УДК 616-007-053.1

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ НЕБНО-ГЛОТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА ПРИ РАННЕМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ

Рогожина Ю.С., Обухова Н.В., Блохина С.И., Ткаченко Т.Я.

ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург, Россия

Врожденная расщелина верхней губы и неба является причиной первичной небно-глоточной недостаточности, которая сопровождается множественными анатомическими и функциональными аномалиями, в том числе тяжелыми нарушениями речи. Ранние восстановительные операции губы и неба в доречевом периоде позволяют устранить дефекты актов сосания и глотания у новорожденных, питания, дыхания, слуха и речи – у детей раннего возраста. Регистрируемые нарушения речи у ребенка при первичной небно-глоточной недостаточности требуют разработки и применения оптимальной хирургической тактики их устранения с учетом тяжести дефекта и индивидуальной реабилитационной программы. Разработанный алгоритм послеоперационного ведения обеспечивает условия работы логопеда по формированию и развитию речи пациента, сокращает период реабилитации.

Ключевые слова: врожденная расщелина губы и неба, первичная небно-глоточная недостаточность, нарушения речи, оптимальная хирургическая тактика, комплексный междисциплинарный подход.

Features correction of velopharyngeal insufficiency and speech disorders in children with congenital cleft lip and palate requiring early surgical intervention

Rogozhina Yu. S., Obukhova N. In. Blokhina S. I., Tkachenko T. Y.

State Autonomic Health Institution of the Sverdlovsk Region
Multiprofile Clinical Medical Center «BONUM»

Congenital cleft of the upper lip and palate is the cause of primary Palatine pharyngeal insufficiency, which is accompanied by multiple anatomical and functional abnormalities, including severe speech disorders. Early recovery operations of the lip and palate in the pre – speech period can eliminate defects of sucking and swallowing in newborns, nutrition, breathing, hearing and speech-in young children. The recorded speech disorders in a child with primary palpable-pharyngeal insufficiency require the development and application of optimal surgical tactics to eliminate them, taking into account the severity of the defect and individual rehabilitation program. The developed algorithm provides postoperative management of conditions of service of speech therapy on the formation and development of the speech of the patient, shortens the period of rehabilitation.

Keywords: congenital cleft lip and palate, primary Palatine pharyngeal insufficiency, speech disorders, optimal surgical tactics, complex interdisciplinary approach.

Введение

Врожденная расщелина верхней губы и неба относится к часто встречающимся (86%) порокам челюстно-лицевой области. Данный дефект является причиной первичной небно-глоточной недостаточности, ведущей к нарушению актов сосания и глотания у новорожденных, а в старшем возрасте может приводить к нарушению функций питания, дыхания, слуха и речи.

По данным ВОЗ частота рождения детей с расщелиной губы и неба в мире составляет 0,6 - 1,6 случаев на 1000 родившихся. Ежегодно в РФ регистрируется около 30 тыс. детей с врожденными и наследственными заболеваниями, среди которых от 3,5 до 5 тыс. – с врожденной патологией лица и челюсти, частота их рождения составляет 1 на 500 новорожденных [1,2]. В Свердловской области и г. Екатеринбурге частота рождения таких детей колеблется от 0,96 до 1,63 на тысячу [1,3,4].

Лечение детей с врождённой патологией челюстно-лицевой области - процесс длительный, многоэтапный, который требует комплексного междисциплинарного подхода, так как врожденные расщелины лица - это сложные пороки развития, которым сопутствуют анатомические и функциональные нарушения жизненно важных систем организма [5-8].

Многопрофильный клинический медицинский центр (МКМЦ) «Бонум» является специализированным научно-практическим медицинским учреждением, где создана система ранней диагностики, лечения и эффективной комплексной реабилитации детей, в составе которого работает десять областных специализированных центров: врожденной челюстно-лицевой патологии, сурдологический, офтальмологический, патологии речи, функциональных расстройств нервной системы, превентивной педиатрии, перинатальной неврологии, ранней диагностики и реабилитации детей с ортопедической патологией и др. Принятые в МКМЦ «Бонум» принципы и технологии дают возможность получать одновременно всестороннюю медицинскую и психолого-педагогическую помощь детям с челюстно-лицевой патологией в одном лечебном учреждении [9].

Оказание ранней специализированной помощи начинается сразу после рождения ребенка в родильном доме и продолжается в условиях специализированного центра. От правильно выбранной тактики оказания ранней помощи зависит дальнейшая стратегия реабилитационного процесса, его эффективность и сроки реализации. Основная часть новорожденных с челюстно-лицевой патологией (91%), проживающих в Свердловской

области и г. Екатеринбурге, определяется в группу динамического наблюдения в первые три месяца жизни [1].

Дети с врожденной челюстно-лицевой патологией из группы динамического наблюдения в период 1990 - 2010 гг. в 87% случаев рождались доношенными, с весом свыше 3000 г. В последующие годы наметилась отрицательная тенденция, выраженная в повышении количества маловесных (табл.1), недоношенных детей, имеющих выраженную сопутствующую патологию (органов слуха, зрения, нервной системы, опорно-двигательного аппарата и др.), в т.ч. с множественными пороками развития. При этом значимых показателей зависимости массы тела, недоношенности, генетических синдромов, коррелируемых с клиническим диагнозом, не отмечено.

Таблица 1

Масса тела детей с врожденной расщелиной губы и неба

Масса тела (г)	Дети 2000 г.р.	Дети 2017 г.р.
До 1500	-	2 (3%)
1500 – 2000	-	3 (5%)
2000 – 2500	1 (3%)	6 (8%)
2500 – 3000	4 (13%)	14 (19%)
3000 – 3500	17 (55%)	36 (50%)
3500 – 4000	5 (16%)	3 (5%)
Свыше 4000	4 (13%)	8 (11%)

Для нормального физического развития ребенка необходимо естественное вскармливание. При этом кормление ребенка с челюстно-лицевой патологией занимает больше времени, может сопровождаться рядом неудачных попыток, отчаяньем со стороны матери и отрицательными эмоциями со стороны ребенка. Поэтому особое значение имеет обучение матери специальным приемам кормления, убеждение ее в необходимости сохранения грудного вскармливания в дооперационном и послеоперационном (после пластики губы и неба) периодах. Следует отметить, что при изолированной расщелине верхней губы ребенок легко приспосабливается к сосанию материнской груди и проблем с питанием почти не возникает. В случае левосторонней расщелины губы оптимальным положением ребенка является позиция при кормлении правой грудью, а при правосторонней расщелине губы – наоборот. В этом случае ребенок, плотно прижимаясь к материнской груди, «закрывает» дефект губы, что делает возможным акт сосания.

При расщелине неба (губы и неба) грудное молоко во время кормления выливаться через носовые ходы, а отсутствие вакуума в ротовой полости делает практически невозможным акт сосания.

Если же естественное грудное вскармливание сохранить невозможно в силу определенных причин, то можно кормить ребенка из бутылочки со специальной соской сцеженным молоком или молочной смесью.

Облегчить кормление ребенка с врожденной челюстно-лицевой патологией может также специальная ортодонтическая пластинка, индивидуально изготовленная врачом ортодонтом в условиях родильного дома или на специализированном приеме, что является составляющей раннего ортодонтического лечения (РОЛ). Данное лечение необходимо всем детям с двусторонней расщелиной губы и неба не только для нормализации процесса вскармливания, но и для правильного развития фрагментов альвеолярного отростка верхней челюсти, профилактики вторичных деформаций зубо-челюстной системы, а при двусторонних полных и сквозных расщелинах верхней губы и неба - для постановка сошника и межчелюстной кости в физиологическое положение. В МКМЦ «Бонум» разработаны уникальные авторские методики ортодонтического лечения детей с расщелинами верхней губы и неба, которые учитывают тяжесть челюстно-лицевой патологии, индивидуальные особенности ребенка и эффективно используются на практике [10].

Ранний период комплексной реабилитационной программы включает в себя и активную логопедическую работу. Логопедическая технология предупреждения недоразвития речи у младенцев с врожденной расщелиной верхней губы и неба ориентирована на формирование психомоторной сферы: общей, мимической, артикуляционной.

Речь, являясь одним из видов коммуникативной деятельности человека для общения с другими людьми, имеет большое значение для социализации в обществе. Процесс речеобразования осуществляется посредством анатомо – физиологической системы органов, называемых артикуляционным аппаратом, включающим в себя гортань, голосовые связки, язык, мягкое и твердое небо (ротоглотку), зубы верхней и нижней челюсти, губы, носоглотку и резонаторные полости, участвующие в порождении звуков речи и голоса [11].

Во время правильной речи происходит смыкание небно-глоточного кольца и звуки при произношении выходят через ротовую полость, а при расщелине губы и неба, в силу нарушенной анатомии артикуляционного аппарата, звуки при произношении могут выходить через нос, появляется назальность в голосе (ринолалия).

Ринолалия у детей с врожденной расщелиной губы и неба –- одно из самых сложных речевых нарушений. Назальный (носовой) оттенок голоса и специфическая заднеязычная артикуляция звуков - обязательные симптомы врожденной расщелины губы и неба.

Невнятная речь ребенка мало понятна окружающим людям, что существенно ограничивает возможности речевого общения, приводит к социальной изоляции детей. В сознании ребенка вырабатывается патологический речевой стереотип, пациент воспринимает свою речь как нормативную форму произношения, не замечает акустических и артикуляционных недочетов. При этом фиксируется неправильный артикуляционный уклад, который запоминается, становится автоматическим и приобретает устойчивость[12].

Ранние восстановительные операции губы и неба в доречевом периоде позволяют предупредить нарушение речи, т.к. восстановленная архитектура ротовой полости не создает барьеров для правильного артикулирования звуков.

Клинические проявления деформаций при врожденной челюстно-лицевой патологии обусловлены целым рядом анатомо-функциональных изменений со стороны тканей и органов, вовлеченных в патологический комплекс «губа-нос-небо». Знание и учет этих особенностей играет огромное значение в обосновании принципов планирования и технических приемов хирургического лечения [13, 14].

Большое значение имеют подготовка ребенка к оперативному вмешательству, включающая в себя консультации педиатра, анестезиолога, при необходимости - невролога, кардиолога, генетика с учетом соматического статуса пациента и функциональных способностей тканей в зоне будущей операции. Это позволяет сократить травматичность оперативного вмешательства, повысить функциональную лабильность тканей на участке предстоящей операции, что благотворно сказывается на процессе заживления послеоперационной раны первичным натяжением и дальнейшем восстановлении артикуляционного аппарата.

Специальная подготовительная технология к пластике губы и неба связана с физиотерапевтическим воздействием на мягкие ткани дефекта. Массаж тканей и электромиостимуляция в зоне будущей операции активизируют кровообращение и нервно-мышечную проводимость, укрепляют мышцы, что позволяет провести пластику менее травматично, предупредить ранние и отдаленные послеоперационные осложнения.

Логопед тщательно обучает родителей предоперационному массажу верхней губы и неба. Предоперационный массаж верхней губы выполняется 3-5 раз в день и включает в себя кругообразное, продольное, щипцеобразное поглаживание, постукивание мягких тканей. Массаж выполняется в определенном порядке, обеспечивая более активное участие губы в физиологических и артикуляционных движениях. При двухсторонней

расщелине верхней губы основное внимание уделяется выступающему срединному фрагменту, при односторонней расщелине – пораженному фрагменту губы и крылу носа.

При выполнении предоперационного массажа неба последовательно осуществляется продольное и поперечное поглаживание, прямолинейное и круговое растирание, штрихообразное разминание сдвиганием и надавливанием. Непрерывная вибрация выполняется вдоль краев расщелины с заданным направлением вглубь рта и к расщелине. Массаж фрагментов неба обеспечивает улучшение крово- и лимфообращения в тканях, послеоперационную мышечную активность и подвижность восстановленного мягкого неба.

Несомненно, хирургический этап является приоритетным в процессе реабилитации детей с врожденной челюстно-лицевой патологией.

После окончания раннего ортодонтического лечения и логопедической подготовки тканей проводится операция по устранению дефекта верхней губы **-** первичная хейлоринопластика**.** В восстановлении функций питания, глотания, дыхания, речеобразования в разной степени участвуют все структуры зубо-челюстной системы, поэтому важно в ранние сроки устранить дефект верхней губы.

Так операция по устранению одностороннего дефекта верхней губы и носа - первичная односторонняя хейлоринопластика - проводится в МКМЦ «Бонум» в возрасте 3-5 мес. по авторским методикам Леонова А.Г., Виссарионова В.А., 1996, которая и в настоящее время имеет широкое применение в специализированных центрах РФ [15, 16].

При устранении двустороннего дефекта верхней губы операция - первичая двусторонняя хейлоринопластика - в МКМЦ «Бонум» проводится у детей в возрасте 5-6 месяцев.

Если у ребенка диагностируется неполная двусторонняя расщелина верхней губы, то используется первичная одномоментная двусторонняя хейлоринопластика по методу Давыдова Б.Н., Бессонова С.Н., Соловьева В.А. (1998). В случае сквозных двусторонних расщелин верхней губы применяется первичная одномоментная двусторонняя хейлоринопластика по методу Щегловой А.П. (1999) [17, 18].

При благоприятном течении репаративного (заживляющегося) процесса швы снимают на 7 сутки. За день до снятия швов ортодонты изготавливают индивидуальный носовой вкладыш со стороны расщелины при односторонней расщелине верхней губы и два вкладыша в оба носовых хода при двусторонней расщелине. Срок ношения вкладыша в среднем 6 месяцев, однако, в каждом случае длительность ношения определяется индивидуально. Так, например, наличие грубых, плотных розовых рубцов в области

преддверия и дна носового хода, т.е. при выявлении клинически незавершенного процесса рубцевания, срок ношения вкладыша продлевается до 8 месяцев в целях профилактики рубцового сужения ноздри и возникновения атрезии носового хода [16, 18, 19].

Послеоперационный период очень важен для начала логопедических занятий. При этом нужно учитывать, что недопустимы активные массажные действия в области верхней губы, применяют только легкие тактильные прикосновения, не вызывающие болезненных ощущений. Послеоперационный логопедический массаж верхней губы проводится через 3-4 недели после операции, он профилактирует возникновение гипертрофических и келоидных рубцов, способствует развитию функциональной и артикуляционной активности верхней губы.

Необходимо отметить, что на формирование нормального небно-глоточного кольца влияет операция - уранопластика, которая устраняет врожденный дефект неба.

В настоящее время большинство исследований и практический опыт врачей МКМЦ «Бонум» свидетельствует о необходимости и эффективности ранней щадящей уранопластики, не затрагивающей костные структуры верхней челюсти [20 - 24]. Выполнение данной операции во многих специализированных центрах России (Москва, Екатеринбург, Самара) осуществляется детям в раннем возрасте до 3-х лет, что в последующем способствует правильному формированию артикуляционного аппарата и социальному становлению личности ребенка [25 - 29].

Выполнение ранней, «физиологичной» (имеющей незначительное рубцевание) реконструкции неба обеспечивает формирование удовлетворительных контуров небного свода и способствует последующему нормальному положению и росту верхнечелюстных фрагментов в передне-заднем, вертикальном и трансверзальном направлениях, создавая опору для правильного положения языка в ротовой полости.

Все операции по устранению врожденного дефекта челюстно-лицевой области относятся к высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Оперативное вмешательство при врожденной расщелине лица и неба требуют от хирурга высокого профессионализма и скрупулезности. Пластика верхней губы и неба в руках опытного исполнителя, чаще всего, представляет собой законченный хирургический способ, выполненный качественно и результативно, но эта же пластика, выполненная руками менее опытного специалиста, может дать отрицательные функциональные и эстетические результаты [19].

Следует учитывать, что функциональные нарушения при расщелине неба, наряду с наличием самого дефекта неба разной степени по протяженности и ширине поражения, сопровождаются сообщением между носовой и ротовой полостью. При этом важную роль играет анатомическое укорочение мягкого неба, расширение небно-глоточного кольца, среднего отдела глотки, нарушения мышечной структуры мягкого неба. Эти патологические изменения встречаются в большей или в меньшей степени при всех видах расщелины неба. При пластике неба задача хирурга заключается не только в восстановлении анатомической целостности твердого и мягкого неба, разобщении носовой и ротовой полостей, но и в максимальном удлинении мягкого неба. Тем самым удается устранить утечку воздуха через нос во время дыхания и речи, предотвратить попадание пищи из полости рта в носовую полость и исключить назальный оттенок речи (рис.1, 2).



Рис.1. Схема состояния небно-глоточного кольца до операции –уранопластики.

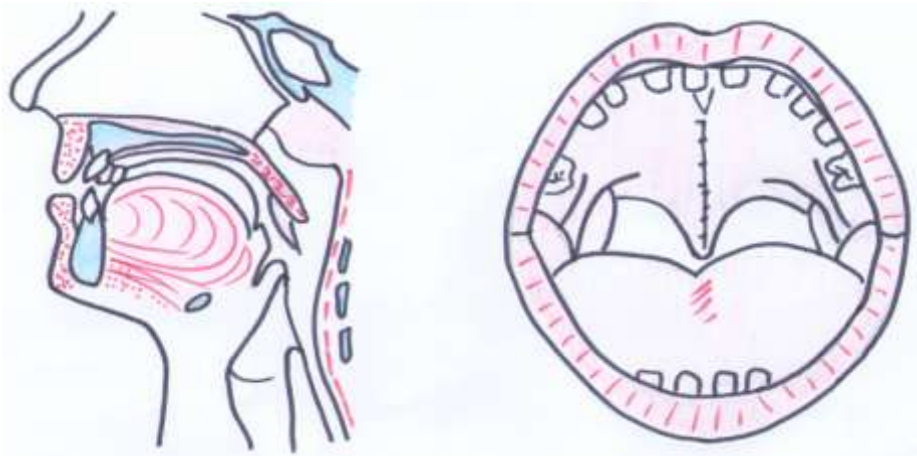


Рис.2. Схема состояния небно-глоточного кольца после операции -уранопластики.

В настоящее время нет единого мнения в определении рациональной методики оперативного лечения расщелин неба с точки зрения оптимальной тактики формирования

небно-глоточного кольца. Существует большое количество методик закрытия врожденного дефекта неба, которые продолжают совершенствоваться. Выбор тактики оперативного вмешательства строго индивидуален и ориентирован на профилактику вторичной небно-глоточной недостаточности, что обеспечивает высокую результативность речевой реабилитации. Так, например, в хирургической практике МКМЦ «Бонум» чаще других применяется метод одноэтапной щадящей уранопластики при полных и сквозных расщелинах неба и методика велопластики А.Г.Леонова, Ад.А. Мамедова (2002) (рис.3) [14].



Рис.3. Схема пластики неба по методу А.Г.Леонова, Ад.А.Мамедова (2002)

При данной методике широко мобилизуется носовая и ротовая слизистая, от заднего края небных пластинок отсекаются патологически прикрепленные мышцы мягкого неба (m.levator veli palatini, m.tensor veli palatine и m. palatopharyngeus), снимается с крючков m.tensor veli palatine, мышцы перемещаются в правильное, близкое к физиологическому, положение и сшиваются между собой, что позволяет создать полноценно-функционирующее небно-глоточное кольцо, тем самым предотвратить появление вторичной небно-глоточной недостаточности.

В 2016 году в центре «Бонум» по данной методике успешно прооперировано 144 ребенка, в 2017 году - 160 детей.

Необходимо отметить, что процесс формирования речи затруднен, если у ребенка нарушен слух. Следовательно, профилактика и санация заболеваний лор-органов играет большую роль в формировании речевых навыков. При этом следует констатировать, что дети с врожденной расщелиной губы и неба в 87% случаев имеют сопутствующую патологию в виде хронического среднего отита с двух сторон, что связано с патологическим прикреплением m.levator veli palatine к начальному отделу хрящевой части евстахиевой трубы. Патологическое прикрепление m.levator veli palatine приводит к дисфункции слуховой трубы и последующему возникновению хронических

воспалительных заболеваний среднего уха, сопровождающихся снижением слуха и развитием кондуктивной тугоухости. Для профилактики и лечения экссудативного среднего отита во время оперативного вмешательства перед пластикой неба врач-отоларинголог проводит тимпаностомию и шунтирование барабанной полости.

Очень важна тактика логопеда в рамках комплексной послеоперационной реабилитации детей с врожденной челюстно-лицевой патологией. Логопедическая работа должна быть максимально направлена на активизацию структур небно-глоточного кольца, восстановление речи, устранение носового оттенка в голосе.

Программа комплексной реабилитации включает в себя продолжение занятий с логопедом, логопедический массаж неба и последующую коррекцию речи, наблюдение у ортодонта и, по показаниям, продолжение ортодонтического лечения для предупреждения вторичных деформаций зубо-челюстной системы. В программу реабилитации входят также консультации психолога и социального работника по вопросам содействия в разрешении жизненных затруднений, которые могут возникнуть в связи с рождением ребенка с тяжелой патологией челюстно-лицевой области, его социальной адаптацией и интеграцией в общество.

В системе комплексной реабилитации значимое место занимают физиотерапевтические процедуры, направленные на активизацию мышц, участвующих в формировании воздушной струи при речевом акте. Они включают курсы магнито- или электростимуляции неба. Магнитостимуляция мягкого неба проводится на аппаратах типа «Малахит-10п», «Градиент-3» «Атос», «Полимаг-02» с малыми индукторами, генерирующих низкоинтенсивное импульсное магнитное поле. Начинается курс на 3-5 день после снятия защитной пластинки неба.

Электростимуляция мягкого неба назначается после полного заживления рубцов (примерно через 1 месяц после операции, если не пройден курс магнитостимуляции). Она проводится на аппаратах типа «Амплипульс» или иных, генерирующих импульсный ток. При этом желательно предварительное проведение врачом-физиотерапевтом электродиагностики состояния нейромышечного аппарата челюстно-лицевой области, особенно при назначении повторных курсов электростимуляции. Повторные курсы магнито- или электростимуляции при необходимости назначаются через три месяца, не более 4 курсов в год, с учетом данных электродиагностики мышц неба.

Одновременно с физиотерапевтическими процедурами пациенты могут получать курс лечебной физкультуры, направленный на развитие и нормализацию работы небно-

глоточного кольца. Рекомендуется обучать ребенка пропевать гласные (а-а-а, э-э-э и т.д.), дуть, плевать, высовывать язык, лизать, лакать и т.д. [30].

Таким образом, регистрируемые нарушения речи у ребенка при первичной небно-глоточной недостаточности в случае врожденной расщелины губы и неба требуют оптимальной хирургической тактики их устранения с учетом тяжести дефекта и индивидуальной реабилитационной программы. Разработанный алгоритм послеоперационного ведения обеспечивает условия работы логопеда по формированию и развитию речи пациента, сокращает период реабилитации. Учет особенностей нарушений целостности небно-глоточного пространства является ключевым моментом для результативности последующих этапов реабилитации.

Однако в системе реабилитации большое значение также имеет проведение диагностических и лечебных мероприятий, направленных на подготовку ребенка к операции, восстановление его соматического статуса и функциональных способностей оперируемых тканей, а также на профилактику возникновения хронических заболеваний, вторичных деформаций челюстно-лицевой области, восстановление утраченных функций и социализация пациентов в обществе.

Данный комплекс мероприятий возможен только в условиях специализированного центра, обладающего модульной структурой, где каждое подразделение несет определенные функциональные обязанности, связанные со всеми звеньями лечебно-реабилитационного процесса, и имеет возможность мобильной перестройки при появлении новых технологических цепочек.

Именно такая связь позволила разработать и внедрить в практику программу реабилитации детей с врожденной челюстно-лицевой патологией и нарушениями речи, а также разработать оригинальные схемы хирургического устранения врожденной расщелины верхней губы и неба, которые признаны наиболее успешными во многих регионах Российской Федерации.

Предложенная модель хирургической реабилитации и устранения нарушений речи основана на авторских методиках, учитывает тяжесть поражения, ортодонтический статус пациента и социально-психологический фон семьи. Поэтому при лечении детей с челюстно-лицевой патологией в МКМЦ «Бонум» существует возможность создания прогностической модели профилактики небно-глоточной недостаточности, в зависимости от вида поражения губы и неба, особенностей небно-глоточного пространства и мотивации к завершению реабилитационного процесса в семье ребенка-пациента.

Список литературы

1. Блохина С.И. Специализированная диспансеризация детей с врожденной челюстно-лицевой патологией: модели и эффекты / С.И.Блохина, А.Г.Леонов, О.Ю.Ершова, Л.Э. Панасюк и др. // Всероссийская научно-практическая конференция «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: Актуальные вопросы комплексного лечения». М., 2009. С. 50-53.

2. Демикова Н.С., Кобринский Б.А. Эпидемиологический мониторинг врожденных пороков развития в Российской Федерации. – М.: ООО «ПрессАрт», 2011. – 236 с.

3. Блохина С.И. Организация деятельности областного центра по лечению детей с врожденной черепно-челюстно-лицевой патологией, последствиями травм и ожогов / С.И.Блохина, Т.Н.Бобрович, А.Г.Леонов и др. // «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения»: материалы IV Всерос. науч.-практ. конф. – М.: МГМСУ, 2012. С. 34-39.

4. Ершова О.Ю., Ткаченко А.Е., Долгополова Г.В. Сравнительная оценка результатов альвеолопластики у детей с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба в разных возрастных группах // «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения»: материалы V Всерос. науч.-практ. конф. – Москва: МГМСУ, 2016. С. 83-87.

5. Виссарионов В.А., Карякина И.А., Мохова Э.П. Комплексный подход в лечении больных с односторонней расщелиной верхней губы и неба // «Актуальные вопросы пластической, эстетической хирургии и дерматокосметологии»: Сб. науч. тр. - М., 2004. С.142-147.

6. Леонов А.Г., Карякина И.А., Ткаченко А.Е. Ранняя хирургическая реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в условиях специализированного центра // Сб. «Охрана здоровья семьи и современные технологии реабилитации». Екатеринбург - Лесной, 2001. С.47-48.

7. Леонов А.Г., Долгополова Г.В., Рогожина Ю.С. Принципы организации комплексной помощи больным с зубо-челюстными деформациями // Сб. науч. статей «Организационные и информационные технологии в здравоохранении». Екатеринбург, 2003. С.276-280.

8. Леонов А.Г., Долгополова Г.В., Рогожина Ю.С. Оптимизация комплексной помощи детям раннего возраста с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Сб. науч. статей «Организационные и информационные технологии в здравоохранении». Екатеринбург, 2003. С.310-320.

9. Блохина С.И. Современные теоретические и организационные аспекты комплексной реабилитации семьи, имеющей ребенка с врожденной расщелиной губы и неба / С.И.Блохина, И.О.Елькин, А.Г.Леонов, Т.Я.Ткаченко // Всеросс. науч.-практ. конф. «Врожденная и

наследственная патология головы, лица и шеи у детей: Актуальные вопросы комплексного лечения». М., 2009. С. 44-46.

10. Долгополова Г.В. Анатомо-функциональные предпосылки формирования врачебной практики раннего ортопедического и хирургического лечения детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба // Всеросс. науч.-практ. конф. «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения». – М., 2002. С. 88-91.

11. Понятийно - терминологический словарь логопеда / Под ред. В.И.Селиверстова. – М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. – 400 с.

12. Обухова Н.В.Формирование психомоторной сферы у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба как педагогическое условие предупреждения недоразвития речи: Автореф… кан. мед. наук. Екатеринбург, 2006. С.10-23.

13. Леонов А.Г. Первичная хейлоринопластика при односторонней расщелине верхней губы: Дис. …канд. мед. наук. Екатеринбург,1996. С.9 - 24.

14. Леонов А.Г., Мамедов Ад.А., Карякина И.А. Способ велопластики / Патент РФ № 2181059. Москва, 2002.

15. Виссарионов В.А., Леонов А.Г., Карпова Е.А. Способ односторонней хейлопластики / Патент РФ № 2053716. Москва, 1996.

16. Рогожина Ю.С., Леонов А.Г, Блохина С.И. Опыт лечения врожденных односторонних расщелин верхней губы. Комплексный подход, принципы и методы хирургической помощи // «Системная интеграция в здравоохранении». № 2 (32). Екатеринбург, 2017. С.60-76.

17. Давыдов Б.Н., Бессонов С.Н., Соловьев В.А. Способ первичной ринохейлопластики при врожденных двусторонних неполных расщелинах верхней губы / Патент № 2119774. Тверь, 1998.

18. Щеглова А.П. Способ двусторонней одномоментной хейлоринопластики / Патент РФ № 2128015. Пермь,1999.

19. Мамедов Ад.А. Врожденная расщелина неба и пути ее устранения / Монография. Екатеринбург,1998. 309 с.

20. Вадачкория З.О. Основные аспекты медицинской реабилитации детей с врожденной расщелиной неба: Автореф. дис… канд. мед. наук / З.О. Вадачкория. Тбилиси: Тбилисский гос. мед.университет,1996. С.96.

21. Акулов С.Д. Сравнительная оценка методик пластики неба / С.Д.Акулов, В.В.Рогинский, Л.В. Агеева // Сб. статей науч.-практич. конф. стоматологов республики Башкортостан. Уфа,1996. – С.28-29.

22. Виссарионов В.А. Пути оптимизации лечебной программы для детей с врожденными расщелинами лица и неба / В.А.Виссарионов, С.И.Блохина, Л.П.Мальчикова // Материалы II съезда стоматол. организации. Волгоград, 23-25 мая 1994 г. - Волгоград,1994. С.152-153.

23. Tatum S. Perspectives on Palatoplasti / S. Tatum, S.Sender // Surgical Advances in Cleft lip and Palate. – California, 1995. - Pp.11-14.

24. Гончаков Г.В. Врожденные расщелины неба: тактика лечения и реабилитации / Г.В.Гончаков, А.Г.Притыко, С.Г.Гончакова, Н.В. Рубцова / Материалы III Всеросс. науч.-практ. конф. «Врожденная и наследственная патология головы, лица, шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения» 9-10 сентября 2009 г. М., 2009. С.109-111.

25. Tatum S. Perspectives on Palatoplasti / S.Tatum, S.Sender // Fac. Plast. Surg. -Vol.9, №3, 1993. Pp.225-231.

26. Уракова А.И. Интеллектуальные нарушения у детей с врожденными расщелинами губы и неба: Автореф. дис… канд. мед. наук / А.И.Уракова. – Свердловск: Уральский гос.мед.институт, 1977. С.22.

27. Доросинская А.В. Оценка голоса и речи как критерий качества и эффективности комплексной реабилитации детей с ВЧЛП // Сб. науч. докл. «Современные реабилитационные технологии и качество здоровья». Екатеринбург,1997. С.236-240.

28. Гончаков Г.В. К вопросу о тактике хирургического лечения детей с врожденными сквозными расщелинами верхней губы и неба / Г.В. Гончаков // Сб. науч. трудов «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения». М.: МГМСУ, 2002. С.60-62.

29. Леонов А.Г. Организация комплексной помощи детям раннего возраста с врожденной расщелиной верхней губы и неба / А.Г.Леонов, А.Е.Ткаченко, Ю.С.Рогожина, Ж.В. Ионова // Сб. науч. статей «Организационные и информационные технологии в здравоохранении». Екатеринбург: СВ-96. 2003. С.96.

30. Реабилитация детей с расщелиной верхней губы и неба: Методическое пособие для врачей и родителей / Под общ. ред. С.И.Блохиной. – Екатеринбург: НПЦ «Бонум», 2016. 50 с.

Рогожина Юлия Сергеевна – врач челюстно-лицевой хирург отделения реконструктивной и пластической хирургии ГАУЗ СО МКМЦ«Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 bonum@bonum.info