

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

**КОРРЕКЦИЯ ТИПИЧНОЙ ДЕФОРМАЦИИ  
ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НОСА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ  
РАСЩЕЛИНАХ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО

2021

УДК 616.317.1:616.21]-007.24-089.844-08-059:[616.317.1:616.315]-007.254-053.1-089(075.9)

ББК 56.6+56.8+54.54я73

К 67

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия  
НМС Государственного учреждения образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
протокол № 8 от 28.12.2020

**Авторы:**

*Яцкевич О.С.*, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, кандидат медицинских наук, доцент

*Артюшкевич А.С.*, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, доктор медицинских наук, профессор

*Гричанюк Д.А.*, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, кандидат медицинских наук, доцент

*Людчик Т.Б.*, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, кандидат медицинских наук, доцент

*Руман Г.М.*, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, кандидат медицинских наук, доцент

*Федченко И.Ю.*, старший преподаватель кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО

**Рецензенты:**

*Глинник А.В.*, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии УО «Белорусский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук, доцент  
*Кафедра* стоматологии детского возраста УО «Белорусский государственный медицинский университет»

К 67

**Коррекция** типичной деформации верхней губы и носа при врожденных расщелинах верхней губы и неба : учеб.-метод. пособие / О.С. Яцкевич [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2021. – 54 с.  
ISBN 978-985-584-553-0

В учебно-методическом пособии изложена проблема хирургической коррекции типичной деформации верхней губы и носа после врожденных расщелин верхней губы и неба. Обращено внимание на сроки коррекций деформаций и хирургические методики, применяемые при вмешательствах на верхней губе и носе.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ: переподготовки по специальности «Челюстно-лицевая хирургия»; повышения квалификации врачей-челюстно-лицевых хирургов, врачей-пластических хирургов, врачей-стоматологов-хирургов, врачей-стоматологов, врачей-оториноларингологов.

УДК 616.317.1:616.21]-007.24-089.844-08-059:

[616.317.1:616.315]-007.254-053.1-089(075.9)

ББК 56.6+56.8+54.54я73

**ISBN 978-985-584-553-0**

© О.С. Яцкевич [и др.], 2021

© Оформление БелМАПО, 2021

## ВВЕДЕНИЕ

Изменение менталитета и системы ценностей современного человека меняет представление о психологическом комфорте и самореализации его личности, определяя их ведущие позиции в обретении качества жизни. Важной составляющей этих понятий является оценка и самовосприятие пациентом своего лица. Внутренний конфликт, возникающий на почве отрицательной самооценки внешности при наличии деформаций в зубочелюстной системе и челюстно-лицевой области, сопровождающихся нарушениями функций таких как жевания, носового дыхания, речевой артикуляции является одним из ключевых факторов астенизации личности и, нередко, депрессивных расстройств, что обуславливает серьезный регресс качества жизни человека и его ближайшего окружения. В этой связи необходимость эффективной помощи этим пациентам следует рассматривать актуальной медико-социальной проблемой.

В дополнение к вышеприведенным данным следует отнести следующую статистику: ранее прооперированные пациенты по-поводу закрытия расщелины практически в 100% нуждаются в коррекции проявляющихся с ростом лицевого черепа деформаций.

Типичные деформации челюстей, верхней губы и носа после расщелин «скорее правило, чем исключение», не смотря на тщательное планирование и постоянное совершенствование хирургических методик первичных вмешательств.

Перечислим факторы, влияющие на формирование послеоперационного результата при выполнении первичных вмешательств пациентам с врожденной патологией:

- количество и качество тканей в области дефекта (плохие условия приводят к увеличению числа вмешательств, чрезмерному рубцеванию, нарушению роста и деформациям);
- метод и качество проведения первичной операции;
- максимальное сохранение и бережное отношение к тканям в ходе вмешательства (по возможности избегать удаления фрагментов лоскутов)

Так как реабилитация пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области является комплексной и требует командного подхода, то ее цели и задачи в разные периоды развития ребенка отличаются. Важно соблюдать этапность лечения с целью достижения максимально предсказуемого результата и создания благоприятных условий для дальнейших коррекций.

Цели и задачи хирургической реабилитации в препубертатный период:

- восстановление целостности альвеолярного отростка верхней челюсти (костная пластика);
- закрытие остаточных рото-носовых соустьев;
- коррекция небно-глоточной недостаточности (фарингопластика);
- коррекция деформаций мягких тканей носа, вследствие которых нарушается носовое дыхание.
- устранение остаточных фистул;
- коррекция трансверзального размера верхней челюсти
- коррекция положения верхней челюсти в сагиттальной и горизонтальной плоскостях.

Эти манипуляции позволяют создать оптимальные условия с целью гармоничного формирования анатомических структур челюстно-лицевой области, тем самым создавая базу для достижения максимального функционального и эстетического результата.

Отдельный важный этап хирургической реабилитации – костная пластика альвеолярного отростка верхней челюсти (в основном выполняется до прорезывания постоянного клыка, в возрасте 11-13 лет). Задачи данного вмешательства:

- устранение oro-назальной фистулы;
- стабилизация сегментов верхней челюсти;
- создание костной основы для прорезывания постоянных зубов;
- улучшение условий для ортодонтической реабилитации;
- создание костной основы для поддержки основания крыла носа на стороне расщелины;
- достижение максимально возможной эстетики и гармонизации черт лица.

Ортогнатическая коррекция вторичных деформаций челюстей, наряду с коррекцией типичной деформации верхней губы и носа, выполняется в постпубертатном периоде по окончании роста и формирования челюстно-лицевой области.

Данное учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ: переподготовки по специальности «Челюстно-лицевая хирургия» (дисциплина «Одонтогенные опухоли, предраки»); повышения квалификации врачей-челюстно-лицевых хирургов, врачей-пластических хирургов, врачей-стоматологов-хирургов, врачей-стоматологов, врачей-оториноларингологов.

## ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Освещая вопросы устранения рото-носовых соустьев и коррекции прикуса, необходимо не забывать о восстановлении функции носового дыхания, устранения рубцовых деформаций и, наконец, реконструкции правильной формы носа с эстетической точки зрения. Данной теме собственно и посвящено методическое пособие.

Постоянное совершенствование методов первичной хейлопластики по поводу врожденных расщелин верхней губы в большинстве случаев, к сожалению, не дает возможности в дальнейшем избежать коррекции остаточных дефектов и деформаций верхней губы и носа, которые могут быть выражены в различной степени. Наиболее частые из них:

- вертикальный и горизонтальный дефицит тканей губы;
- недостаточно точное сопоставление волокон круговой мышцы рта при выполнении первичной хейлопластики;
- отсутствие филтрума;
- нарушение контура красной каймы;
- «свистящий» дефект по линии смыкания губ;
- уплощение крыльев и кончика носа;
- асимметрия формы ноздрей;
- искривление носовой перегородки;
- смещение основания крыла носа на стороне расщелины вниз и латерально;
- дефект края грушевидного отверстия и альвеолярного отростка на стороне расщелины.

Сроки коррекции типичной деформации носа:

юноши – 17-18 лет;

девушки – 16-17 лет.

### **Анатомия деформации носа, связанной с врожденными расщелинами верхней губы и неба.**

Важно ясно представлять, чем обусловлена деформация носа при данной врожденной патологии. Иными словами, типичную деформацию носа после врожденных расщелин можно рассматривать как посттравматическую деформацию носа, полученной в раннем возрасте травмы, которая и привела в результате к искривлению наружного носа.

Анатомия типичной деформации носа (как при односторонней расщелине, так и при двусторонней) представлена смещением и деформацией костно-хрящевой отдела, смещением основания крыла носа латерально по причине увеличенной ширины основания грушевидной вырезки на стороне расщелины. Уплощением крыла носа, гипопроекцией кончика носа. Крыльный хрящ на стороне расщелины не соответствует по размеру, форме и прочности таковому (нормальному) на противоположной стороне. Как правило крыльный хрящ на стороне расщелины практически в два раза меньше, чем крыльный хрящ на противоположной здоровой стороне. Перегородка носа смещена (рис.

Отмечается гипоплазия верхней челюсти в области расщелины, рубцовая деформация и ретроположение верхней челюсти. Все эти факторы также влияют на степень и выраженность деформации.

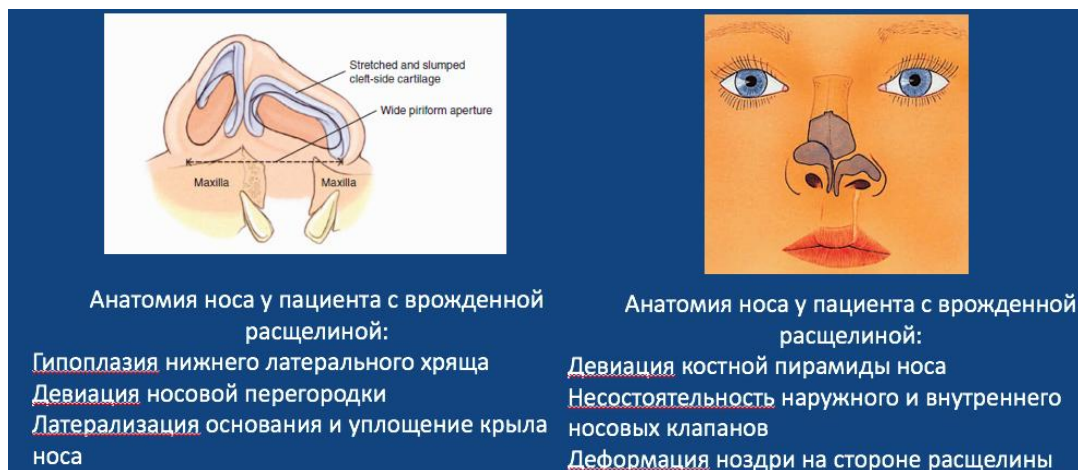


Рис. 1. Анатомия структур носа при типичной деформации после врожденной односторонней расщелины верхней губы и неба.

Философия коррекции подобных деформаций предусматривает следование определенным принципам реконструктивной хирургии носа.

При планировании и выполнении вмешательств у пациентов с данной патологией необходимо принимать во внимание следующие концепции.

Рубцово-измененные ткани носа имеют сильную, так называемую «тканевую память». По этой причине с целью выпрямления деформированного перегородочного хряща и армирования крыльных необходимо использовать хрящевые трансплантаты соответствующей жесткости. Трансплантаты хрящевой ткани могут забираться для этих целей из перегородочного хряща носа, из ушной раковины или из реберных хрящей. Трансплантат из перегородки носа достаточно прочный, однако количество его при заборе может быть ограниченным. Хрящ из ушной раковины не такой прочный, количество его также ограничено. Как правило

используются двуслойные хрящевые трансплантаты из ушной раковины для придания им большей жесткости. Реберный хрящ является идеальным материалом в использовании при коррекции типичной деформации носа, так как обладает достаточной прочностью, чтоб обеспечить формирование надежной хрящевой основы с учетом рубцово-деформированных покровных тканей носа, которые должны правильно распределиться над хрящевым каркасом, не деформировав его.

Проблема реконструкции проекции и формы кончика носа также решается использованием хрящевых трансплантатов различной формы. Также хрящевые трансплантаты используются с целью выпрямления и укрепления перегородки носа, реконструкции внутреннего носового клапана, устанавливаются между медиальными ножками крыльных хрящей для их укрепления и достижения симметричности. Применяются с целью реконструкции латеральных ножек крыльных хрящей при их деформации и недоразвитии, при дефиците проекции спинки носа используются хрящевые трансплантаты на гребень спинки носа и в области радикаса. Деформацию ноздрей исправляют, устанавливая хрящи по краю ноздрей, укрепляя их и придавая форму. При недостаточном объеме проекции премаксиллярной области устанавливаются трансплантаты у основания носа.

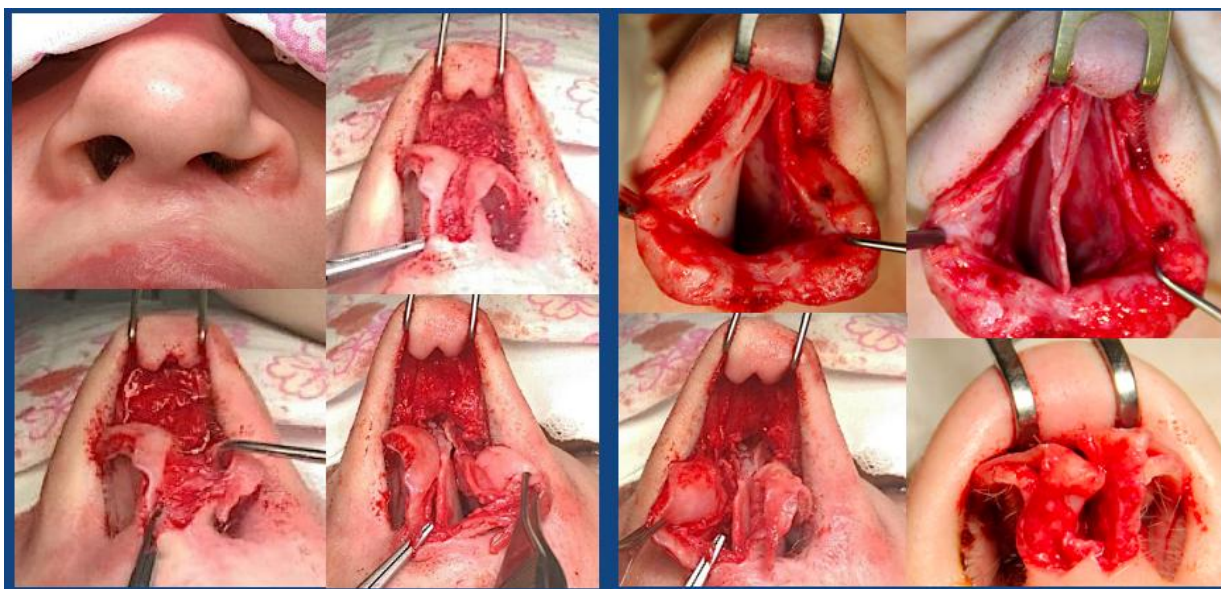


Рис. 2а. Хирургические этапы проведения коррекции типичной деформации носа. Проводится открытая ринотомия. Мобилизуются мягкие ткани, выделяются крыльные хрящи и четырехугольный хрящ. Проводится коррекция перегородочного хряща, одномоментно выполняется забор хрящевых ауто трансплантатов.



Рис. 2б. Цефалические края крыльных хрящей отсекаются и перемещаются под латеральные ножки крыльных хрящей с образованием дубликатуры. Устанавливаются расширяющие трансплантаты между четырехугольным и треугольными хрящами с целью устранения деформации перегородки носа и коррекции внутреннего носового клапана. Медиальные ножки крыльных хрящей укрепляются хрящевой стропилкой.



Рис 2в. Выполняются парамедиальные и боковые остеотомии, структуры костного и хрящевого отделов носа максимально выставляются по средней линии лица. С целью коррекции контуров спинки носа и надкончикového излома может устанавливаться хрящевой ауто трансплантат на гребень спинки носа. Послеоперационные раны зашиваются.



Перегородочный хрящ в процессе операции максимально высвобождается от анатомических структур, обуславливающих его деформацию (перпендикулярная пластинка решетчатой кости и верхняя челюсть). Одновременно проводятся манипуляции по оптимизации носового дыхания.

Остеотомия костей носа обязательна к выполнению с целью высвобождения структур носа от деформирующих сил и репозиции костно-хрящевого каркаса по средней линии (рис. 2а, 2б, 2в).

Наряду с соблюдением вышеперечисленных принципов, для получения максимально предсказуемого функционального и эстетического результата, необходимо создать определенные анатомические условия, восстановить анатомические структуры, на которых, так сказать, базируется нос и привести их к «нормальности».

Костная пластика расщелин альвеолярного отростка верхней челюсти и коррекция положения верхней челюсти рассматриваются в рамках создания условий для достижения предсказуемых результатов хирургии типичной деформации верхней губы и носа.

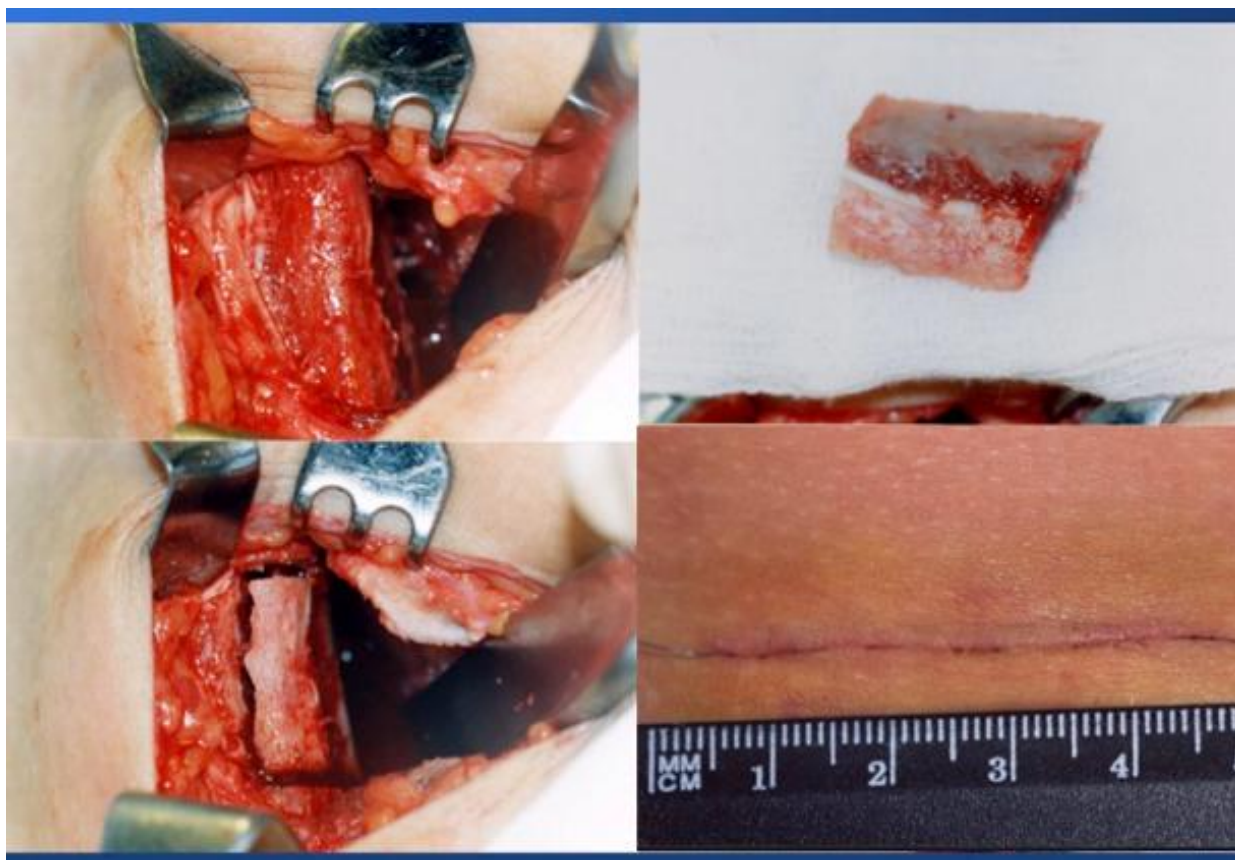


Рис. 3. Взятие костного аутотрансплантата из гребня подвздошной кости.

Операция костно-пластического устранения расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти выполняется путем пересадки костного аутотрансплантата и состоит из двух этапов. На первом этапе операции костной пластики проводится забор донорского материала с целью сохранения его стерильным.

Донорским местом для забора трансплантата является гребень подвздошной кости (передняя его треть). Скальпелем проводится разрез кожи и подкожной клетчатки длиной около 4,5-5см. После разреза тканей, при помощи реберного распатора отделяется ростковая зона и надкостница от медиальной поверхности крыла подвздошной кости на глубину около 4см. Костной ложкой выполняется забор губчатой костной ткани в необходимом объеме (порядка 4,5-5 миллилитров). Рана послойно зашивается, не дренируется, линия швов заклеивается пористым пластырем. На линию швов накладывается асептическая повязка (рис. 3).

После забора трансплантата приступали ко второму этапу операции. В первую очередь реконструируют дно носовой полости. Слизистую оболочку рассекают скальпелем таким образом, чтобы разрез окаймлял дефект с вестибулярной и небной сторон. На твердом небе разрез проходит по условной границе, которая отделяет слизистую носа от слизистой рта. В дистальном отделе небной фистулы разрез делают поверхностным до подслизистого слоя так, чтобы можно было мобилизовать небные и носовые лоскуты в том месте, где нет подлежащей кости из-за наличия расщелины. Особое внимание уделяют проведению границы между слизистой носа и рта, чтобы при последующем их разделении и мобилизации лоскутов достичь адекватного закрытия дефекта, как со стороны полости носа, так и со стороны твердого неба путем перекрывания его сформированными лоскутами. Слизисто-надкостничные лоскуты в верхней части соустья поднимают с помощью прямого малого распатора в поднадкостничном слое. Их отделяют от костной основы верхней половины рото-носовой фистулы, от боковой стенки полости носа и носовой перегородки. Далее выкраивают слизисто-надкостничный лоскут для укрытия трансплантата с вестибулярной стороны. С этой целью поднимают косой скользящий лоскут. Мобилизация лоскута проводится путем нанесения на надкостнице насечек в вертикальном и горизонтальном направлениях. Мобилизованный лоскут перемещается вперед к противоположному краю дефекта. При этом участок кератинизированной слизистой оболочки в составе лоскута, выкроенного и мобилизованного у шейки прилежащего зуба, перемещается на вершину формируемого альвеолярного гребня. Слизисто-надкостничные лоскуты верхней части рото-носового соустья сшиваются между собой тем самым,

реконструируя дно носовой полости. Лоскуты на твердом небе мобилизуются при помощи прямого и изогнутого распаторов. На обратной стороне лоскутов наносятся скальпелем насечки для лучшей их мобилизации и адаптации.

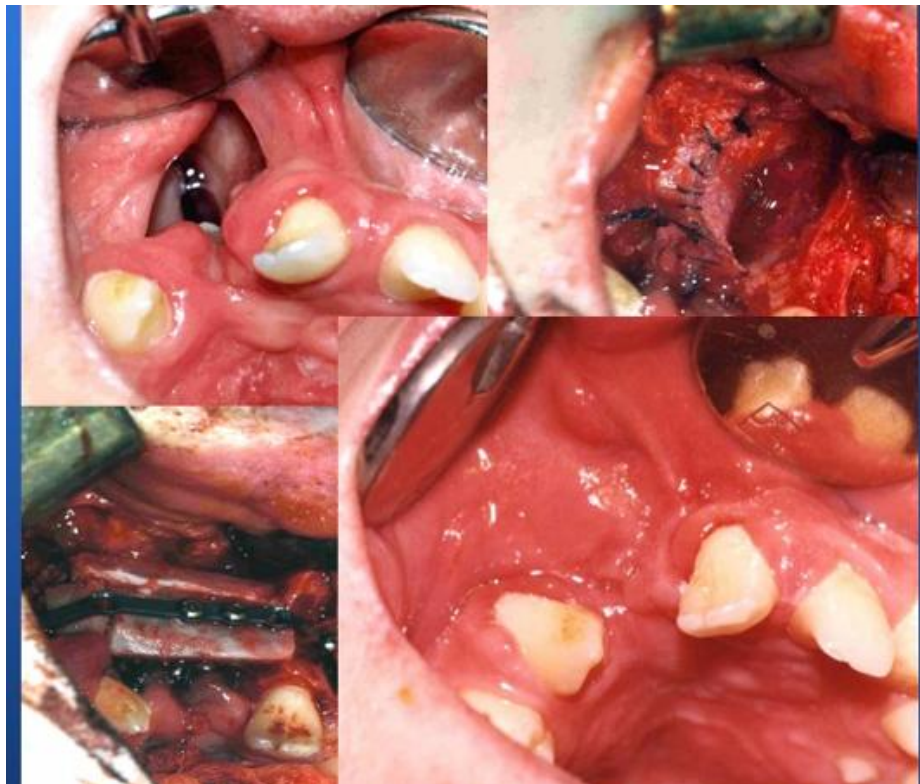


Рис 4. Вид дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти. Подготовка реципиентного ложа. Фиксация костного аутографтата. Вид после заживления раны.

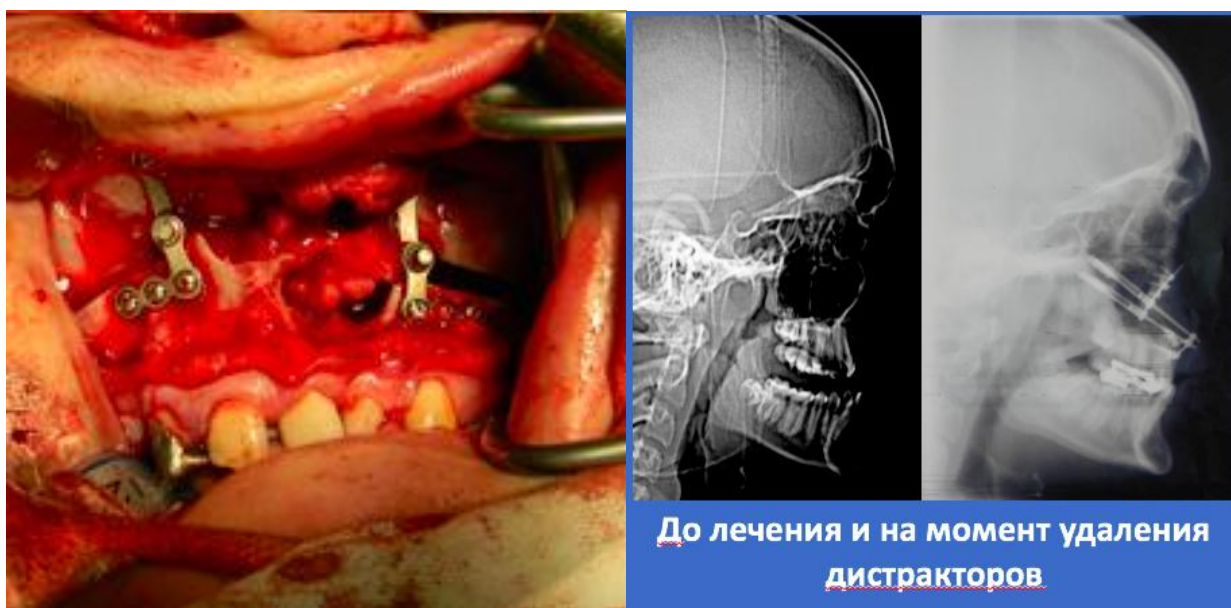


Рис. 5. Установленные трансантральные дистракторы (вид операционной раны). Телерентгенограммы до установки дистракционных аппаратов и после окончания активации с ретенционным периодом.

Костные края большого и малого сегментов альвеолярного отростка верхней челюсти, ограничивающие расщелину и соприкасающиеся с трансплантатом, обрабатываются фрезой. В донорское место укладывается трансплантат, он должен заполнять собой весь объем костного дефекта. Мобилизованный слизисто-надкостничный лоскут на вестибулярной поверхности малого фрагмента альвеолярного отростка верхней челюсти смещается вперед и медиально к противоположному краю расщелины таким образом, чтобы он полностью закрыл ауто трансплантат. Раны зашиваются (рис. 4). При необходимости, спустя реабилитационный период после костной пластики, проводится коррекция положения верхней челюсти. В основном данное вмешательство выполняется путем выдвижения верхней челюсти с помощью дистракционных аппаратов, устанавливаемых интраоперационно после проведения остеотомии верхней челюсти. Перемещение челюсти оптимально проводить одним фрагментом, по этой причине данная манипуляция выполняется вслед за костной пластикой расщелины альвеолярного отростка (рис. 5).

После создания благоприятных условий, далее приступают к собственно коррекции типичной деформации губы и носа.

Задачи: коррекция либо восстановление функции, улучшение эстетического вида носа, возможность социальной адаптации

Способ: открытая риносептопластика

Принципы достижения целей хирургической коррекции:

- полная реконструкция анатомического строения носа;
- по возможности удаление рубцовой ткани;
- максимальное устранение обструкции носового хода;
- достижение максимальной симметрии структур носа.

Ход операции. Под общим обезболиванием и местной инфильтрационной анестезией, выполняется открытая ринотомия. Мягкие ткани над хрящевым отделом и спинкой носа мобилизуются. Поднадхрящично выделяется и мобилизуется перегородочный хрящ, репозируется в правильное положение, согласно анатомическим ориентирам, с учетом устранения препятствий для максимального восстановления прохождения воздуха через носовые ходы. Из средней части перегородочного хряща забирается фрагмент. Он будет использован в качестве ауто трансплантатов при реконструкции структур хрящевого каркаса носа. Треугольные хрящи отсепааровываются от четырехугольного с целью

выравнивания перегородки носа и реконструкции внутреннего носового клапана. Для этого применяются spreader grafts, хрящевые трансплантаты между треугольными и перегородочным хрящами. Крыльные хрящи мобилизуются. Медиальные ножки укрепляются хрящевой стропилкой. При недоразвитии или гипоплазии крыльного хряща на стороне расщелины, он реконструируется путем армирования полосками аутохрящей, подшитых к нему шовным материалом. Также латеральные ножки крыльных хрящей подшиваются к связке, проходящей между цефалическим краем крыльного хряща и каудальным краем треугольного. Перед этим проводится резекция цефалического края латеральных ножек крыльных хрящей с сохранением целостности соединения отсеченного края с треугольным хрящом.

Формируется карман между внутренней поверхностью крыльного хряща и слизистой оболочкой носа, куда помещается оставшийся фрагмент хряща. Таким образом дублируется цефалический край двумя слоями хряща и фиксируется в новом положении шовным материалом. Рубцовоизмененные ткани кончика носа щадяще иссекаются, лоскут укрывает реконструированный хрящевой каркас. Рана зашивается. Проводится тампонада носа, накладывается моделирующая гипсовая повязка спинки носа (рис. 6а, 6б, 6в, 6г).



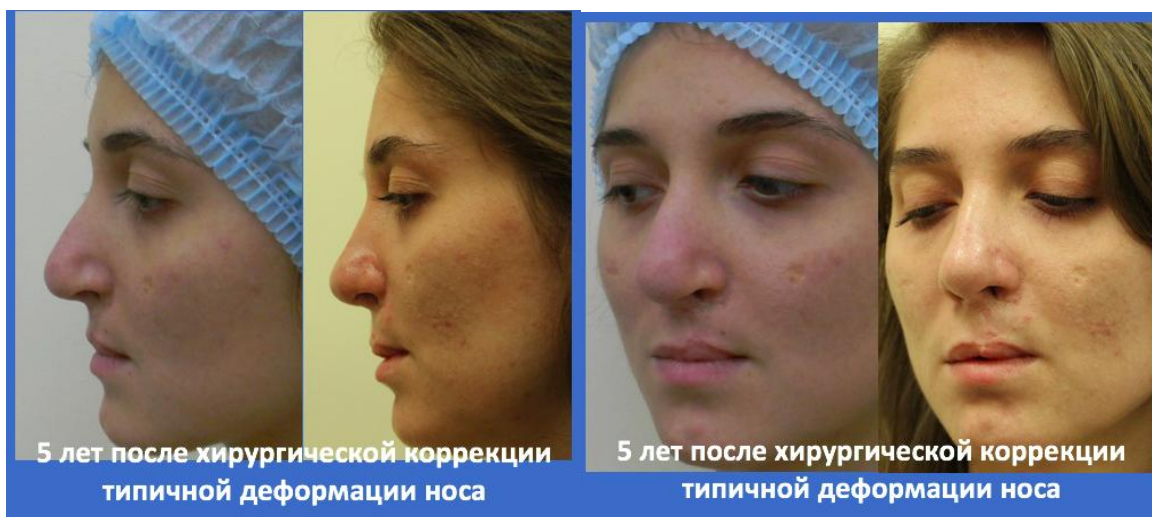


Рис. 6а. До и после коррекции типичной деформации носа. Результат спустя 5 лет. Проводилось вмешательство на крыльях носа, перегородке носа, остеотомия костей носа, коррекция носовых клапанов, коррекция положения основания крыла носа.

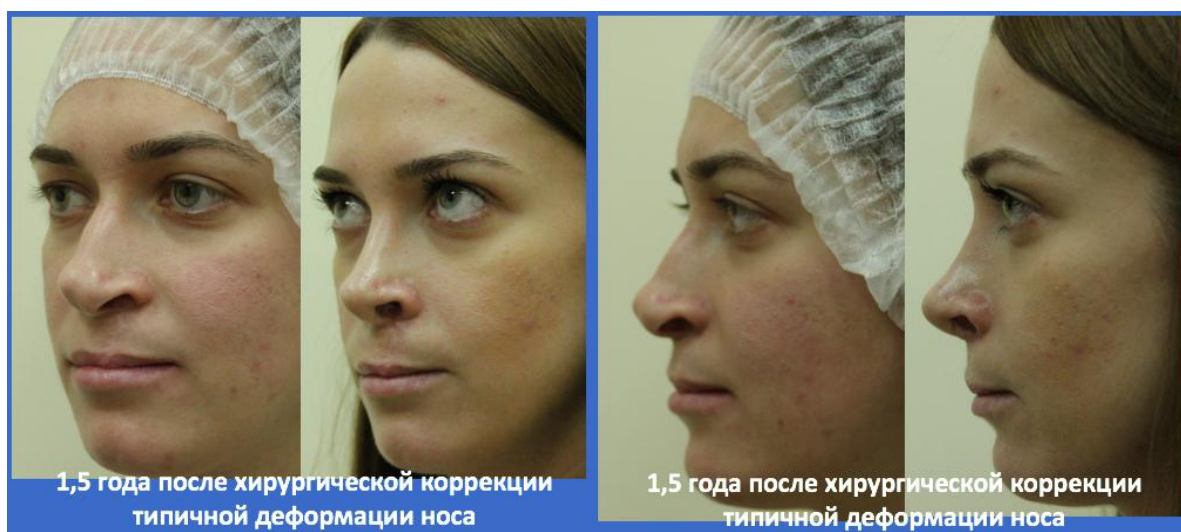
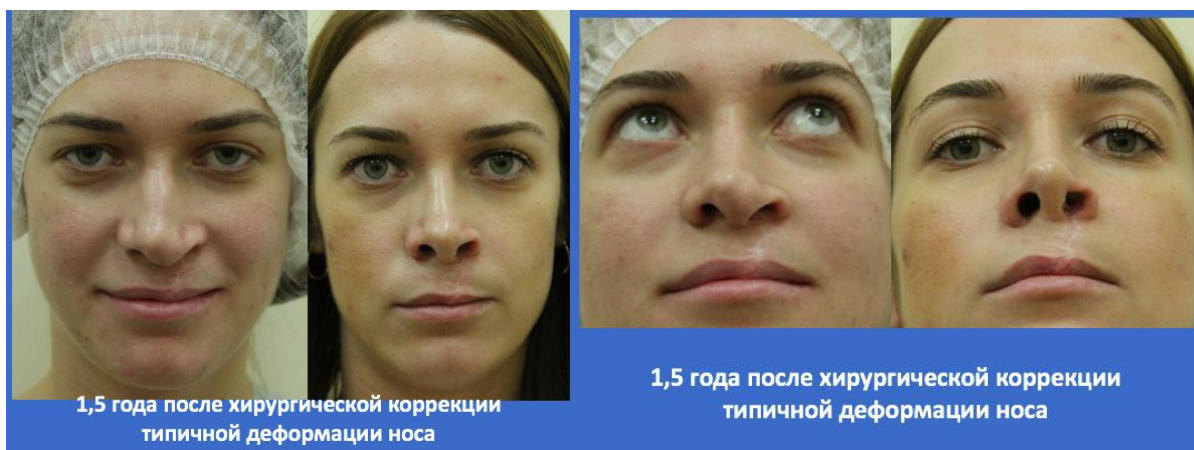


Рис. 6б. До и после коррекции типичной деформации носа. Результат спустя 1,5 года. Проводилось вмешательство на крыльях носа (ремоделирование и реконструкция крыльчатого хряща на стороне расщелины), перегородке носа, остеотомия костей носа, коррекция носовых клапанов, коррекция положения основания крыла носа. Особое внимание уделялось коррекции проекции кончика носа.

Деформации верхней губы в большинстве случаев связаны с ее рубцовой гипоплазией и укорочением. Для коррекции данного состояния применяются хирургические методики, заключающиеся в восстановлении мышечного кольца круговой мышцы рта, иссечении рубцов и увеличении объема мягких тканей верхней губы путем ротации лоскута с нижней губы по Аббе.



Рис. 6в. До и после коррекции типичной деформации носа и верхней губы. Проводилось вмешательство на крыльях носа (армирование и реконструкция крыльных хрящей), перегородке носа, остеотомия костей носа, коррекция носовых клапанов. Особое внимание уделялось коррекции проекции кончика носа и формирования колумеллы. Иссекались послеоперационные рубцы верхней губы, реконструировалось мышечное кольцо круговой мышцы рта.



Рис. 6г. Фото боковой проекции верхней губы и хрящевого отдела носа до коррекции, после завершения вмешательства, окончательный вид верхней губы и носа по прошествии реабилитационного периода.

Операция может проводиться как под местным, так и общим обезболиванием. На нижней губе выкраивается лоскут на питающей ножке (на артерии нижней губы) в соответствии с планируемым увеличением объема тканей губы. Лоскут включает в себя кожу, часть круговой мышцы рта, красную кайму и в некоторых случаях слизистую оболочку полости рта. Лоскут фиксируется в подготовленном реципиентном ложе. Через 10-14



суток питающая ножка пересекается. Иногда требуется небольшая коррекция красной каймы после реабилитационного периода и приживления лоскута (рис 7а, 7б, 7в).



Рис. 7а. Рубцовая деформация верхней губы, дефицит мягких тканей и высоты верхней губы. Этапы коррекции лоскутом Аббе. Ротация лоскута на питающей ножке с нижней губы. Вид после отсечения питающей ножки и коррекции лука купидона.



Рис. 7б. Рубцовая деформация верхней губы, дефицит мягких тканей и высоты верхней губы. Этапы коррекции лоскутом Аббе. Выкраивание и ротация лоскута на питающей ножке с нижней губы. Фиксация лоскута в реципиентном ложе. Вид после отсечения питающей ножки.



Рис. 7в. Рубцовая деформация верхней губы, дефицит мягких тканей и высоты верхней губы. Типичная деформация носа после врожденной двусторонней расщелины верхней губы и неба. Состояние до и после ринопластики, коррекции верхней губы лоскутом Аббе.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Вопросы коррекции типичной деформации носа все еще остаются актуальными в разделе реконструктивной хирургии и будут рассматриваться специалистами в последующие годы.

Концепция восстановить симметрию, предупредить рубцовую деформацию, восстановить носовое дыхание.

Предоперационный анализ должен включать исследование эстетических параметров носа и состояние функции дыхания.

Вмешательство проводится в возрасте 16-18 лет.

Хрящевые аутотрансплантаты обязательны для широкого применения.

Коррекция деформации верхней губы обязательна к проведению в комплексе хирургической реабилитации пациентов с рубцовыми деформациями губы и носа.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артющкевич, А.С. Костная пластика у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба / А.С. Артющкевич, О.С. Яцкевич // Современ. Стоматология, 2003. – № 1. – С. 42–44.

2. Артющкевич, А.С. Новая методика костной пластики при врожденных расщелинах альвеолярного отростка верхней челюсти / А.С. Артющкевич, О.С. Яцкевич // Организация, профилактика и новые технологии в стоматологии : материалы 5 съезда стоматологов Беларуси, Брест, 7-8 октября 2004г. – Брест, 2004. – С. 234–235.

3. Артющкевич, А.С. Компьютерная томография при планировании и оценке эффективности костной пластики у пациентов с врожденными расщелинами верхней губы и неба / А.С. Артющкевич, О.С. Яцкевич, Е.А. Рущкая // Организация, профилактика и новые технологии в стоматологии : материалы 5 съезда стоматологов Беларуси, Брест, 7-8 октября 2004. – Брест, 2004. – С. 234.

4. Артющкевич, А.С. Теоретические аспекты и морфологические особенности приживления различных видов костных трансплантатов / А.С. Артющкевич, О.С. Яцкевич, И.А. Швед // Стоматол. журн., 2005. – № 1. – С. 66–69.

5. Зорич, М.Е. Некоторые аспекты комплексной реабилитации пациентов с врожденными и приобретенными деформациями лица и челюстей: ортодонтия – ортогнатическая хирургия – ортодонтия / М.Е. Зорич, О.С. Яцкевич. – Мн. : «Стоматологический журнал», 2011. – № 1. – С.6–9.

6. Козин, И.А. Использование аллохрящевых трансплантатов в реконструктивной хирургии вторичных и остаточных деформаций лица после устранения двусторонних врожденных расщелин верхней губы и неба / И.А. Козин // Конструктивные и реконструктивные костнопластические операции в челюстно-лицевой области : респ. сб. науч. тр. – М., 1985. – С. 142–145.

7. Яцкевич, О.С. Деформация верхней челюсти и средней зоны лица у пациентов с врожденными расщелинами верхней губы и неба: характеристика и этапы реабилитации / О.С. Яцкевич, А.С. Артющкевич, М.Е. Зорич. // Рецензируемый научно-практический журнал для врачей и провизоров. APS MEDICA. – Мн. : ОДО «Альвенто», октябрь 2011. – № 14 (50). – С. 441–443.

8. Яцкевич, О.С. Комплексная реабилитация пациентов с врожденными дефектами и деформациями лица и челюстей / О.С. Яцкевич,

9. Abyholm, F.E. Secondary bone grafting of alveolar clefts: a surgical/orthodontic treatment enabling a non-prosthetic rehabilitation in cleft lip and palate patients / F.E. Abyholm, O. Bergland, G. Semb // *Scand. J. Reconstr. Surg.*, 1981. – Vol. 15. – P. 127.

10. Secondary bone grafting and orthodontic treatment on patients with bilateral complete clefts of the lip and palate / O. Bergland, G. Semb, F. Abyholm, H. Borchgrevink, G. Eskeland // *Ann. Plast. Surg.*, 1986. – Vol. 17. – P. 460–471.

11. Berkowitz, S. Some questions, a few answers in maxillamandibular surgery / S. Berkowitz // *Clin. Plast. Surg.*, 1982. – Vol. 9. – P. 603–633.

12. Friede, H. Forward traction of the maxilla in cleft lip and palate patients / H. Friede, B. Lennartsson // *Eur. J. Orthod.*, 1981. – Vol. 3. – P. 21–39.

13. Phoebe, M. Good Frequency of Le Fort I Osteotomy After Repaired Cleft Lip and Palate or Cleft Palate / M. Good Phoebe, B. Mulliken John, L. Padwa. Bonnie // *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 2007. – Vol. 44 (4). – P. 396–401 : Online publication date : 1-Jul-2008.

14. Ranta, R. Protraction of cleft maxilla / R. Ranta // *Eur. J. Orthod.*, 1988. – Vol. 10. – P. 215–222.

15. Tindlund, R.S. Maxillary protraction: different effects on facial morphology in unilateral and bilateral cleft lip and palate patients / R.S. Tindlund, P. Rygh // *Cleft. Palate. Craniofac. J.*, 1993. – Vol. 30. – P. 208–221.

16. Bell, W.H. Maxillary excess / W.H. Bell, W.P. Proffit, R.P. White ; editors // *Surgical correction of dentofacial deformities*. – vol. 1. – Philadelphia : WB Saunders, 1980. – P. 234–441.

17. Salyer, K.E. Unilateral cleft lip-nose repair: a 33-year experience / K.E. Salyer, E.R. Genecov, D.G. Genecov // *J. Craniofac. Surg.*, 2003. – Vol. 14. – P. 549.

18. Gosman, A.A. Cleft lip and palate: surgical management / A.A. Gosman // *Selected Reading Plastic. Surg.*, 2007. – Vol. 10:1.

19. Sadove, A.M. Correction of secondary cleft lip and nasal deformities. Advances in management of cleft lip and palate / A.M. Sadove, B.L. Eppley // *Clin. Plast. Surg.*, 1993. – Vol. 20. – P. 793.

20. De Sa Nobrega, E.S. Cleft lip nose: a different approach / E.S. De Sa Nobrega // *J. Craniofac. Surg.*, 2005. – Vol. 16. – P. 95.

21. Burt, J.D. Cleft lip: unilateral primary deformities / J.D. Burt, H.S. Byrd // *Plast. Reconstr. Surg.*, 2000. – Vol. 105. – P. 1043.

22. Cronin, T.D. Correction of unilateral cleft lip nose / T.D. Cronin, K.A. Denkler // Plast. Reconstr. Surg., 1988. – Vol. 82. – P. 419.

Учебное издание

**Яцкевич** Олег Степанович  
**Артюшкевич** Александр Сергеевич  
**Гричанюк** Дмитрий Александрович  
**Людчик** Татьяна Борисовна  
**Руман** Григорий Михайлович  
**Федченко** Игорь Юрьевич

**КОРРЕКЦИЯ ТИПИЧНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НОСА  
ПРИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИНАХ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 28.12.2020. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».  
Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».  
Печ. л. 3,31. Уч.- изд. л. 4,67. Тираж 70 экз. Заказ 49.  
Издатель и полиграфическое исполнение –  
государственное учреждение образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.  
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.  
220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

**КОРРЕКЦИЯ ТИПИЧНОЙ ДЕФОРМАЦИИ  
ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НОСА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ  
РАСЩЕЛИНАХ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА**

Минск БелМАПО

2021



