

УДК 616.317-007.254-089.844

# Первичная ринопластика при лечении детей с врожденными расщелинами верхней губы

Ю.В. Степанова, М.С. Цыплакова, А.С. Усольцева

Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера, Санкт-Петербург

## Primary rhinoplasty in the treatment of children with congenital clefts of the upper lip

Yu. Stepanova, M. Cyplakova, A. Usol'ceva

The Turner scientific research Institute for children's orthopedics, St. Petersburg

© Коллектив авторов, 2017 г.

### Резюме

Цель исследования: оценить преимущества применения первичной ринопластики при лечении детей с врожденными односторонними и двусторонними расщелинами губы. Коррекция деформации носа детям с врожденными расщелинами губы проводилась при первичной операции по усовершенствованной в клинике методике 328 детям в возрасте от 2 до 11 мес — 272 пациентам с односторонними и 56 пациентам с двусторонними расщелинами губы. При оценке непосредственных и отдаленных результатов лечения с использованием первичной ринопластики выявлено улучшение результатов лечения детей как в группе пациентов с односторонней, так и с двусторонней расщелиной губы. Применение методики первичной ринопластики не оказывает существенного влияния на рост хрящевых структур носа, что приводит к снижению количества повторных корригирующих операций. Проведение ранней радикальной ринопластики при первичной операции в сочетании с ортодонтическим лечением и постоянным динамическим наблюдением в условиях диспансерного центра позволяет значительно улучшить результаты лечения, создать условия для нормального роста тканей средней зоны лица.

**Ключевые слова:** врожденная расщелина верхней губы, ринопластика, врожденная деформация носа, хейлоринопластика, послеоперационная деформация носа

### Summary

The objective of the study was to evaluate the benefits of using primary rhinoplasty in the treatment of children with congenital unilateral and bilateral lip clefts. Correction of the deformity of the nose for children with congenital cleft lip was performed in 328 children aged 2–11 months old (272 patients with unilateral and 56 patients with bilateral cleft lip) during the primary operation with the technique advanced at the clinic. When assessing immediate and long-term results of treatment with primary rhinoplasty, the results of treatment of children in both patients' groups with one-sided and bilateral lip clefts were improved. The use of the technique of primary rhinoplasty does not have a significant effect on the growth of cartilaginous structures of the nose, which leads to a decrease in the number of repeated corrective operations. Carrying out early radical rhinoplasty in the primary operation in combination with orthodontic treatment and constant dynamic follow-up in the conditions of the dispensary center allows to improve the results of treatment significantly, to create conditions for normal growth of tissues of the middle zone of the face.

**Keywords:** congenital cleft of upper lip, rhinoplasty, congenital deformity of nose, cheilorhinoplasty, postoperative deformity of nose

## Введение

Задачей настоящего исследования явилось улучшение эстетического и функционального результата оперативного вмешательства за счет выполнения первичной ринопластики детям в раннем возрасте для создания правильной формы носа.

Опыт проведения хейлоринопластики при лечении детей с врожденными расщелинами губы и нёба имеет многовековую историю. Насчитывается огромное число способов операции, которые постоянно совершенствуются. На современном уровне развития челюстно-лицевой хирургии хейлопластика в значительной степени расширилась и включает не только восстановление формы и функции верхней губы, а также устранение деформации носа, дисфункции мимических мышц, устранение деформации верхней челюсти по нижнему краю грушевидного отверстия и дефекта кости альвеолярного отростка. Хейлопластика из простого закрытия дефекта верхней губы превратилась в сложное оперативное вмешательство [1]. Однако большое количество послеоперационных деформаций, в том числе и деформаций носа, остаются нерешенной проблемой для хирургов и значительно снижают результат лечения.

Существует множество хирургических способов устранения врожденной деформации носа. Нередко исправление деформации носа проводится в несколько этапов. Единого мнения по поводу сроков и способов операции нет. Некоторые авторы придерживаются консервативного подхода к исправлению деформации носа. Они считают, что хирургическую коррекцию следует производить только после завершения роста верхней челюсти и тканей лица [2–7]. Другие сторонники консервативного подхода рекомендуют не исправлять форму носа при первичной операции, а произвести ринопластику к 6–7-летнему возрасту (после устранения расщелины губы и нёба) [8]. Однако изначально недоразвитые ткани наружного носа не смогут развиваться так, как ткани на здоровой стороне, и это приведет к усугублению деформации.

Многие хирурги стремились устранить деформацию носа уже при первичной хейлопластике [9–13] с получением лучших функциональных и косметических результатов. Однако ввиду частоты рецидивов деформации носа, даже у детей, у которых при хейлоринопластике была достигнута идеальная форма носа, часто возникает необходимость вторичных корригирующих операций носа, и поэтому некоторые авторы считают нецелесообразным при пластике губы полное исправление деформации носа при помощи специальных разрезов и обширного вмешательства на хрящах [14]. Эти авторы считают, что достаточно широко мобилизовать основание крыла носа от пе-

редней поверхности верхней челюсти, произвести расслойку медиальных ножек крыльных хрящей и отделить хрящ перегородки носа, в отдельных случаях также отпрепарировать кожу от латеральной ножки крыльного хряща [14].

Хирургическая коррекция врожденной расщелины верхней губы и нёба несомненно является ведущим методом лечения этой патологии. Однако для улучшения результатов хирургического лечения необходимо в предоперационном периоде проводить раннее ортодонтическое лечение. Его роль в процессе лечения больных с расщелинами губы велика. О необходимости проведения его писали Л.И. Ильина-Маркосян, Ф.Я. Хорошилкина, Т.В. Шарова, И.С. Рубежова, И.В. Сидоренко и другие авторы. Раннее ортодонтическое лечение во многом предопределяет успех операции хейлоринопластики [15]. Оно исправляет форму верхнечелюстной дуги, что, в свою очередь, способствует развитию верхней челюсти, а также сокращает сроки ортодонтического лечения в старшем возрасте [16, 17].

Несмотря на тесную связь между качеством проведенного раннего ортодонтического лечения с исходом операции хейлоринопластики, зачастую ему уделяется недостаточное внимание. Предшествующее операции ортодонтическое лечение проводится в редких случаях. Это предопределяет в дальнейшем дополнительные реконструктивные операции, иногда многочисленные [18].

## Материалы и методы исследования

За период с 2010 по 2017 г. в отделении челюстно-лицевой хирургии НИДОО им. Г.И. Турнера проведено лечение 330 детей с врожденными расщелинами губы — 272 детей с односторонними расщелинами губы и 58 детей с двусторонними расщелинами губы. У всех детей отмечалась врожденная деформация носа различной степени (рис. 1). Первичная операция хейлоринопластики проводилась в возрасте от 2 до 11 мес. При лечении односторонней расщелины губы использовалась комбинированная методика Миро–Лимберг–Обуховой, а при лечении детей с двусторонней расщелиной губы предпочтение отдавалось методике Миро–Лимберг–Розе. Независимо от степени деформации носа, всем детям проводилась радикальная ринопластика. Она заключается в проведении циркулярного разреза по внутреннему краю носового хода, полной мобилизации крыльного хряща от кожи и слизистой оболочки, полной мобилизации латеральной ножки крыльного хряща. Необходимо устранить ее прикрепление к латеральному краю грушевидного отверстия. Крыльный хрящ мобилизуется, перемещается в правильное положение и фиксируется погружным швом. При односторонних расщелинах

губы фиксации крыльчатого хряща погружными швами к здоровому хрящу противоположной стороны и к треугольному хрящу позволяет сформировать симметричный купол и кончик носа и удержать хрящ в правильном положении, что предупреждает развитие деформаций в послеоперационном периоде. Примеры этапов ринопластики и результат операции представлены на рис. 2–4.

В случае с двусторонней расщелиной верхней губы полностью выделенные крыльчатые хрящи сшиваются между собой в области кончика носа, тем самым устраняется уплощение кончика носа. Для устранения патологической тяги мышечной приносной области проводилась коррекция прикрепления и переориентация пучков мышц в корректное положение. При двусторонних расщелинах губы свободное перемещение хрящей крыльев носа позволяет сузить кончик носа с приданием ему правильной формы, а также обеспечивает возможность закрепления крыльчатых хрящей

носа между собой с фиксацией к треугольным хрящам, что способствует удлинению перегородки носа и создает предпосылки для дальнейшего роста носа. Выкраивание опрокидывающихся с краев расщелины слизисто-надкостничных лоскутов после разрезов в преддверии рта по типу кочерги обеспечивает непрерывность верхнего отдела альвеолярного отростка, а также служит опорой для основания крыла носа и предотвращает его западение и формирование послеоперационных деформаций.

Для предупреждения развития деформаций носа в послеоперационном периоде через 10–12 дней после операции детям изготавливались индивидуальные вкладыши в нос, проводился массаж носа и верхней губы.

Оценку результатов лечения, степени деформации носа проводили в ранние сроки после операции (через 1 мес после операции) и в отдаленные сроки после операции (не ранее чем через 12 мес после операции).



Рис. 1. Врожденная деформация носа. До операции



Рис. 2. Этап ринопластики. Выделение крыльчатого хряща



Рис. 3. Этап ринопластики. Формирование носового хода



Рис. 4. Непосредственный результат операции

## Результаты и их обсуждение

Мы проводили оценку эффективности применения первичной ринопластики по следующим критериям. Оценка проводилась визуально, также с использованием фотографий ребенка в фас, профиль и с запрокинутой головой. Отдельно оценивали группу детей с односторонними расщелинами верхней губы и с двусторонними расщелинами верхней губы. Оценка результатов лечения проводилась по 4-балльной шкале: отличный, хороший, удовлетворительный, плохой.

Анализируя результаты ринопластики, мы оценивали форму и симметричность кончика носа, форму крыла носа, длину и симметричность перегородки носа, ширину порогов носа, форму носового отверстия. Наличие или отсутствие функциональных нарушений (функции дыхания). К отличным результатам относили состояние тканей, когда деформация носа отсутствовала. К хорошим результатам относили состояние пациентов, у которых имелась деформация только одной из перечисленных структур при отсутствии функциональных нарушений. К удовлетворительным результатам относили состояние пациентов, у которых имелась деформация двух-трех структур с минимальными нарушениями функции дыхания. К плохим результатам относили состояние пациентов, у которых имелись анатомические нарушения трех и более структур с выраженными функциональными нарушениями.

Оценку непосредственных результатов лечения проводили только в группе детей, оперированных в нашей клинике. Отдаленные результаты лечения оценивались через 1,3 года и более после операции хейлоринопластики до начала проведения корри-

гирующих операций. Как видно из табл. 1, отличные непосредственные результаты лечения наблюдались в 90% детей с односторонней расщелиной верхней губы и в 77,5% детей с врожденной двусторонней расщелиной губы. Это свидетельствует, что предложенный способ коррекции деформации носа при первичной операции (первичная ринопластика) позволяет в полном объеме устранить врожденную деформацию носа при любой форме расщелины верхней губы. В отдаленные после первичной операции сроки количество отличных результатов уменьшается в основном по причине несоблюдения в послеоперационном периоде рекомендаций по предупреждению грубого рубцевания, а также из-за тяжести врожденной деформации средней зоны лица.

Для сравнения при оценке отдаленных результатов лечения была выделена группа пациентов, оперированных в других клиниках по различным методикам. В этой группе пациентов оценить непосредственные результаты лечения не представлялось возможным, поскольку все они обратились в нашу клинику с различными деформациями губы и нёба уже в отдаленные сроки после первичной операции. О тяжести врожденной патологии приходилось судить только по данным анамнеза, а также (иногда) по ретроспективным фотографиям пациентов. Из всех обследованных пациентов, оперированных в других клиниках, никому не проводилась предоперационная подготовка — раннее ортодонтическое лечение. При проведении первичной операции хейлоринопластики врожденная деформация носа либо не устранялась вовсе, либо проводились попытки исправить деформацию носа, проведя ее частичную коррекцию. В послеоперационном периоде формирующие вкладыши в носовые

Таблица 1

### Результаты лечения детей с врожденными расщелинами губы

Группа	Непосредственные результаты				Отдаленные результаты			
	отл.	хор.	уд.	пл.	отл.	хор.	уд.	пл.
Дети с односторонними расщелинами губы (n=272)	245 (90%)	27 (10%)	–	–	198 (72,7%)	69 (25,3%)	5 (1,8%)	–
Дети с двусторонними расщелинами губы (n=58)	45 (77,5%)	13	–	–	29 (50%)	23 (39,6%)	5 (8,6%)	1 (1,7%)

Таблица 2

### Непосредственные результаты через 1 мес после операции

Группа	Непосредственные результаты				Отдаленные результаты			
	отл.	хор.	уд.	пл.	отл.	хор.	уд.	пл.
Дети с односторонними расщелинами губы (n=100)	–	–	–	–	–	30 (30%)	55 (55%)	15 (15%)
Дети с двусторонними расщелинами губы (n=40)	–	–	–	–	–	5 (12,5%)	14 (35%)	21 (52,5%)

ходы не применялись, а также не было рекомендаций о проведении массажа.

В ближайшие сроки после операции (через 1 мес) — непосредственные результаты.

Как видно из табл. 2, отличные результаты лечения у детей, которые обратились в нашу клинику для коррекции послеоперационной деформации, отсутствовали. Как при односторонней, так и при двусторонней расщелине верхней губы количество плохих результатов лечения превышало количество плохих результатов лечения пациентов, оперированных в нашей клинике, в десятки раз. У детей наблюдались разнообразные деформации носа: асимметрия и уплощение кончика носа, расширение порогов носовых ходов, косое положение перегородки носа, расширение порогов носовых ходов. Как правило, анатомические нарушения сопровождались выраженными функциональными нарушениями.

Анализ непосредственных и отдаленных результатов позволил сформулировать основные причины возникновения деформаций носа у детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба в послеоперационном периоде.

Проведение раннего ортодонтического лечения позволяет исправить положение альвеолярных отростков верхней челюсти, уменьшить щель между ними, восстановив правильную форму альвеолярной дуги. Так как степень деформации носа напрямую связана со степенью деформации верхней челюсти, то исправление деформации верхней челюсти в процессе раннего ортодонтического лечения уменьшает степень врожденной деформации носа. Это создает благоприятные условия для исправления врожденной дефор-

мации носа во время проведения операции хейлоринопериостеопластики. Однако при отсутствии раннего ортодонтического лечения в предоперационном периоде, наличии широкой щели между альвеолярными отростками исправление деформации носа при первичной операции является задачей невыполнимой. Незаконченное раннее ортодонтическое лечение становится причиной возникновения типичных деформаций носа и верхней губы в виде уплощения кончика носа и крыла носа с западением основания крыла носа. Широкая щель между альвеолярными отростками — отсутствие опоры для основания крыла носа.

Хотелось бы остановиться на преимуществах описанного нами способа ринопластики (Патент на изобретение № 2440042). Проведение разрезов по краю носового хода, отступая на 1–2 мм от кожи, что позволяет получить косметический доступ к патологически прикрепленным и деформированным крыльным хрящам и выделить их полностью, не рассекая. Последующее выделение хрящей от кожи, слизистой оболочки, от наружного края грушевидного отверстия позволяет освободить их от патологической тяги мышц приносной области и делает возможным перемещение крыльных хрящей в правильное положение и закрепление их в корректном положении. Все это значительно улучшает как эстетический, так и функциональный результат лечения. Наблюдение за оперированными детьми по методике нашей клиники показало, что проведение радикальной ринопластики при первичной операции хейлоринопластики не оказывает негативного влияния на рост крыльных хрящей и не приводит к развитию послеоперационных деформаций, требующих впоследствии хирургической коррекции (рис. 5–8).



**Рис. 5.** Пациентка С., 2 мес. Диагноз: врожденная полная расщелина верхней губы и нёба. Деформация носа 4 ст.



**Рис. 6.** Пациентка С., 6 лет. Хейлоринопластика в 3 мес. Хороший результат лечения. Деформация носа 1 ст.



**Рис. 7.** Пациентка Г., 1 мес. Диагноз: врожденная полная двусторонняя расщелина верхней губы и нёба. Деформация носа 4 ст.

Огромную роль для получения оптимального результата и закрепления успеха, полученного при первичном хирургическом вмешательстве, играют также массаж, миогимнастика губы и носа, использование индивидуальных вкладышей в носовые ходы. Эти мероприятия не только предупреждают развитие рубцовых деформаций, но и способствуют росту и развитию недоразвитых при рождении тканей. В послеоперационном периоде массаж начинается через 3–4 нед после операции. Кроме упражнений по формированию носа и массажа губы, в носовую ход вводятся индивидуальные сначала плотные тугие ватные тампоны, которые ребенок носит практически постоянно, а затем, через 1–2 мес, их заменяют пластмассовыми трубками. Индивидуальные трубки, соединенные между собой, изготавливает ортодонт. Носить индивидуальные вкладыши желательно не менее 6 мес после операции, увеличивая их по мере роста ребенка. Это необходимо для стабилизации достигнутого во время операции правильного положения хрящей носа и для предотвращения грубого рубцевания и развития атрезии носового хода.

На современном этапе развития челюстно-лицевой хирургии не вызывает сомнения тот факт, что диспансеризация детей с расщелинами верхней губы и нёба



**Рис. 8.** Пациентка Г., 6 лет. Хейлоринопластика в 3 мес. Отличный результат лечения. Деформация носа отсутствует

с обеспечением медико-социальной и педагогической реабилитации должна осуществляться в условиях диспансерного центра. В задачи центров входит выявление больных, носителей этой врожденной патологии, поэтапное консультирование, оказание необходимой хирургической, ортодонтической, логопедической, психологической помощи, диспансеризация детей и подростков от 0 до 18 лет. Только комплексный подход с участием высококвалифицированных специалистов позволит обеспечить раннюю медико-социальную реабилитацию таких больных [19].

## Заключение

Анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения детей с врожденными расщелинами губы позволяет сделать вывод, что проведение ранней радикальной ринопластики при первичной операции в сочетании с ортодонтическим лечением и постоянным динамическим наблюдением в условиях диспансерного центра позволяет значительно улучшить результаты лечения, создать условия для нормального роста лица и снизить до минимума количество повторных корригирующих операций.

## Список литературы

1. Новоселов Р.Д., Канасами Ж.А., Савчук Е.В. Эстетическая и функциональная ценность отдельных приемов одномоментной коррекции хрящей носа при односторонних

расщелинах верхней губы и нёба // Современные методы диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний. М., 1985. С. 16–18. *Novoselov R.D., Kanasami Zh.A., Savchuk E.V. EHsteticheskaya i funkcional'naya cennost' ot-del'nyh priemov odnomomentnoj korrekcii hryashchej nosa*

- pri odnostoronnih rasshchelinaх verhnej guby i nyoba // Sovremennye metody diagnostiki i lecheniya osnovnyh stomatologicheskikh zabolevanij. Moscow, 1985. S. 16–18.
2. Бердюк И.В. Метод коррекции носа при врожденной щели верхней губы путем применения нижней носовой раковины // Врачеб. дело. 1960. № 1. С. 85. Berdyuk I.V. Metod korrekcii nosa pri vrozhdennoj shcheli verhnej guby putem primeneniya nizhnej nosovoy rakoviny // Vracheb. delo. 1960. N 1. S. 85.
  3. Josephson G.D., Levine J., Cutting C.B. Septoplasty for obstructive sleep apnea in infants after cleft lip repair. // Cleft Palate Craniofac. J. 1996. Vol. 33, N 6. P. 473–476.
  4. Kane A.A., Pilgram T.K., Moshiri M., Marsh J.L. Long-term outcome of cleft lip nasal reconstruction in childhood. // Plast. Reconstr. Surg. 2000. Vol. 105, N 5. P. 1600–1608.
  5. Salyer K.E. Early and late treatment of unilateral cleft nasal deformity // Cleft Palate Craniofac. J. 1992. Vol. 29, N 6. P. 556–565.
  6. Spira M., Hardy S. B., Cerow F. Correction of nasal deformities accompanying unilateral cleft lip // Cleft Palate J. 1970. Vol. 7. P. 112–123.
  7. Trenite G.J., Paping R.H., Trenning A.H. Rhinoplasty in the cleft lip patient // Cleft Palate Craniofac. J. 1997. Vol. 34, N 1. P.63–68.
  8. Мадорски С. История ринопластики расщелины губы // Лицом к лицу — мост в новое тысячелетие: тез. докл. юбилейной конференции. Екатеринбург, 2001. С. 58–59. Madorski S. Istoriya rinoplastiki rasshcheliny guby // Licom k licu — most v novoe tysyacheletie: tez. dokl. yubilejnoj konferencii. Ekaterinburg, 2001. S. 58–59.
  9. Новоселов Р.Д. Механизм деформации носа при врожденных расщелинах лица и его клиническое значение (клинико-морфологическое исследование): дис. ... д-ра мед. наук. Калинин, 1972. Novoselov R.D. Mekhanizm deformacii nosa pri vrozhdennyh rasshchelinaх lica i ego klinicheskoe znachenie (kliniko-morfologicheskoe issledovanie): dis. ... d-ra med. nauk. Kalinin, 1972.
  10. Агеева Л.В. Первичная хейлоринопериостеопластика детей с врожденной расщелиной губы и нёба: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1998. 18 с. Ageeva L.V. Pervichnaya hejlorinoperiosteoplastika detej s vrozhdennoj rasshchelinoj guby i nyoba: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow, 1998. 18 s.
  11. Skoog T. Skoog's Method of repair of Unilateral and Bilateral cleft Lip // Grabb W.C., Rosenstein S.W., Broch K.R. Cleft Lip Palate. Boston, 1971. P. 288–304.
  12. McComb H. Primary Correction of Unilateral Cleft Lip Nasal Deformity; A 10 Year Review // Plast. Reconstr. Surg., 1985. P. 75–76.
  13. Salyer K.E. Primary correction of the unilateral cleft lip nose: A 15-year experience // Plast. and Reconstr. Surg. 1986. Vol. 77, N 4. P. 558–568.
  14. Леонов А.Г., Карякина И.А., Ткаченко А.Е., Киселева Т.В. Основные принципы раннего хирургического лечения детей с врожденными расщелинами лица и нёба // Современные технологии лечения и реабилитации детей с врожденными, наследственными заболеваниями челюстно-лицевой области и сопутствующей патологией: тез. докл. Екатеринбург: Изд-во НППЦ «Бонум», 1999. С. 35–37. Leonov A.G., Karyakina I.A., Tkachenko A.E., Kiseleva T.V. Osnovnye principy rannego hirurgicheskogo lecheniya detej s vrozhdennymi rasshchelinaми lica i nyoba // Sovremennye tekhnologii lecheniya i reabilitacii detej s vrozhdennymi, nasledstvennymi zabolevanijami chelyustno-licevoj oblasti i soputstvuyushchej patologiej: tez. dokl. Ekaterinburg: Izd-vo NPRC «Bonum», 1999. S. 35–37.
  15. Цыплакова М.С. Комплексный подход к лечению расщелины верхней губы и нёба // Ученые записки. 2000. Т. 7, № 2. С. 80–85. Cyplakova M.S. Kompleksnyj podhod k lecheniyu rasshcheliny verhnej guby i nyoba // Uchenye zapiski. 2000. T. 7, N 2. S. 80–85.
  16. Довбыш М.А., Керод Э.С., Трушко М.Б. Роль раннего ортодонтического лечения в комплексном лечении детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба // Клиническая имплантология и стоматология. 1998. № 4 (7). С. 89–91. Dovbysh M.A., Kerod Eh.S., Trushko M.B. Rol' rannego ortodonticheskogo lecheniya v kompleksnom lechenii detej s vrozhdennoj rasshchelinoj verhnej guby i nyoba // Klinicheskaya implantologiya i stomatologiya. 1998. N 4 (7). S. 89–91.
  17. Долгополова Г.В. Анатомо-функциональные предпосылки формирования врачебной практики раннего ортопедического и хирургического лечения детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и нёба. М.: МГМСУ, 2002. С. 88–91. Dolgopolova G.V. Anatomico-funkcional'nye predposylki formirovaniya vrachebnoj praktiki rannego ortopedicheskogo i hirurgicheskogo lecheniya detej s vrozhdennoj odnostoronnej rasshchelinoj verhnej guby i nyoba. Moscow: MGMSU, 2002. S. 88–91.
  18. Дьякова С.В. Хирургические аспекты в комплексном лечении детей с врожденными и наследственными заболеваниями челюстно-лицевой области // Современные технологии лечения и реабилитации детей с врожденными, наследственными заболеваниями челюстно-лицевой области и сопутствующей патологией: тез. докл. Екатеринбург: Изд-во НППЦ «Бонум», 1999. С. 31–33. D'yakova S.V. Hirurgicheskie aspekty v kompleksnom lechenii detej s vrozhdennymi i nasledstvennymi zabolevanijami chelyustno-licevoj oblasti // Sovremennye tekhnologii lecheniya i reabilitacii detej s vrozhdennymi, nasledstvennymi zabolevanijami chelyustno-licevoj oblasti i soputstvuyushchej patologiej: tez. dokl. Ekaterinburg: Izd-vo NPRC «Bonum», 1999. S. 31–33.
  19. Цыплакова М.С. Основные этапы комплексного подхода к лечению расщелины верхней губы и нёба // Клиническая имплантология и стоматология. 2000. № 1–2 (11–12). С. 58–62. Cyplakova M.S. Osnovnye ehrapy kompleksnogo podhoda k lecheniyu rasshcheliny verhnej guby i nyoba // Klinicheskaya implantologiya i stomatologiya. 2000. N 1–2 (11–12). S. 58–62.

Поступила в редакцию 23.10.2017 г.

### Сведения об авторах:

Степанова Юлия Владимировна — кандидат медицинских наук, доцент, заведующая челюстно-лицевым отделением № 8 Научно-исследовательского детского ортопедического института им. Г.И. Турнера; 196603, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Парковая ул., д. 64-68;

Цыплакова Маргарита Сергеевна — кандидат медицинских наук, доцент, старший научный сотрудник челюстно-лицевого отделения № 8 Научно-исследовательского детского ортопедического института им. Г.И. Турнера; 196603, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Парковая ул., д. 64-68;

Усольцева Анна Сергеевна — врач челюстно-лицевого отделения № 8 Научно-исследовательского детского ортопедического института им. Г.И. Турнера; 196603, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Парковая ул., д. 64-68.