АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ НЕБА

Кахрамон Эркинович ШОМУРОДОВ
Кафедра детской хирургической стоматологии, Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан

Для цитирования: К.Э. Шомуродов, Аспекты развития хирургического лечения врожденной расщелины неба. Journal of biomedicine and practice. 2016, vol. 1, issue 1, pp. 24–30.
Статья поступила в редакцию 28 декабря 2015 г.
Рекомендована в печать 20 февраля 2016 г.

Контактная информация: Кахрамон Эркинович Шомуродов, Ташкентский государственный стоматологический институт, улица Махтумкули 103, Ташкент, Республика Узбекистан, 100047, тел: +998911656119, факс: +998712304799, E-mail: kahramon_sh@mail.ru

http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2016-1-5

АННОТАЦИЯ
Частота патологий челюстно-лицевой области (ЧЛО) в современный период не имеет тенденции к снижению. Развитие врожденной расщелины неба (ВРН) у плода зависит от эндо- и экзогенных причин. Данная патология не зависит от места жительства, национальности, социального положения. ВРН влияет на дальнейшее развитие ЧЛО, в частности, верхней челюсти, на характер питания, речь, общение. В связи с этим проблема лечения ВРН стоит перед врачами с древних времен. Представлена краткая история становления хирургических методов лечения врожденной расщелины неба, тенденции и причины, изменившие тактику и методики оперативных вмешательств.
Ключевые слова: Врожденная расщелина неба, уранопластика.

Aspects of the development of surgical treatment of congenital cleft palate

Kahramon Erkinovich SHOMURODOV
Department of Pediatric Maxillofacial Surgery, Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan
Corresponding author: Kahramon Erkinovich Shomurodov, Tashkent State Dental Institute, 103 Makhtumkuli Street, Tashkent, Republic of Uzbekistan, 100047, tel: +998911656119, Fax: +998712304799, E-mail: kahramon_sh@mail.ru

ANNOTATION
The frequency of pathologies of the maxillo-facial region in the modern period has no tendency to decrease. The development of congenital cleft palate in the fetus is dependent on endo - and exogenous causes. This pathology is not dependent on residency, nationality, and social status. Congenital cleft palate affect the further development of the oral and maxillofacial region, particularly the upper jaw, diet, speech, dialogue. In this regard, the problem of treatment of congenital cleft palate stands in front of the doctors since ancient times. A brief history of the formation of surgical treatment of congenital cleft palate, trends and reasons that changed the tactics and methods of surgical interventions.
Key words: congetenal cleft palate, palatoplast.

Танглай туғма нуқсонларининг жаррохлик усулида даволашнинг ривожланиш жихатлари

Кахрамон Эркинович ШОМУРОДОВ
Болалар юз-жаг жаррохлиги кафедраси, Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси
Мурожаат: Кахрамон Эркинович Шомуродов, Тошкент Давлат стоматология институти, Махтумкули кўчаси 103 уй, Тошкент, Ўзбекистон Республикаси, 100047, тел: +998911656119, факс: +998712304799, E-mail: kahramon_sh@mail.ru

АННОТАЦИЯ
Юз-жаг сохаси жаррохлигининг танглай сохаси тугма кемтикларини жаррохлик усулида даволаш хозирги куннинг долзарб масалаларидан бири булиб ҳисобланади. Туғма кемтикларга хомилага эндо ва экзоген тасирлар сабаб булиб хисобланади. Танглай нуқсонларида болада

нутқ, овкатланиш, нафас олиш функциялари бузилади. Хозирги вақтда танглай кемтиги бор беморларни даволаш жаррох шифокорлар олдидаги долзарб масалардан бири булиб қолмокда. Мақолада танглай кемтикларини даволашнинг тарихи, қулланилган ва таклиф қилинган услублар ва уранопластика операциясининг келажакда янги усулларини мукаммалаштириш тақдим қилинган.

Калит сўзлар: Танглай туғма кемтиги, уранопластика.

Введение

Хирургия врожденной расщелины неба (ВРН) совершенствовалась в течение нескольких столетий. За этот внушительный срок накоплен поучительный опыт, кото-рый помогает современным хирургам с большей точностью выбирать такти¬ку лечения этой патологии с учетом индивидуальности пациентов и современных условий восстановительной терапии. Несмотря на множество существующих методик в хирургическом лечении детей с расщелиной неба, лечение таких детей остается в числе важных задач челюстно-лицевой хирургии детского возраста. Актуальность проблемы состоит не только в возрастающей частоте рождения детей с расщелиной и тяжестью данного порока, но и с трудностями выбора оптимальной методики хирургического лечения. Цель исследования - рассмотреть основные этапы внедрения различных методов уранопластики с уточнением ключевых моментов, которые влияют на изменения тактики лечения и результаты операции.

Результаты исследования и их обсуждение.

Лечение детей с врожденными пороками развития, а именно с расщелинами неба, насчитывает более 200 лет. Первые упоминания о нарушения хречи, обусловленных наличием подобного дефекта, обнаружены в древнеегипетских папирусах. Одно из старейших известий, из дошедших до нас публикаций с информацией о лечебных методиках, относится лишь к середине XVI века[11].

Труд “LesOeures”,опубликованный в 1575 году придворным эскулапом короля Франции мсье Амбруазом Паре, описывал замещение врожденных дефектов неба с помощью серебряных и золотых пластин. Однако разобщающие носовую и ротовую полость «обтураторы», главным образом, препятствовали попаданию жидкости и пищи и способствовали некоторому улучшению речи[12].

Ранние операции по устранению расщелины неба проводились без анестезии, без контроля функций дыхательных путей и с опасностью развития кровотечения и асфиксии.

В 1764 году французским дантистом LeMonnier проведено первое закрытие расщелины мягкого неба (staphylorrhaphy). Закрытие расщелины неба еще длительный срок оставалось трудно решаемой пробле¬мой, пока vonC. Graefeв 1816 году не сообщил об успешно про¬веденной им операции. При помощи специально изготовлен¬ных игл и иглодержателя были наложены швы, после чего края расще¬лины им смазаны соляной кислотой и настойкой шпанских мушек. У больного после данной операции значительно улучшились речь и глотание [12].

О хирургическом закрытии расщелины неба стало известно от P.Roux, что было во Франции в 1819 году. P.Roux посвятил монографию под названием «MemoiresurlaStaphylorrhaphi, ou SuturedoVoileduPalais», вышедшую в 1825 году. J.Dieffenbach в 1826 году провел первую известную пластику твердого неба. Суть ее состояла в послабляющих разрезах по краю альвеолярного отростка и за верхнечелюстной дугой, автор проводил отслойку и перемещение небных лоскутов к средней линии, чтобы преобразить мягкие ткани на любой стороне расщелины в лоскуты на ножках, а затем сшивал их между собой. В 1828 году автор дополнил к боковым послабляющим разрезам на твердом небе и остеотомию при закрытии сквозной расщелины неба[2,3].

Однако с началом эры анестезии все изменилось. Одним из первых начал пользоватьсяанестезией при пластике расщелины неба M. Colleseще в 1867. К этому времени все основные методы закрытия дефекта были описаны. Появление анестезио-логического обеспечения (эндотрахеальной анестезии) позво¬лило Magillв начале 1920 года на новом уровне развивать хирургию врожденной расщелины неба[16, 18].

Jonathan Mason Warren (1843) сообщил об успехе в ликвидациирасщелины мягкого небав88 из 100случаев. Эти операции заключались в деэпителизации краев расщелины и наложения швов. Эта техника использовалась при расщелине только мягкого неба (D.R.Millard, 1980; P. Randall,D.LaRossa, 1990) [2, 3, 16].

Разумеется, основа современной оперативной методики закрытия расщелины неба была заложена в 1861 г. Langenbeck (Германия). По ней пластическое восстановление непрерывно¬сти неба достигалось путем сшивания встык по средней линии лоскутов мягких тканей, покрывающих фрагменты небных отростков твердого неба. При оценке качества операции на

нёбе необходимо учитывать форму патологии, степень поражения, возраст пациента и еще много сопутствующих обстоятельств, составляющих «хирургическую индивидуальность»[4].

G. Passavant (1862-1878) предложил несколько видов оперативных вмешательств по удлинению укороченного мягкого неба и восстановлению функции небно-глоточного кольца. По его рекомендации свободные края задних небных дужек после препаровки сшивали на протяжении 1,5-2,5 см, затем кнаружи от дужек проводили небольшие продольные разрезы. Данный способ давал небольшое улучшение речи, но назальность сохранялась. Тем не менее, это предложение автора впоследствии было использовано рядом хирургов[5].

Общее развитие медицины отразилось и на динамике разви¬тия методов лечения ВРГН. В дальнейшем стафилораффия получила быстрое распространение. В частности, много внимания уде¬лял вопросу хирургии врожденной расщелины неба A.Ferausson(1847-1890)[12].

Первую операцию на твердом небе произвел, очевидно, W. Krimer(1897), который при полной расщелине неба использо¬вал лоскуты слизистой твердого неба, повернутые на 180° на ножке у краев расщелины. В итогеоперацииполучен положительный ре-зультат[12].

Толчком для функционального направления в лечении не сращений нёба стала опубликованная в 1868 году монография vonLuschka «DerSchlundkoffdesMenschen», в которой автор первым представил строение глотки в норме. А наиболее раннее описание анатомии мягкого неба при врожденных расщелинах неба принадлежит vonKostanecki (1888) [13, 14].

Для уменьшения площади скелетированной костной ткани и необходимости обеспечения профилактики формирования послеоперационных дефектов было предложено использование дополнительных лоскутов. С этой целью были использованы щечные слизистые лоскуты, свободные аутотрансплантаты и небный “островковый” лоскут Veau в конце XIX века. Однако следует отметить, что именно эти участки в послеоперационном периоде становились зоной значительного рубцевания, препятствуя стойкой ретротранспозиции мягкого неба и нарушения небно-глоточного замыкания[7].

H.Ganzer (1917) предложил трехэтапную операцию, целью которой было смещение небных лоскутов кзади за счет оставления в переднем отделе треугольного лоскута. K.Halle (1925) вместе с Эрнстом предложил делать разрез с твердого неба до язычной поверхности отростка у последнего моляра нижней челюсти для проведения мезофарингоконстрикции. Он доказал возможность пересечения передней ножки слизисто-надкостничного лоскута [9].

Принципиально новыми элементами операции обогатили пластику на небе F.Ernst (1927) и А.А. Лимберг (1927). F.Ernst впервые обратил внимание на необходимость проведения мезофарингоконстрикции, в то же время А.А. Лимберг обосновал проведение для этого интерламинарной остеотомии, а также предложил комплекс новых приемов для операции, назвав ее “радикальная уранопластика”.F.Ernst (1927) проводил уранопластику с удлинением неба в 2 этапа, так же как и G.Dorrance (1946), который назвал ретротранспозицию “толчком назад” (pushback), и во время операции преднамеренно пересекал сосудисто-нервные пучки [9, 12].

Основываясь на работы VonLangenbeck, в 1931 г. V.Veau предложил формировать слизисто-надкостничные лоскуты на одной сосудистой ножке (a.v.palatinemajor). Однако автор не отделял слизистую оболочку носа от заднего края твердого неба, что не дало возможность провести один из главных этапов уранопластики – ретротранспозицию. Несколько позже V.Veau предпринял попытки удлинить мягкое небо и при этом отделить мышцы мягкого неба от патологического прикрепления на задней части горизонтальной небной пластинки твердого неба. Wardill и Kilner в 1937 г. разработали так называемую “Оксфордскую методику” одноэтапной уранопластики, которая представляет собой перемещение небных слизисто-надкостничных лоскутов(V-Y), которые дают существенный прирост длины неба [12, 16].

П.П. Львов (1925, 1928) считал основной причиной сохранения назальности после уранопластики недостаточную длину мягкого неба, поэтому он подчеркивал необходимость удлинения мягкого неба до соприкосновения его с задней стенкой глотки. Это достигается предложенным автором способом смещения всего слизисто-надкостничного покрова твердого неба кзади с образованием в переднем его отделе треугольного лоскута с основанием на альвеолярном отростке [9].

G.Dorrance (1925, 1930) предложил разновидность пластики неба в смещении кзади. Он делал расслабляющий разрез в пределах альвеолярного гребня с одной стороны,таким образом выкраивая поперечый лоскут, который был мобилизован к задней стенки глотки [1, 7].

G.Axhausen (1951) практически внедрил в методику уранопластики пересечение сосудисто-нервного пучка, однако переднюю ножку лоскута он не

пересекал, что давало возможность смещать лоскуты только в поперечном направлении. Удлинение проводилось за счет поперечных разрезов либо сшивания небных дужек. Примерно такую же методику (но без пересечения сосудисто-нервного пучка) использовал и M.Wassmund

(1939) [12].

T.Cronin (1957) предлагал рассечение носовой слизистой оболочки, отступя на 1 см от заднего края твердого неба, с последующим перемещением слизистой ткани и подшиванием ее к тканям мягкого неба.Это перемещение несколько удлиняет короткое мягкое небо, благотворно влияет на заживление, не оказывает отрицательного воздействия на рост и развитие верхней челюсти [12].

С середины XX века распространение получает костная пластика расщелины неба. Основоположником ее в СССР является Г.И.Семенченко (1964), который предложил методику остеопластики альвеолярного отростка и неба. По данным клиники данная методика позволяет восстановить все эмбрионально несросшиеся анатомические слои неба и альвеолярного отростка, препятствует развитию послеоперационных дефектов. О преимуществах костно-хрящевой аутопластики сообщал также T.Schmidt (1967) [9].

В 1966 г.D.Millardпредставил способ удлинения мягкого неба при первичной уранопластике с использовнием двух слизисто-подкостничных лоскутов на сосудистых ножках [16].

Абдель АзизХалиль (1971) для костной пластики альвеолярного отростка рекомендовал использовать трансплантат из аллогенной кости, что избавляло больного от дополнительной операции, связанной со взятием аутотрансплантата. Л.Е. Фролова, Г.Г.Мамедов, А.А.Талалаев (1979), преимущественно использовали эмбриональную костную ткань, которая обладает большой регенеративной способностью, пластичностью, меньшей антигенной активностью при пересадке [5, 8, 9].

Однако исследования Broadbent (1931), Brodie (1941) и Graber (1949,1950, 1954), изучающие механизмы постнатального роста лицевого скелета, установили причину возникновения деформаций верхней челюсти у данной категории больных, а именно травматизм выполняемых костно-пластических манипуляций. Ritter (1948), Rosenthal (1951) и Graber(1950,1954) отметили, что этих неблагоприятных последствий можно избежать, смещая сроки выполнения оперативного лечения до момента завершения роста верхней челюсти [15, 17].

Ю.И. Бернадский (1952-1986), Р.Н. Чеховской, Д.В.Дудко, В.В. Красноленский преднамеренно пересекали сосудисто-нервные пучки для проведения ретротраспозиции и сокращения продолжительности операции. Однакоэтот прием нарушает трофику тканей слизисто-надкостничного лоскута,при этом повышает вероятность развития их некроза, повторных кровотечений из крылонебных каналов. Ураностафилопластика по методике Ю.И. Бернадского проводилась у детей старшей возрастной группы, т.к. травматичныеэтапы операции (связанные с пересечением сосудисто-нервных пучков, интерламинорной остеотомией, мезофарингоконстрикцией) в раннем возрасте имеют отрицательное влияние на развитие и рост верхних челюстей [1].

Остеотомия латеральной пластинки крыловидного отростка основной кости, как прием, используемый в радикальной ураностафилопластике, является самым травматичным (Р.Н.Чеховской, 1982).

До 70 годов XX века преобладало представление о решающем участии в формировании небно-глоточного смыкания небно-глоточной и небно-язычной мышц мягкого неба. Однако результаты исследований Braithwaite(1968), Kriens (1969) и Fara (1970) опровергли существующую теорию, подробно описав топографию мышц мягкого неба и глотки и определивосновныемышцы (m.uvulae, m.levatorveli palatinae, m.superiorconstrictorpharynx) внебно-глоточном смыкании [12].

F. Braithwaite (1968) году предложил способ удлинения мягкого неба при первичной уранопластике путем подшивания между собой «конец в конец» m. levatorvelipalatini, назвав эту операцию «Intravelarvelopasti» [12].

OttoKriens (1970) предложил отслойку мышц мягкого неба от твердого неба и сшивание их поперечно вместо наклонного положения. Сшитые вместе таким образом мышцы мягкого неба восстанавливают небно-глоточный мышечный сфинктер. Эта техника обеспечила закрытие дефекта неба тремя слоями: носовая слизистая, мышца и ротовая слизистая. Этот вариант тоже выступает разновидностью метода «intravelarvelopasty» [17].

Г.И. Усов (1970) при использовании тканей задней небной дужки для устранениея НГН получил положетельные результаты, однако им же отмечался ряд осложнений, выраженных в грубом рубцевании тканей задних небных дужек, поэтому этот способ дальнейшего развития не получил [9].

L.T. Furlow (1976) предложил способ удлинения мягкого нёба при помощи выкроенных и взаимно перемещаемых треугольных лоскутов на двух уровнях в противоположных направлениях. Медиальной стороной каждого из лоскутов является край не сращения, окончанием латерального разреза – точка в области крючка крыловидного отростка. Лоскуты на передней ножке содержат только слизистую оболочку, лоскуты на задней ножке – слизистую

оболочку и мышцы мягкого нёба. При взаимном перемещении мышечные слои дублируются и способствуют восстановлению функциинёбной занавески. Но при этом ориентация мышечных волокон не соответствует нормальной, а при широких расщелинах может возникать напряжение в области операционной раны на мягком нёбе и укорочения неба по сагитали (В.С. Дмитриева и Р.Л. Ландо, 1968;Л.В.Харьков, 1982; А.Г.Гулюк, 2002)[4, 9].

А.Э. Гуцан (1977) представил ряд способов по первичному устранению несращения неба, объединенных общим принципом использования взаимно-перекидных слизисто-надкостничных лоскутов. Их использование возможно, как при врожденной односторонней сквозной (полной) расщелине неба, так и при врожденной двусторонней сквозной (полной) и изолированной (полной, частичной) расщелине неба [9].

В 1972 году профессор Л.Е. Фролова предложила способ «Пластика неба с сужением глоточного кольца», заключающийся в том, что разрезы, идущие по краям расщелины с обеих сторон, продолжаются под основаниями язычков и проходят на боковые стенки глотки, образуя при этом ротовой и носовой слизисто-мышечные слои. Эти слизисто-мышечные слои далее сшиваются по средней линии, а язычки рассекаются вертикальными разрезами до проходящей у их оснований линий разреза, образуя при этом с ротовым слизисто-мышечным целый слой, и сшиваются между собой. Таким образом достигается сужение НГК. Использование способа, предложенного Л.Е. Фроловой, и его модификации получили широкое распространение, так каких применение давали положительный эффект при всех формах ВРН [8].

В 1979-1981 году Э.У. Махкамовым на основе способа Л.Е. Фроловой разработана модификации способа уранопластики с сужением глоточного кольца и использованием выкроенного с одного фрагмента однослойного, опрокинутого или перемещенного слизисто-надкостничного лоскута на область расщелины, частичным закрытием ротовым слизисто-мышечным слоем мягкого неба [6, 8].

В 1988-1989 году Ад. Мамедовым модифицирован способ Л.Е.Фроловойуранопластики при лечении врожденной изолированной расщелины неба с использованием выкроенного по средней линии твердого неба одного слизисто-надкостничного лоскута и опрокинутого на область расщелины с последующим сшиванием его по всей длине с тканями носового слизисто-мышечного слоя. Раневая поверхность опрокинутого слизисто-надкостничного лоскута большей частью закрыта ротовым слизисто-мышечным слоем мягкого неба [5].

В 1978 г. Г.Г. Мамедовым под руководством проф. Л.Е. Фроловой выполнена научно-исследовательская работа по использованию эмбрионального гомотрансплантата при хирургическом устранении ВРН. Использование костного трансплантата планировалось с целью ускорения сроков репаративных процессов и получения положительного эффекта в восстановлении речи [8].

N.Thomson (1974)использовал свободный мышечный трансплантат, чтобы восстановить непосредственно небно-глоточный сфинктер. J.Sato (1995), K.Shimozato (1995) при реконструкции дефектов твердого и мягкого неба у пациентов с НГН использовали костно-кожный лоскут с предплечья и васкуляризированный трансплантат подвздошной кости.

Способ ураностафилопластики с использованием сошникового лоскута для закрытия дефекта твердого неба предложил и внедрил K.Kobus (1984). Удлинение неба он производил с помощью V-Y пластики на границе твердого неба, а пластику мягкого неба проводил через 3 месяца[18].

Основываясь на анатомических работах В.С.Дмитриевой (1968)и D.Kriens(1969), Л.В. Харьков в своих исследований пришел к выводу, что между m.levatorvelipalatini и крючком (hamuluspterygoideus) есть межфасциальное пространство, которое позволяет тупым способом освободить слизисто-надкостничный лоскут от крючка и внутренней поверхности медиальной пластинки крыловидного отростка основной кости. Лишь в некоторых случаях для этого необходимо рассечение верхнего полюса сухожилия m.tensorvelipalatine, что не влияет на ее функцию. Отделение лоскута производилось до места прикрепления глоточно-небной мышцы, не нарушая места ее прикрепления. Такой лоскут отличается большей мобильностью, как в переднезаднем, так и в боковых направлениях [4, 9].

Обосновывая щадящую методику уранопластикиу детей младшего возраста, В.С. Дмитриева и Р.Л. Ландо (1968) сообщают, что m.tensorvelipalatini, «которая главным образом участвует в натяжении небных лоскутов, нигде не прикрепляется к внутренней пластинке крыловидного отростка». К нижнему полюсу крючка крыловидного отростка прикрепляется ряд мышечных пучков: крыловидный пучок небно-глоточной мышцы, крыловидный пучок верхнего сжимателя глотки, тубарный пучок m.tensorvelipalatine и ее сухожилие. В связи с этим, проведение интерламинарной остеотомии является излишним. Авторы считают, что целесообразнее применить остеотомию крючка крыловидного отростка у его основания и переместить мышцы боковой стенки глотки к средней линии[4].

Л.В. Харьков (1992) предложил новую методику щадящей ураностафило-пластики, этапы которой осуществляются следующим образом. Выкраивают основные и дополнительные слизисто-надкостничные лоскуты, выводят сосудисто-нервные пучки, с последующей их препаровкой. Лоскуты отделяют от слизистой оболочки носа на границе твердого и мягкого неба. Разрезы слизистой оболочки в ретромолярных пространствах продлевают заальвеолярный отросток, рассекают подслизистый слой и обнажают крючок крыловидного отростка, отделяют в слое межфасциального пространства, не изменяя места прикрепления m.tensorvelipalatini, освобождают слизисто-надкостничный лоскут от крючка. Мобильность лоскута обеспечивают за счетотделения тканей от внутренней поверхности внутренней пластинки крыловидного отростка основной кости до нижнего ее полюса. Производят освежение краев несращения и послойное ушивание. Дефект в переднемотделе неба закрывают с помощью взаимо-опрокидывающихся лоскутов, либо лоскутом по М.Д.Дубову или Б.Д.Кабакову[9, 10, 15].

Заключение

Несмотря на то, что большинство способов названо по име¬ни одного или нескольких авторов, принимающих участие в раз¬работке операций, существуют и совершенствуются многочисленные модификации. Кроме того, лече¬ние у пациентов различных возрастных групп может давать раз¬личные результаты. То есть необходимо учитывать форму, сте¬пень, тяжесть патологии и возраст пациента.

Следует заметить, что оперативные вмешательства на небе требуют профессионализма. Пластика неба в руках конкретного автора чаще всего представляет собой законченный хирургический способ, выполненный качествен¬но и результативно, но эта пластика может давать отрицатель¬ные результаты в руках менее опытного хирурга. Разумеется, при оценке качества операции на небе необходимо учитывать форму патологии, степень поражения, возраст пациента и еще много сопутствующих обстоятельств, составляющих «хирургическую индивидуальность» больного.

Лечением врожденного несращения неба занимаются на протяжениинескольких веков, однако образование послеоперационных и вторичныхдефектов, небно-глоточной недостаточности, а также деформаций верхнейчелюсти в современной хирургии несращений показывает актуальность этойтемы и направляет на устранение недостатков, которые присущи известнымметодикам. Несмотря на многообразие направлений развития уранопластики, последние десятилетия сопровождаются широким внедрением функционального принципа реконструкции мягкого неба и поиском оптимальныхпутей устранения дефектов твердого неба. Это дало возможность значительно улучшить, как анатомические, так и функциональные результаты уранопластики.

Новые подходы к изучению и анализу затронутых нами ме¬дико-социальных проблем, информационно-компьютерной под¬держки, оценки качества состояния здоровья при комплекс¬ной реабилитации пациентов с нарушениями речи, вызванных недостаточностью НГН, хирургические способы устранения НГН могут в значительной мере способствовать дальнейшему со¬вершенствованию теоретических основ исследований, связан¬ных с социально-экономическими и медико-психолого-педаго¬гическими процессами, их методологией, разработкой концеп¬ции здравоохранения на перспективу.

Список литературы

1. Bernadskij, YU.I., Har'kov, L.V. (1987). Metody shchadyashchey uranostafiloplastiki [Methods of gentle uranostafiloplasty] metod. Rekomendacii, Kiev.

2. Bessonov, S. N. (2007). Hirurgicheskoe lechenie vrozhdennyh i vtorichnyh deformacij lica pri rasshchelinah verhnej guby i neba [Surgical treatment of congenital and secondary deformities of the face in clefts of the upper lip and palate]: Dis… d-ra med. nauk. Smolensk, 2007.—172 s.

3. Davydov, B. N. (2000). Hirurgicheskoe lechenie vrozhdennyh porokov lica [Surgical treatment of congenital malformations of the face]. RIC TGMA.

4. Dmitrieva, V. S., & Lando, R. L. (1968). Hirurgicheskoe lechenie vrozhdennyh i posleoperacionnyh defektov neba [Surgical treatment of congenital and postoperative palate defects]. M.: Medicina.

5. Mamedov, A. A. (2002). Kliniko-anatomicheskaya klassifikaciya vrozhdennoj rasshcheliny verhnej guby i neba [Clinico-anatomical classification of congenital cleft lip and palate]. Vrozhdennaya i nasledstvennaya patologiya golovy, lica i shei u detej: aktual'nye voprosy kompleksnogo lecheniya, 155-157.

6. Mahkamov, EH.U. (1981). Rannee lechenie detej s vrozhdennoj rasshchelinoj verhnej guby i neba [Early treatment of children with congenital cleft lip and palate]: Avtoref.dis. ... d-ra med.nauk, Moskva.

7. Mkrtumyan, E. S., Shaxmatova, E. V., Lopatin, A. V., &Jasonov, S. A. (2002 yil). Nebno-gl otochnayanedostatochnostisovershenstvovaniemetodovpo e ustraneniyu. Vrojdennayainasledstvenn

ayapatologiyagolovylitsavashayu u detey [Non-hypopharyngeal insufficiency and improvement of methods for its elimination. Congenital and hereditary pathology of the head of the face and neck in children]: Aktualnyevoprosykompleksnogolecheniya, 162-163.

8. Frolova, L. E. (1980). Lecheniedetejrannegovozrasta s vrozhdennojpatologiejrazvitiyalicaic helyustej [Treatment of young children with congenital pathology of facial and jaw development]. Stomatologiya, 59(2), 75-77.

9. Har'kov, L. V. (1992). Hirurgicheskoe lechenie vrozhdennyh nesrashchenij neba [Surgical treatment of congenital palate]. Har'kov LV-Kiev, Zdorov'ya.-1992.-200s.

10. Hodzhamuradov, G. M., SHajmonov, A. H., &Tuhtaev, F. M. (2015). Vosstanovlenienormal'n ojanatomiimyshcmyagkogonebapri ego vrozhdennojrasshcheline [Restoration of the normal anatomy of the muscles of the soft palate with his congenital cleft]. VestnikAvicenny, (3), 28-31.

11. Chujkin, S. V., Persin, L. S., & Davletshin, N. A. (2008). Vrozhdennaya rasshchelina verhnej guby i neba [Congenital cleft of upper lip and palate]. Izdatel'stvo» Medicinskoe informacionnoe agentstvo».

12. Millard Jr, D. R. (1976). Cleft Craft: The Evolutionof Its Surgery-I.The unilateral deformity.

13. Friede, H., Lilja, J., &Johanson, B. (1980). Cleft lip and palate treatment with delayed closure of the hard palate. Scandinavian journal of plastic and reconstructive surgery, 14(1), 49-53.

14. Heidbuchel, K. L., Kuijpers-Jagtman, A. M., Van't Hof, M. A., Kramer, G. J., &Prahl-Andersen, B. (1998). Effects of early treatment on maxillary arch development in BCLP. A study on dental casts between 0 and 4 years of age. Journal of cranio-maxillo-facial surgery, 26(3), 140-147.

15. Le, T. M. (2008). Aesthetic rehabilitation involving a cleft lip and palate. Dentistry today, 27(10), 124-126.

16. Millard Jr, D. R., & Latham, R. A. (1990). Improved primary surgical and dental treatment of clefts. Plastic and reconstructive surgery,86(5), 856-871.

17. Sommerlad, B. C. (2003). A technique for cleft palate repair.Plastic and reconstructive surgery, 112(6), 1542-1548.

18. Wyszynski, D. F. (Ed.). (2002). Cleft lip and palate: from origin to treatment. Oxford University Press.