22. Беркутов А.М., Жулев В.И., Кураев Г.А., Прошин Е.М. Системы комплексной электромагнитотерапии: Учебное пособие для вузов – М.: Лаборатория Базовых знаний, 2000г. – 376с.
23. Бессонов С. Н. Хирургическое лечение врождённых и вторичных деформаций лица при расщелинах верхней губы и нёба: Автореф. дисс. д-ра мед. наук / С. Н. Бессонов. Смоленск. — 2007. — 32с
24. Блохина С.И. Особенности организации специализированной помощи семье, имеющей детей с врожденной патологией. //Актуальные вопросы реабилитации детей с врожденными пороками развития черепно-лицевой области: Тезисы конф. - Чита, 1993; с. 10 - 11.
25. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. 2-е изд. Перераб.- М - СПб.: СЛП, 1997, 480 С.
26. Боголюбов В.М., Улащик В.С. Комбинирование и сочетание лечебных физических факторов. // Курортология и физиотерапия-М.,1985 Т. 1. - С. 535-552.
27. Борисов А.М. Оценка анатомо-функциональных результатов различных методов хейлопластики. В кн.: Эксперимент. и клинич. стоматология. – М., 1975. – Т. 6. – С. 114-118.
28. Булатовская Б.Я. Лечение врожденных верхней губы. – Дисс. канд. мед. наук. – Свердловск, 1958. – С. 254.

29. Вагин Ю.Е., Шестиперов В.А. Опыт локального воздействия электромагнитной энергии сверхвысокой частоты на биологически активные точки // Научные доклады высшей школы. Биологические науки. 1983. № 1, ст.40-43
30. Веремей Э.Н. Магнитотерапия в клинической ветеринарной медицине / Э.Н. Веремей // Ветеринария. - 1996. - №5. - С.45-48.
31. Вернадский Ю.И. Классификация и принципы хирургического лечения деформаций верхней губы и носа после пластики врожденных расщелин.//Вестник хирургии им. И.И. Грекова - 1995.- Т. 137., N10.- С. 94-98.
32. Виноградова Т.П. Постановка голоса. – М.: Просвещение, 1997. – 110 с.
33. Виссарионов В.А., Мохова Э.П., Панин М.Г., Вторенко В.И. Реконструктивная хирургия двусторонних расщелин верхней губы: МРЖ.- 1986, разд.13.- №8.
34. Виссарионов В.А.. Реконструктивная хейлоринопластика в реабилитации больных с двусторонними расщелинами верхней губы.// Актуальные вопросы реабилитации в стоматологии: сб.тр.-М., ЦНИИС,1986.- С.125-127.
35. Виссарионов В.А.. Способ хейлоринопластики при двусторонней расщелине верхней губы. Авт. свид. СССР №1217359.//Бюлл. изобретений .- 1986.-№10.
36. Виссарионов В.А.. Формирование лука Купидона при его деформациях.//Вест. Хирургии им. И.И. Грекова. – 1988. – № 6. – С. 101-103.
37. Власова К.Д. Лечение врожденных расщелин верхней губы и неба. – Дисс. канд. мед. наук. – Чабаровск, 1966. – С. 268.

38. Враны М., Утямышева Р.И. Электронная аппаратура для стимуляции органов и тканей - М.: Энергоатомиздат, 2003.384с.
39. Водолацкий В.М. Зависимость дефектов звукопроизношения от характера и степени тяжести зубочелюстной патологии в детском возрасте. /В.М. Водолацкий, Г.Н. Соломатина. //Логопед. - 2008. - № 2.
40. Володацкий М.П. Бабанина В.Г. Организация лечения и наблюдения больных с врожденными расщелинами лица в межобластном центре. //Стоматология. 1993. – Т. 72. № 1. – С. 58-60.
41. Герасимова Л.П.. Сравнительный анализ эффективности различных методов комплексной терапии детей с врожденными расщелинами губы и неба: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Пермь, 1991. - 21 с.
42. Гончаков Г.В. К вопросу о тактике хирургического лечения детей с врождёнными односторонними расщелинами верхней губы и нёба. – М.,2002.
43. Гоцко Е.В. Сравнительная характеристика хирургического лечения врожденных расщелин верхней губы и неба. – Автореферат дисс... докт. мед. наук. – Киев, 1986. – С. 41.
44. Гранчук Г.Н. Размеры зубных рядов и лицевого скелета у взрослых при зубо - челюстных деформациях, обусловленных врожденным несращением в челюстно-лицевой области. Стоматология. - 1987. - Т.66, №2. - С.63-66.
45. Губина, Л.К. Ситуационный анализ частоты врожденной патологии че-люстно-лицевой области и вероятные факторы риска / Л.К. Губина, О.П. Красникова // Детская стоматология. 2000. - № 1-2. - С. 65-68.
46. Губская А.Н. Вторичные деформации челюстно-лицевой области при врожденных расщелинах губы и неба. – Ташкент, 1975. – С.

105.

47. Губская А.Н. Характер и причины возникновения до- и послеоперационных деформаций при врожденных расщелинах губы и неба и меры их предупреждения. //Проблемы хирургической стоматологии: сб. тр. – Киев, 1990. – Вып. 5. – С. 64-67.

48. Гунько В.И.. Клиника, диагностика и лечение больных с сочетанными деформациями челюстей: Автореф. дисс. докт. мед. наук, М. 1986; 40 с.

49. Гуцан А.Э. Актуальные аспекты проблемы врожденных расщелин губы и неба. – Дисс... докт. мед. наук. – Кишинев, 1980. – С. 337.

50. Давыдов Б.Н. Аномалии и деформации лицевого скелета у больных с расщелинами верхней губы и неба// Тверь, 2000. 104 с.

51. Давыдов Б.Н. Хирургическое лечение врожденных пороков лица. // Тверь, 2006.

52. Дмитриева В.С., Ландо Р.Л. Хирургическое лечение врождённых и послеоперационных дефектов нёба. - М.: Медицина, 1968.

53. Дорофеев М.Д. Врожденная расщелина верхней губы. – Дисс... канд. мед. наук. – М., 1949. – С. 188.

54. Дубов М.Д. Хирургическое лечение при расщелинах неба. – Автореф. дисс... докт. мед. наук. – Л., 1954. – С. 16.

55. Дубов М.Д. Врожденные расщелины неба. – Л., 1960. – С. 145.

56. Дунаевский Г.М. Оперативное лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы. //Здравоохранение Белорусии. 1964. — № 4. – С. 60-61.

57. Дьякова С.В., Першина М.А., Гаврилова А.Я. Хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами губы и нёба // 1-я

Республиканская конференция «Стоматология и здоровье ребенка»:
Тезисы, доклады. М., 1996. С. 41-42.

58. Евдокимов А.И. Врожденные расщелины верхней губы и неба. — М., 1964. — С. 96.

59. Ильин В.А. Новый способ пластики при односторонних врожденных расщелинах верхней губы. //Стоматология. — 1963. — Т. 42. - № 2. — С. 59-60.

60. Загузкин С. Л. // Хронобиология и хрономедицина. — 2-е изд. / Под ред. Ф. Н. Комарова, С. Н. Рапопорта. — Москва, 2000. - С. 317-328.

61. Зернов, А.В. Ортодонтическое лечение зубочелюстных аномалий и деформаций у больных с расщелинами губы, альвеолярного отростка и неба в период сменного и молочного прикуса: автореф. дис. канд. мед. наук / А.В. Зернов. Тверь, 1997. — 18 с.

62. Знаменский В.И. Принцип планирования операции при врожденной расщелине верхней губы. //Врачебная косметика. — Л.: Медицина, 1980. — С. 211-217.

63. Кабишев В. Н., Кадырков А. П., Макаров В. В., Михеев А. А., Панин Н. И., Соломаха В. Н. //Биомедицинские технологии и радиоэлектроника. — 2005. - №7. — С. 35 — 37.

64. Канасами Ж.А. Коррекция хрящей носа при первичной пластике врожденных односторонних расщелин верхней губы (клинико-морфол. исследования): автореф. дисс... канд. мед. наук. — Калинин, 1986. — С. 17.

65. Каспарова Н.Н. Врожденные расщелины верхней губы и неба. (Лекции по стоматологии детского возраста). — М., 1968. — Т. 4. — С. 34-60.

66. Каспарова Н.Н. Организация диспансерного наблюдения и комплексного лечения детей с врожденными расщелинами верхней губы и

неба. (Методические рекомендации). – М., 1981. – С. 23.

67. Каспарова Н., Лильин Е.Т., Лукашова И.Д. и др. Частота врожденных расщелин верхней губы и неба в Башкирской АССР. – Стоматология. –1988. – Т. 67. - № 6. – С. 63-64.

68. Каспарова Н.Н. Нарушения развития верхней губы и неба. – В кн.: Стоматология детского возраста. – М.: Медицина, 1991. – С. 98-115.

69. Киняпина И.Д. Организация и принципы планирования восстановительного лечения дефектов и деформаций лица в условиях Горьковской областной больницы. //Современные принципы восстановительной хирургии лица и шеи в реабилитации больных с врожденной и приобретенной патологией: Сб. тр. ЦНИИС. – М., 1984, - Т. 13. – С. 7-10.

70. Кобахидзе К.А. Показатели физического развития и состояния дыхательной системы у детей с врожденными незаращениями верхней губы и неба. //Стоматология. – 1996. – Т. 52. - № 2. – С. 110-112.

71. Кислых, Ф. И. Особенности комплексного лечения больных с дефектами челюстных костей / Ф. И. Кислых, Г. И. Рогожников, Н. Б. Асташина, С. И. Рапекта // Стоматология Большого Урала. Новейшие технологии: материалы VI Всерос. конгр. Пермь, 2007. — С. 51–56.

72. Козин И.А. Эстетическая хирургия врожденных расщелин лица. – М., 1996.

73. Козлов В.А., Знаменский В.И. Пути совершенствования организации оперативной помощи детям с врожденными расщелинами губы и неба.// Современные принципы восстановительной хирургии лица и шеи в реабилитации больных с врожденной и приобретенной патологией: сб.тр. ЦНИИС.- М., 1984.- Т. 13- С. 4-7.

74. Козлов В.А.. Организация помощи детям с врожденными

расщелинами губы и неба и пути ее совершенствования. //Вестник хирургии. – 1989. – Т. 142. - № 4. – С. 136-139.

75. Колесов А.А., Каспарова Н.Н., Полякова В.Д. Современные принципы лечения детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба. – В кн.: Материалы докл. 1-й Всесоюзной конф. детс. Хирургов. – М., 1965. – С. 252-259.

76. Колесов А.А. Стоматология детского возраста. – М.,1978.

77. Королев Л.Н. Состояние зубочелюстной системы у больных с врожденной расщелиной верхней губы до и после хейлопластики. – Дисс... канд. мед. наук. – Ташкент, 1967. – 262 с.

78. 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

79. Корсак А.К., Терехова Т.Н. Врождённые пороки развития челюстно-лицевой области у детей: Учебно – методическое пособие.- Минск,2000.

80. Лавриков В.Г. Функциональная характеристика верхней губы после пластики врожденных односторонних расщелин. – Дисс... канд. мед. наук. – Калинин, 1975. – 221 с.

81. Лавриков, В. Г. Эпидемиология и демография врожденных пороков развития лица на фоне экологической ситуации в г. Твери / В. Г. Лавриков // Сб. материалов межрегион, науч. -практ. конф. Тверь, 2007. — С. 124–132.

82. Лазаревич В. Г. Влияние электромагнитных полей на обмен веществ в организме. Львов: «Вища школа», 1978. - 113 с.

83. Лебеденко, И. Ю. Телескопические и замковые крепления зубных протезов / И. Ю. Лебеденко, А. Б. Перегудов, Т. Э. Глебова, А. И. Лебеденко. М.: Молодая гвардия, 2004. — 344 с.
84. Леонов А.Г. Первичная хейлоринопластика при односторонней расщелине верхней губы - Дисс... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 1995. – 126 с.
85. Ливенсон А.Р. Электромедицинская аппаратура. - Медицина, 2001. - 344с.
86. Лимберг А.А. Критика современных руководств и новая оперативная техника лечения врожденных расщелин губы и неба. //Хирургия. – 1952. - № 6. – С. 3-9.
87. Лимберг А.А. Врожденные расщелины верхней губы и неба. – М.: Медицина, 1964. – С. 11-17.
88. Лимберг А.А. Врожденные расщелины губы и неба. //Стоматология. – 1968. – Т. 46. - № 1. – С. 11-15.
89. Лимберг А.А., Титова А.Т. Принципы лечения больных с врожденными расщелинами верхней губы и неба. //Вестник хирургии им. И.И.Грекова, 1980.- Т.125, № 5- С.107-110.
90. Любимов В. В. Искусственные и естественные электромагнитные поля в окружающей человека среде и приборы для их обнаружения и фиксации. Препринт №11(1127). Троицк: ИЗМИРАН, 1999. - 28 с.
91. Мамедов Ад.А. Врожденная расщелина нёба и пути ее устранения. // Екатеринбург, 1998. 309 с.
92. Мамедов, Ад.А. Социальная адаптация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба / Ад.А. Мамедов, А.А. Хадарцев, А. Ю.

Ладехин // Сб. материалов Всерос. науч. - практ. конф. с международ. участием. Тула, 2001. -С. 122–124.

93. Мамедов Ад.А. Алгоритм реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба / Ад.А.Мамедов // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения.-М.: МГМСУ, 2012. С. 151-155

94. Маслов И.Д. Операция заячьей губы по способу А. Орловского. //Вестник хирургии и погр. Обл. – 1927. – Т. 33. - № 11. – С. 146-150.

95. Махкамов Э.У. Раннее лечение детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. – Дисс... докт. мед. наук. – М., 1981. – 292 с.

96. Махкамов Э.У., Муртазаев С.М., Комарин А.С. и др. Всасывание в кишечнике у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба. //Стоматология. – 1987. – Т. 66. - № 4. – С. 38-45.

97. Медведев М.В. Перинатальные исходы при врожденных пороках развития. // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии, - 2001. № 4. - С. 260-267.

98. Михайлова Э.С. Деформации зубочелюстной системы у детей с полными односторонними и двусторонними расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и неба. – Дисс... канд. мед. наук. – М., 1971. –241 с.

99. Новоселов Р.Д. Сравнительная оценка некоторых современных способов хейлопластики при врожденных расщелинах верхней губы. – В кн.: Клиника и лечение врожденных и приобретенных дефектов челюстно-лицевой области. – Калинин, 1969. – С. 10-15.

100. Новоселов Р.Д. Механизм деформации носа при врожденных расщелинах лица и его клиническое применение. – Дисс... докт. мед. наук. – Калинин, 1972. –610 с.

101. Новоселов Р.Д. Значение возрастных особенностей развития лица в хирургии врожденных расщелин верхней губы и неба. //Хирургия лица и челюстей. – Калинин, 1978, - С. 6-17.

102. Новоселов Р.Д. Актуальные вопросы хирургии врожденных расщелин лица. //Морфологические и функциональные изменения органов зубочелюстной системы и их лечение. Калинин, 1980. – С. 9-12.

103. Новоселов Р.Д. Патогенетические основы хирургии врожденных расщелин лица. //Современные принципы восстановительной хирургии лица и шеи в реабилитации больных с врожденной и приобретенной патологией: сб.тр. ЦНИИС. – М., 1984. – Т. 13.- С.124-127.

104. Новоселов Р.Д., Гладкий А.П. Эмбриологические предпосылки патогенеза врожденных расщелин верхней губы. //Стоматология. – 1985. – Т. 64. - № 3. – С. 6-8.

105. Новоселов Р.Д., Канасами Ж.А., Савчук Е.В. Эстетическая и функциональная ценность отдельных приемов при одномоментной коррекции хрящей носа при односторонних расщелинах верхней губы и неба. //Современные методы диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний. – М., 1985. – С. 16-18.

106. Новоселов Р.Д. Реабилитация детей с врожденными расщелинами верхней губы. //Актуальные вопросы реабилитации в стоматологии. – М., 1986.- Т. 16.- С. 120-123.

107. Образцов Ю.Л. Клинико-морфологическое обоснование некоторых методов хейлопластики. – Дисс... канд. мед. наук. – Архангельск, 1971. – 238 с.

108. Обухова Л.М. Корректирующая пластика заячьей губы и крыла носа. //Научные труды Самаркандского мед. института. – Самарканд, 1957. – Т. 15. – С. 363-369.

109. Очнева, Г. И. Распространенность врожденной расщелины верхней губы и неба в Оренбургской области / Г. И. Очнева, Ад.А. Мамедов, В. М. Боев // Стоматология на пороге третьего тысячелетия. — М.: Авиаиздат, 2001. — С. 429.

110. Персин Л.С., Порохин А.Ю. Значение электромиографии при комплексном обследовании ортодонтического пациента// Наука - практике: Матер.науч.сессии ЦНИИС, посв. 35-летию ин-та.- М., 1998.- С.238-240.

111. Попова Д.Н. Лечение детей раннего возраста со сквозными расщелинами верхней губы и неба. — Автореф. дисс... канд. мед. наук. — М., 1975. — 27 с.

112. Притько А.Г. Комплексное лечение и реабилитация детей с врождённой краниофациальной патологией: Дис., д.м.н., - М.,1997.

113. Сбросов А.Н. Рефлекторный механизм лечебного действия физических факторов. // Курортология и физиотерапия - М.,1984 Т. 1.-С. 335-352.

114. Семенченко Г.И., Вакуленко В.И. Врожденные незаращения верхней губы и неба. — Киев, Здоровья, 1968. — 228 с.

115. Семенченко Г.И. Обоснование оптимальных возрастных сроков хирургического восстановления верхней губы и неба при их врожденных расщелинах. //Стоматология. — 1970. — Т. 49. -№ 5. — С. 68-70.

116. Семенченко Г.И., Вакуленко В.И., Дербалюк Л.Я. Нарушения слуха и речи при врожденных незаращениях неба. // Здоровье. - Киев,1977.

117. Семенченко Г.И., Вакуленко В.И., Лукьяненко В.А., Крыклякс Г.Г. Восстановительно-реконструктивные операции и их значение в реабилитации больных с врожденными незаращениями верхней губы и неба. //Современные принципы восстановительной хирургии лица и шеи в

реабилитации больных с врожденной и приобретенной патологией: сб.тр. ЦНИИС. – М., 1984. – Т. 13.- С.127-130.

118. Сергиенко Н.А. Сравнительная характеристика рождаемости детей с расщелиной губы и неба по данным обследования Полтавской и Омской областей. //Педиатрия. – 1977. -№ 11. – 85 с.

119. Сердюк В. В. Магнитотерапия: прошлое, настоящее, будущее: Справочное пособие. – Киев, 2004.

120. Симановская Е.Ю., Шарова Т.В. Организация специализированной помощи новорожденным с пороком развития лица. // Новое в терапевтической, детской и хирургической стоматологии. – М.,1987.- Т.2. – С. 133-134.

121. Соловьев В.А., Давыдов Б.Н. Ультраструктурная организация мышечной ткани верхней губы у детей в норме и при неполных расщелинах. //Стоматология. 1983. Т.62. - № 6. – С. 32-33.

122. Соловьев В.А. Морфологическая характеристика мышечной ткани в области расщелины верхней губы. //Стоматология. – 1985. – Т. 64. – № 5. – С. 44-45.

123. Соловьёва Г.Р. Магнитотерапевтическая аппаратура. – Москва: Медицина, 1991. – 176с.

124. Субханов С.С. Пути развития костной пластики при врожденных дефектах альвеолярного отростка и неба // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи: актуальные вопросы комплексного лечения.- М.: МГМСУ, 2010, — 152–153.

125. Сутулов, В. В. Оказание специализированной помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба в современных условиях развития здравоохранения (на примере Липецкой области): автореф. дис. канд. мед. наук / В. В. Сутулов. М., 2006. — 21 с.

126. Сычева Л.П., Спажакина Г.М. и др. Гигиена окружающей среды. М. - 1990; с. 88 - 91.

127. Татаринов В.Ф. Опыт диспансеризации и комплексного лечения больных с врожденными расщелинами верхней губы и неба в Башк. АССР. – Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Уфа, 1967. – 19 с.

128. Терновский С.Д. Незаращение верхней губы у детей и его оперативное лечение. – М., Медицина, 1952. – 93 с.

129. Титарев В.И. Восстановительная хирургия врожденных расщелин губы и неба. – Кишнев, 1965. – 103 с.

130. Тоиров У. Т. Хирургическое лечение больных с микрогнатией и ретрогнатией верхней челюсти с сочетанными деформациями челюстей (клиническое исследование): Дисс. Канд. мед. наук. -М., 1989. 137 с.

131. Тутуров, Н. С. Нормализация окклюзии зубных рядов у больных с врожденной полной расщелиной верхней губы и неба: автореф. дис. канд. мед. наук / Н. С. Тутуров. М., 2010. — 26 с.

132. Фалин Л.Н. Гистология и эмбриология полости рта и зубов. – М.,1963.

133. Фролова Л.Е. Пластика верхней губы при заячьей губе в первый день после рождения ребенка. //Стоматология. 1956. – Т.35. - № 4. – С. 37-39.

134. Фролова Л.Е. Врожденные расщелины верхней губы и их оперативное лечение в первые двое суток после рождения ребенка. – дисс. докт. мед. наук. – М., 1962. – 276 с.

135. Фролова Л.Е. Лечение врожденных расщелин верхней губы. – Ташкент, Медицина, 1967. – 160 с.

136. Фролова Л.Е. Лечение детей раннего возраста с врожденной патологией развития лица и челюстей. //Стоматология. – 1980. – Т. 59. - №

2. – С. 75-77.

137. Фролова Л.Е., Махкамов Э.У. Объем помощи детям с расщелинами неба на этапах комплексного лечения. // В кн.: Основные стоматологические заболевания. – Ташкент, 1981, - С. 70-73.

138. Харьков Л.В. Хирургическое лечение врожденных несращений нёба. Киев, 2005. С. 6-21.

139. Холматова М.А. Состояние преддверия рта и зубоальвеолярной дуги при врожденной изолированной расщелине верхней губы. - Дисс. канд. мед. наук.- Ташкент, 1999. – 127 с.

140. Холодов Ю.А. Магнетизм в биологии. - М.: Наука, 1970. - 119с.

141. Холодов Ю.А., Козлов А.И., Горбач А.М. Магнитные поля биологических объектов. М., Наука, 1987.

142. Хорошилкина Ф. Я. Руководство по ортодонтии / Ф. Я. Хорошилкина. -М., 2002. -385 с.

143. Шарова Т.В., Симановская Е.Ю. Организация специализированной стоматологической помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба в условиях родильного дома. (Методические рекомендации). – Пермь, 1983. – 21 с.

144. Шинбирев Н.А. О лечении детей с врожденными расщелинами губы и неба. //Педиатрия. – 1969. - № 3. – С. 51-53.

145. Шинбирев Н.А., Хотько В.И. Результаты хирургического лечения врожденных расщелин губы и неба. – В кн.: Тактические и технические ошибки в экстренной хирургии. – Уфа, 1972. – С. 246-248.

146. Щеглова А.П., Захарова Н.И. . Комплексное лечение детей, диспансеризованных в Пермском межобластном центре по поводу врожденных пороков развития лица и челюстей // Тезисы научно - практ. конфер. стомат. факультета ПГМА. - Пермь, 1996. - с. 41.

147. Щеглова А.П. . Первичная одномоментная хейлоринопластика при врожденной двусторонней расщелине верхней губы и неба : дисс. канд. мед. наук. - Пермь, 1997; 133 с.
148. Штарк М.Б., Скок А.Б. Применение электромагнитного излучения в клинической практике. М. - 2004 г
149. Яковлев С.В. Характер и причины возникновения до и послеоперационных деформаций при врожденных расщелинах губы и неба и меры их предупреждения. //Проблемы хирургической стоматологии – Киев, 2000. – Вып. 5. – С. 64-67.
150. Baskaran M, Packiaraj I, Arularasan SG, Divakar TK. Cleft rhinoplasty. J Pharm Bioallied Sci. 2015 Aug;7(Suppl 2):S691-4.
151. Bardach J., Eisbach K. The influence of primary unilateral cleft lip repair on facial growth part lip pressure. //Cleft Palate J. – 1977. – Vol. 14. - № 1. – P. 88-89.
152. Bardach J., Morris H.L. (Eds). Multidisciplinary management of Cleft Lip and Palate. // Philadelphia: WB Saunders, 1990.
153. Barry M. Zide, M.D., James P. Bradley, M.D., and Michael T. Longaker, M.D. Lip Service for the Stiff Upper Lip. //Plast. Reconstr. Surg. 105: 1154, 2000.
154. Boo-Chai K. Primary repair of the unilateral cleft lip nose in the oriental; a 20-year follow-up. //Plast. Reconstr. Surg. – 1987. Vol. 80. – P. 185-194.
155. Borchgrevink H.H. The rotation-advancement operation of Millard as applied to secondary cleft lip deformities // Cleft Palate J. – 1970. – Vol. 7. P. 161-168.
156. Broadbent T.R., Wolf R.M. Cleft lip nasal deformity. //Ann. Plast. Surg. – 1984. – Vol. 12, № 3 – P. 216-233.

157. Bumsted R.M. //Chapter 58. Cleft lip and palate. – 1993. – P. 546-556/
158. Branemarck P.I. The anatomical lip plasty for the primary surgical repair of the cleft lip and Nose: long – term assessment. //Jousnal of Craniomaxillofatial Surg. – Vol. 26. Supprement 1. P. 26 – 1999.
159. Butow K.W. The anatomical lip plasty for the primary surgical repair of the cleft lip and Nose: long – term assessment. //Jousnal of Craniomaxillofatial Surg. – Vol. 26. Supprement 1. P. 26 – 1998.
160. Chowdri N.A., Darzzi M.A., Aschraf M.M.: A comparative study of surgical recults with rotation – advancement and triangular flap technigues in unilateral cleft lip. //British J. of Plast. Surg. – 1990. – vol. 43. – P. 551-556.
161. Christensen, K. Selection bias in genetic epidemiological studies of cleft lip and palate / K. Christensen, N.V. Holm, J. Olsen et al. // Am. J. Hum. Genet. -1992. — Vol. 51, N 3. — P. 654–659.
162. Claudia Zeciga, D.D.S, Rodolfo Miralles, D.D.S, Raul Carvajal, D.D.S, Магна Josй Ravera, D.D.S, Paula Contreras, D.D.S, and Gabriel Cavada, M.S. Comparative Study Between Children with and without Cleft Lip and Cleft Palate, Part 1: Cephalometric Analysis.// American Cleft Palate-Craniofacial Association Journal 37:281–285 2000.
163. Cook T.A. Scoog Repair. //Surgical advances in cleft lip and cleft lip and cleft palate. – 1995. – Nov 11-14. – P. 88-101.
164. Cook T.A., Davis R.E., Israel J.M. The Extended Scoog Technique eor Repair of the Unilateral Cleft Lip and Nose Deformity. //Facial Plastic Surgery. – 1993. – Vol. 9, № 3, - P. 195-206.
165. Cutting C. Premasillary excision: Reasonsand effect //Jbid. 2006. Vol. 73, №2. P. 195-206.

166. Dai L. Time trends in oral clefts in Chinese newborns: data from the Chinese National Birth Defects Monitoring Network / L. Dai, J. Zhu, M. Mao et al. // Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2010. — Vol. 88, N 1. — P. 41–47.

167. Davis P.K. Cleft lip, Nose deformity. British journal of plasticsurgery. – 1983 – Vol. 36 - № 2 – P. 200-203.

168. Enemark H., Friede H. et al. Lip and nose morphology in patients with unilateral cleft lip and palate from four Scandinavian centres // Scand. J. Plast. Reconst. Surg. 1993. N 27(1). P. 41-47.

169. Ezzi O.E., Herzog G., Broome M., Trichet-Zbinden C., Hohlfeld J., Cherpillod J., de Buys Roessingh A.S. Grommets and speech at three and six years in children born with total cleft or cleft palate. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2015 Oct 20. pii: S0165-5876(15)00519-4.

170. Flinn W. The cleft lip nose: an update //Facial Plast Surg., 2006, 9,4,241-268.

171. Farcas G.F., Hajnis K., Posnick J.C. Anthropometric and Anthroposcopic Findings of the Nasal and Facial Region in cleft and palate before and after Primary Lip and Palate Repair //Symposium on the Nose, Hilton Head, South Carolina, 1991.

172. Garib D.G., Rosar J.P., Sathler R., Ozawa T.O. Dual embryonic origin of maxillary lateral incisors: clinical implications in patients with cleft lip and palate. Dental Press J Orthod. 2015 Oct; 20(5):118-25.

173. Graber X. Evaluation of the progress of therapy in patients with cleft lip, jaw and palate, using voice analysis-a pilot study / C. Gugsch, K.H. Dannhauer, M. Fuchs // J. Orofac. Orthop. 2008. — Vol. 69, N 4. — P. 257–67

174. Hardesty R.A. Treatment Philosophy //Surgical advances in cleft lip and palate. Nov 11-14, 1995, P. 172-194.

175. Henningsson G.E., Isberg A.M. Velopharyngeal movement pattern in patients alternating between oral and glottal articulation. – A Clinical and Cineradiographical study. // Cleft Palate J. – 1986. – Vol.23 – P.1-9.

176. Hollman K., Hoffman D., Reichsthaler J. and Plenk H. //Ir: Craniofacial Abnormalities and Cleft of the Lip Alveolus and Palate, F1. 1991, 201-203.

177. Hoffman V. Wave-Line Procedure in the Repair of cleft Lip. //J. Maxillofacial. Surg. – 2006. – Vol. 1. - № 4. – P. 198-202.

178. Honningman K. Experiences with the Reichert Procedure in closure of Unilateral Cleft Lips. //Plast. Reconstr. Surg. – 1980. – Vol. 65. - № 2. – P. 164-168.

179. Hoppe W.: Muscle Morphology in Clefts of the Lip. //Craniofacial Abnormalities and Clefts of the Lip, Alveolus and Palate, F1. 1991, 199-200.

180. Hugentobler H. Wave – line procedure in the repair of cleft lip. //J. max.-fac., 1, 2006, 198-202.

181. Ingelrans P., Paupard B., Lacheretz M. Traitement du bec-de-lievre unilateral: Etude de quelques techniques// Sem. Hop. Ann. Chir. Plast. 1963. Vol. 8, №1. P. 5-15.

182. Jeanty M. Cheiloplasty technics// Acta chir. Belg. 1964. Vol.3.№ 63, P. 285-298.

183. James D. Burt, M.B.B.S., and H. Steve Byrd, M.D. Cleft Lip: Unilateral Primary Deformities.//Plast. Reconstr. Surg. 105: 1043, 2000.

184. Kozeli V.: Maxillary Arch Dimensions in Patients With Cleft of the lip, Alveolus and Palate With or Without Precurgical Orthodontic Treatment //Craniofacial Abnormalities and Cleft of the Lip, Alveolus and Palate. 4th Hamburg International Symposium, 1991, P. 229-231.

185. Kristen K. Long-Term Results Following Labioplasty According to

the Wave-Line Procedure //Cranifacial Abnormalities and Cleft of the Lip, Alveolus and Palate. 4 th Hamburg International Symposium, 1991, P. 229-231.

186. Krupp S. Management of cleft lip and nose defects: one or more operations //Scand. J. Plast. Reconstr. Hand Surg., 24: 233-239, 1990.

187. Krupp S. Plastische Chirurgie: Klinik und Praxis / S. Krupp. Ecomed, Landsberg, 2007.

188. Larson M., Sallstrom K., Lason O. Morphologic effect preoperative maxillofacial orthopedics (T-traction) on the maxilla in unilateral cleft lip and Palate Patients //J. Cleft Palate (craniofac), 1993, 30, 1, 29-34.

189. Markus A.F., Delaire J. Functional primary closure of cleft lip //Brit. J. Oralmaxillofac. Surg., 1993, 31, 5, 281-291.

190. Magdalenic-Mestrovic M. Preoperative non-surgical over-correction of cleft lip nasal deformity //British J. of Pl. Surg., 2005, 44, 5-11.

191. Millard D.R. Primary camouflage of unilateral harelip. – Trans. Intern. Soc. Plast. Surg., Congress – St. Stockholm, 1957.

192. Millard D.R. Cleft Craft: The evolution of its Surgery. //Boston: Little Brown, 1976 – v. 1, 830 p.

193. Millard D.R. Cleft Craft: The evolution of its Surgery. Bilateral and Raso Deformities. D.R. Millard, J.R.M.D., Little Brown, 1976 – v.11 – 922 p.

194. Millard D.R. Improved primary surgical and dental treatment of clefts //Plast. Reconstr. Surg., 86: 856-871, 1990.

195. Mulliken John B. and Martínez-Pérez Dolores. The Principle of Rotation Advancement for Repair of Unilateral Complete Cleft Lip and Nasal Deformity: Technical Variations and Analysis of Results.// *Plast. Reconstr. Surg.* 104: 1247, 1999.

196. Ness J.A. Feam Evaluation //Surgical advances in cleft lip and cleft palate. Nov. 11-14, 1995, P. 16-35.

197. Ness A.R., Wills A.K., Waylen A., Al-Ghatam R., Jones T.E., Preston R., Ireland A.J., Persson M., Smallridge J., Hall A.J., Sell D., Sandy J.R. Centralization of cleft care in the UK. Part 6: a tale of two studies. *Orthod Craniofac Res.* 2015 Nov;18 Suppl 2:56-62.

198. Noordhoff M.S. The orbicularis oris muscle: a functional approach to its repair in the cleft lip. // *Brit. J. Plast. Surg.*, 2006, 36, 2, 141-153.

199. Opitz C. Fetal Surgery // *Surgical advances in cleft lip and cleft palate.* Nov. 11.14, 1995, P.51-53.

200. Pape K. Zur praevention von Lippen-Kiefer-Gaumen-Segelspalten. // *Stomatol. DDR.* – 1984. – Bd. 34. - № 10. – S. 668-670.

201. Peg Nopoulos, M.D., Stephanie Berg, B.A, John Canady, M.D, Lynn Richman, Ph.D, Duane Van Demark, Ph.D, and Nancy C. Andreasen, M.D., Ph.D. Abnormal Brain Morphology in Patients With Isolated Cleft Lip, Cleft Palate, or Both: A Preliminary Analysis. // *American Cleft Palate-Craniofacial Association Journal* 37:441–446 (2000)

202. Pfeifer G., Herwerth – Lenck, Schmitz R., Gundlack K.K.H. Long-Term Results Following Operation of Unilateral Partial Cleft of the Lip and Alveolus according to the Wave – Line Procedure // *Craniofacial Abnormalities and cleft of the Lip, Alveolus and Palate.* 4 th Hamburg International Symposium, 1991, P. 207-212.

203. Plenk H.Ir. The microscopic evaluation of tissue implants. In Williams D.F.: *Techniques of Biocompatibility Testing*, vol. J. CRC Press, Boca Raton, FL. 1986, P.35-812.

204. Peacock EE, Cohen IK. Wound healing. In: McCarthy JG, May JW, Littler JW, editors. *Plastic surgery.* Philadelphia: WB Saunders; 1990. p. 161-85.

205. Pool R. The configurations of the unilateral cleft lip, with reference to the rotation advancement repair// *Plast. and Reconstr. Surg.* 1966. Vol. 37,

№6. P. 558-565.

206. Recaman M. Cleft lip and palate. In McCarthy J.G. (ed) //Plastic Surgery. Volume 4: Cleft Lip and Palate and Craniofacial Anomalies. Philadelphia: WB Saunders, 2006.

207. Schuman D., Erler U., Robotta C. Late Results of Lip Repair (Millard) in Unilateral Total Clefts //Craniofacial Abnormalities and Cleft of the Lip, Alveolus and Palate. 4th Hamburg International Symposium, 1991, P. 215-218.

208. Slifer K.L. Lip Adhesion //J. Facial Plastic surgery. 1993, Vol.9, N. 3, P. 188-195.

209. Senders C.W. Feeding for Cleft Patients //Surgical advances in cleft lip and cleft palate. Nov 11-14. 1995, P. 49-51.

210. Smallridge J., Hall A.J., Chorbachi R., Parfect V., Persson M., Ireland A.J., Wills A.K., Ness A.R., Sandy J.R. Functional outcomes in the Cleft Care UK study - Part 3: oral health and audiology. Orthod Craniofac Res. 2015 Nov;18 Suppl 2:25-35.

211. Skoog T. Skoog's Method of Repair of Unilateral and Bilateral Cleft Lip. In: Grabb W.C., Rosenstein S.W. and Bzoch K.R. /Eds./ Cleft Lip and Palate. /Boston/: Little, Brown, 1971, 288-304.

212. Sidman J.D. Triangular Flap Repair of the Unilateral Complete Cleft Lip. //Facial Plastic Surgery. – Vol. 10, 1994, P. 184-187.

213. Smith W.P., Markus A.F., Dalaire J. Primary closure of the cleft alveolus: A functional approach.// Brit. J. Oral and Maxillofacial. Surg.-1995.- Vol. 33.-P. 156-165.

214. Sykes J.M., Senders C.W. Surgery of the Cleft Lip nasal deformity. //J. Operative techniques in otolaryngology – Head and neck surgery. Vol. 1, No 4, 1990, 219-224.

215. Sykes J.M., MD, Senders C.W., MD Surgical Treatment of the unilateral cleft Nasal Deformity at the time of Lip Repair //J. Facial Plastic Surgery Clinics of North America, Vol 3, No 1, 1993, 69-77.

216. Sykes J.M., MD, Senders C.W., Wang T.D., Cook T.A. Use of the open approach for Repair of secondary Cleft Lip – Nasal Deformities // J. Facial Plastic Surgery Clinics of North America, Vol 3, No 1, 1995, 11-126.

217. Sykes J.M., Davis P., Senders C.W. Modifications of the Millard Rotation. – Advancement technique for Repair of the Unilateral Cleft Lip Derormity //J. Facial Plastic Surgery Clinics of the North America. Vol. 3, No 1, 1995, 57-68.

218. Sykes J.M. Treatment Philosophy II //Surgical advances in cleft lip and cleft palate. Nov. 11-14, 1995, p. 101-126.

219. Sykes J.M. Primary Philosophy //Surgical advances in cleft lip and cleft palate. Nov. 11-14, 2007, p. 130-164.

220. Sugihara T.: Primary correction of unilateral cleft lip nose //Cleft Palate Cranifac. J., 1993, 30, 2,231-236.

221. Sá J, Araújo L, Guimarães L, Maranhão S, Lopes G, Medrado A, Coletta R, Reis S.Dental anomalies inside the cleft region in individuals with nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate.Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2015 Nov 30:0.

222. Tennison C.W. Plast. Reconstr. Surg. – 1953. – Vol. 9., № 2. – P. 115-120.

223. Tennison C.W. The repair of the unilateral cleft lip by the stencil method //Plast. Reconstr. Surg. 23:331, 1959, Bd. 53. - № 11. –S. 565-569.

224. Virgilio F. Ferrario, M.D, Chiarella Sforza, M.D, and Graziano Serrao, M.D., Ph.D. A Three-Dimensional Quantitative Analysis of Lips in Normal Young Adults. // American Cleft Palate-Craniofacial Association

Journal 37:48–54 (2000).

225. Waylen A, Ness AR, Wills AK, Persson M, Rumsey N, Sandy JR. Cleft Care UK study. Part 5: child psychosocial outcomes and satisfaction with cleft services. *Orthod Craniofac Res*. 2015 Nov;18 Suppl 2:47-55.

226. Wais S. Electropalatographic and perceptual analysis of the speech of Cantonese children with cleft palate / T. Whitehill, S. Stokes, B. Hardcastle // *European Journal of Disorders of Communication*. 1979. - Vol. 30, № 2. - P. 193-202.

227. Weiss C.E. Cleft palate rehabilitation: interim strategies in Indonesia / D. Willcox // *Cleft Palate Craniofac. J*. 1974. - Vol.31, № 4. - P. 316-320:

228. Walter C. And Meisel H.H. Treatment of cleft lip Deformities: concept of the surgical Approach // *Copyright 1991*, 2, 7, 105-106.

229. Wong F. K. The oral health of children with clefts a review / F. Wong, U. Hagg // *Cleft Palate-Craniofacial Journal*. - 2004. - Vol. 35, № 3. - P. 248-254.

230. Wynn S.K. Cleft lip: A combined approach // *Cleft Palate J*. 1988. – Vol. 25. - № 1. – P.64-69.

АННОТАЦИЯ

на диссертационную работу резидента магистратуры кафедры Детской стоматологии Бухарского Государственного медицинского института Ражабова Амиржона Ахтамовича на тему: «Оценка результатов первичной хейлопластики у детей с врожденной двусторонней расщелиной верхней губы и нёба», представленную на соискание академической степени магистра по специальности 5А510401 – Стоматология

Актуальность темы: Врожденная расщелина верхней губы и нёба (ВРГН) является тяжелым пороком развития зубочелюстной системы, который характеризуется выраженными структурными и функциональными нарушениями. Возможно, нет другой врожденной деформации, так значительно изменяющих форму лица, приводящих к столь значительным

анатомическим и функциональным нарушениям (Гранчук Г.Н., 2000; Махкамов М.Э., 2001; Медведев М.В., 2001; Flinn W., 2006; Hugentobler., 2006; Recaman M., 2006; Slifer K.L., 2006)

Чаще расщелина губы и нёба являются полигенным мультифакторным заболеванием, которое может встречаться в виде изолированного порока развития и быть одним из симптомов врождённых пороков (Кобахидзе К.А., 1996; Козин И.А., 1996; Дьякова С.В., 2003, Яковлев С.В., 2000; Magdalenic-Mestrovic M., 2005; Wong F K; Hagg U., 2004).

Приоритетом в хирургическом лечении расщелины губы и нёба является восстановление правильного взаимоотношения анатомических структур, что способствует более ранней реабилитации больных (Давыдов Б.Н., 1999; Медведева М.А., 2007; Мамедов Ад.А., 1995-2012).

В последние годы разработаны эффективные методы устранения расщелин верхней губы (Б.Н. Давыдов, 2000; С. Cutting 2006; M.S. Noordhoff, 2006; J.M. Sykes, 2007), нёба (А.А. Мамедов, 2002; Л.В. Харьков с соавт., 2005; Б.Н. Давыдов, 2006; V.Y. Hoffman, 2006).

Оперативное лечение врождённых двухсторонних расщелин занимает особое место по своей актуальности, многообразию оперативных методов и множеству нерешённых вопросов.

Среди большого разнообразия способов первичной хейлопластики врожденной двухсторонней расщелины губы и нёба в настоящее время нет предпочтения какой-то одной методике. Использование новых способов хирургического лечения не всегда оказывается рациональным и не дает возможности в полном объеме провести реабилитацию ребенка с данной патологией.

Для выбора методики двусторонней хейлопластики одним из определяющих факторов является степень недоразвития мягких тканей срединного фрагмента. На основании клинических и антропометрических исследований установлено, что наиболее оптимальным раскроем тканей верхней губы при недоразвитии срединного фрагмента на 1/3 или 1/2 его высоты является тот, который предусматривает формирование линейных рубцов на кожной части (D. Millard, W. Manchester, Л.В. Харьков-Л.Н. Яковенко), а при недоразвитии на 2/3 высоты — прямоугольных либо Z-формы рубцов (С. Hagedorn, Tenisson-Обухова, Л.В. Харьков-Л.Н. Яковенко).

Анализ литературы последних лет показывает, что на сегодняшний день разработаны и применяются более сотни видов хейлопластики. Каждый из этих методов имеет свои положительные и отрицательные стороны, что позволяет хирургам индивидуализировать методику оперативного подхода в каждом конкретном случае.

В отечественной и зарубежной литературе уделено недостаточное внимание вопросу первичной хейлопластики с выбором наиболее оптимальных методов, учитывающих степень и форму расщелин.

Несмотря на ряд исследований по совершенствованию способов хирургического лечения, вопросу сравнительного анализа методов устранения врождённых двухсторонних расщелин верхней губы и нёба, не уделено достаточно должного внимания, что и побудило нас к выполнению данного исследования.

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа отдалённых результатов первичной хейлопластики по методу Лимберга Милларда, и по методике Обуховой-Теннисон, определить показания к их применению с учётом степени недоразвития срединного фрагмента.

Задачами исследования являются:

1. Изучение результатов восстановления анатомической целостности верхней губы после хейлопластики по Лимбергу.
2. Оценка результатов восстановления анатомической целостности верхней губы после хейлопластики по Миллард.
3. Изучение результатов восстановления анатомической целостности верхней губы после хейлопластики по Обуховой-Теннисон.
4. Проведение сравнительного анализа результатов хейлопластики.

Научная новизна работы:

На достаточно небольшом клиническом материале проведена сравнительная оценка результатов первичной хейлопластики, определены показания к применению каждого метода с учётом анатомических и эстетических результатов.

На основании проведённого сравнительного анализа результатов первичной хейлопластики сформулированы основные положения для выбора метода хейлопластики.

Практическая значимость:

Установлены клинико-анатомические изменения после различных методов первичной хейлопластики, что позволило обосновать выбор метода операции с учётом степени недоразвития срединного фрагмента.

Проведение физиотерапевтической процедуры-магнитотерапии благоприятно воздействует на результаты послеоперационного заживления раневого процесса.

Полученные данные могут служить в качестве научного обоснования этиологии и патогенеза врождённых пороков челюстно-лицевой области, они значительно дополняют существующие представления о клинике двусторонних врождённых расщелин верхней губы и нёба у детей.

Результаты полученных исследований могут быть использованы при чтении лекций по хирургической стоматологии на соответствующих кафедрах при изучении раздела «пороки

челюстно-лицевой области». В некоторой степени данные наших исследований имеют значение для реализации Государственной программы «Охрана материнства и детства».