

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МКМЦ «БОНУМ»
ФГБОУ ВО УГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ
КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ОРТОДОНТИИ**

**РЕГИОНАЛЬНЫЕ
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ
АСИММЕТРИЧНЫХ ВРОЖДЕННЫХ
РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА
В ПРАКТИКЕ ВРАЧА
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА**

Екатеринбург, 2021

Методические рекомендации содержат информацию по систематизации врожденных расщелин верхней губы и неба, клинические характеристики ассиметричной двусторонней расщелины верхней губы и неба с ассиметрией мягкого неба и язычков, способы их хирургического устранения, а также особенности ведения послеоперационного периода.

Данные рекомендации адресованы челюстно-лицевым хирургам, стоматологам-хирургам, участвующим в лечении и реабилитации детей с врожденной челюстно-лицевой патологией для повышения уровня теоретической и практической подготовки, что расширяет возможности оказания качественной медицинской помощи пациентам различных видов и форм поражения лица и челюстей.

«Утверждено»

Министр здравоохранения
Свердловской области


_____ А.А. Карлов

«18» августа 2021 г.



«Согласовано»

Главный внештатный специалист
по профилю ЧЛХ МЗ СО


_____ И.Н. Костина

«14» июля 2021 г.

**РЕГИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АСИММЕТРИЧНЫХ ВРОЖДЕННЫХ
РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА**

Екатеринбург, 2021 год

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|-----------|
| ОБЩЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ | 4 |
| ЦЕЛЬ ДОКУМЕНТА | 4 |
| ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ | 4 |
| ОПРЕДЕЛЕНИЕ | 5 |
| КЛАССИФИКАЦИЯ | 5 |
| ДИАГНОСТИКА | 11 |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ | 14 |
| ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ | 18 |
| ССЫЛКИ НА НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ | 20 |
| АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ | 21 |
| ПОСЛЕСЛОВИЕ | 22 |
| ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА. СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЕБА НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ | 23 |

ОБЩЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ

Методические рекомендации содержат информацию по диагностике и лечению врожденной двусторонней асимметричной расщелины верхней губы, расщелины неба с асимметрией мягкого неба и язычков.

В документе описана новая классификация расщелин верхней губы и неба с учетом асимметрии пораженной области и способы их хирургического лечения.

По данным разных ученых врожденные расщелины верхней губы и неба составляют 12-30% среди пороков развития и 86-88% аномалий челюстно-лицевой области [Фомичев И.В. с соавт.,2014; Муратов И.В. с соавт.,2016; Таалайбеков Н.Т. с соавт.,2016; Александрова Л.И.,2018; Корсак А.К. с соавт.,2018; Ешиев Д.А.,2019; Чуйкин С.В. с соавт.,2019; Касимовская Н. А. с соавт.,2020]. Врожденная патология лица описана в отечественной и зарубежной литературе с обсуждением множества способов хирургического лечения различных видов расщелин верхней губы и неба. Однако, анатомические и функциональные нарушения при сложных и редких формах расщелин верхней губы и неба, в том числе при асимметричных поражениях изучены недостаточно, частота их встречаемости на территории Урала не представлена в современной научной литературе. Асимметричные расщелины верхней губы отмечены лишь в некоторых классификациях, а характеристика асимметрии мягкого неба и язычков отсутствует. В отдельных научных публикациях представлены некоторые данные по лечению асимметричных расщелин.

Ретроспективный статистический анализ историй болезни 687 пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба, получивших лечение на базе МКМЦ «Бонум» (г. Екатеринбург) за период 2015-2019 гг., позволяет отметить, что в 8,59 % случаев диагностируется асимметрия пораженных тканей [Рогожина Ю.С. и соавт., 2019]. Выявление детей с данным пороком развития представляет интерес для врачей челюстно-лицевых хирургов как с теоретической, так и практической точки зрения, позволяет совершенствовать организационные и технологические виды оказания медицинской помощи, предусматривает особенности диагностики и лечения.

Разработка и внедрение в практику классификации с уточнением асимметричных поражений позволяет учитывать особенности клинических проявлений врожденной расщелины верхней губы и неба и отвечает критериям оказания качественной медицинской помощи пациентам данной категории.

ЦЕЛЬ ДОКУМЕНТА

Описание новой классификации и способов хирургического лечения детей с асимметричными формами врожденной двусторонней расщелины верхней губы и расщелины неба с асимметрией мягкого неба и язычков.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Оптимизация диагностики и лечения детей с асимметричными формами врожденной расщелины верхней губы и неба. Повышение знаний врачей челюстно-лицевых хирургов по вопросам диагностики и лечения асимметричной двусторонней расщелины верхней губы и расщелины неба с асимметрией мягкого неба и язычков.

Внедрение в практику врачей челюстно-лицевых хирургов алгоритмов усовершенствованного хирургического лечения и послеоперационного ведения детей с асимметричными расщелинами верхней губы и неба. Повышение качества оказания медицинской помощи детям данной категории.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Расщелина губы и/или неба – это тяжелый порок развития челюстно-лицевой области, проявляющийся нарушением непрерывности верхней губы, альвеолярного отростка и неба, сопровождающийся значимыми функциональными нарушениями.

Трудности восстановления нарушенных жизненно важных функций питания, дыхания и речи, анатомического восстановления верхней губы, носа и верхней челюсти в условиях растущего организма являются причиной инвалидизации детей с расщелинами губы и неба.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Морфологические и функциональные нарушения при врожденной расщелине верхней губы и неба многообразны, поэтому клиническая практика требует систематизации различных видов поражений.

В зависимости от характера, степени тяжести данного порока отечественными и зарубежными учеными разработаны и предложены разные виды систематизации. В основу классификаций положены основные признаки порока или их сочетания: анатомические, морфологические, клинические, эмбриологические этиопатогенетические, хирургические.

Существует большое количество классификаций, но врачи клиник, которые занимаются диагностикой и лечением врожденных расщелин лица и неба, выбирают для себя наиболее удобные виды систематизации порока.

Классификации врожденной расщелины верхней губы и неба:

- Классификация Рауэр А.Е., Михельсон Н.М. (1954)
- Классификация Kernahan D.A., Stark R.B. (1958)
- Классификация Дубова М. Д. (1960)
- Классификация Семенченко Г.И., Вакуленко В. И. (1967)
- Классификации Фроловой Л.Е. (1973)
- Классификация Колесова А.А., Каспаровой Н.Н. (1974)
- Классификация Millard D. R. (1976)
- Классификация Бернадского Ю.И. (1968,1985)
- Классификация Kriens O. (1989)
- Классификация Pfeifera J. (1966,1991)
- Классификация Московского медицинского стоматологического института (ММСИ) (1991)
- Классификация Давыдова Б.Н. и Новоселова Р.Д, (1997)
- Классификация Мамедова Ад. А. (1998)
- Международная классификация болезней МКБ-10 (1999)

Для обеспечения кодирования диагноза для перевода их в международный статистический вид используется МКБ-10, которая является нормативным документом для формирования системы учета заболеваемости и смертности, средством для обеспечения достоверности и сопоставимости статистических данных в здравоохранении. В структуре МКБ-10 выделен класс, врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений, с указанием кода расщелин губы и неба (см. ниже).

КЛАСС XVII ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ [ПОРОКИ РАЗВИТИЯ], ДЕФОРМАЦИИ И ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ (Q00-Q99)

Расщелина губы и неба [заячья губа и волчья пасть] (Q35-Q37)

При необходимости указания на связанные с этим пороки развития носа используйте дополнительный код (Q30.2)

Исключен: синдром Робина (Q87.0)

Q35 Расщелина неба [волчья пасть]

Включены:

- фиссура неба
- расщепление неба

Исключена: расщелина неба и губы (Q37-)

Q35.1 Расщелина твердого неба

Q35.3 Расщелина мягкого неба

Q35.5 Расщелина твердого и мягкого неба

Q35.7 Расщелина язычка

Q35.9 Расщелина неба [волчья пасть] неуточненная

Q36 Расщелина губы [заячья губа]

Включены:

- расщелина губы
- заячья губа
- labium leporinum

Исключена: расщелина губы и неба (Q37-)

Q36.0 Расщелина губы двусторонняя

Q36.1 Расщелина губы срединная

Q36.9 Расщелина губы односторонняя

Q37 Расщелина неба и губы [волчья пасть с заячьей губой]

Q37.0 Расщелина твердого неба и губы двусторонняя

Q37.1 Расщелина твердого неба и губы односторонняя

Q37.2 Расщелина мягкого неба и губы двусторонняя

Q37.3 Расщелина мягкого неба и губы односторонняя

Q37.4 Расщелина твердого и мягкого неба и губы двусторонняя

Q37.5 Расщелина твердого и мягкого неба и губы односторонняя

Q37.8 Двусторонняя расщелина неба и губы неуточненная

Q37.9 Односторонняя расщелина неба и губы неуточненная

Классификация МКБ – 10 используется для единства методических подходов и международной сопоставимости материалов, но с точки зрения научных исследований и детализации особенностей она не позволяет охватить все варианты расщелин.

Большинство зарубежных и отечественных классификаций основываются на клинко-анатомических особенностях расщелины верхней губы и неба (Рауэр А.Е., Михельсон Н.М., 1954; Дубов М.Д.,1960; Фролова Л.Е.,1973; классификация Московского медицинского стоматологического института (ММСИ), 1991; Мамедов Ад. А.,1998).

Широко используемая в современной практике, **клинко-анатомическая классификация Мамедова Ад. А. (1998)** включает следующие группы:

- I. Односторонняя расщелина верхней губы
 - частичная
 - полная
- II. Двусторонняя расщелина верхней губы
 - частичная, асимметричная
 - полная симметричная, полная асимметричная
- III. Односторонняя расщелина верхней губы и альвеолярного отростка
 - частичная
 - полная
- IV. Двусторонняя расщелина верхней губы и альвеолярного отростка
 - частичная симметричная
 - частичная асимметричная
 - полная симметричная
 - полная асимметричная

II. Двусторонняя расщелина верхней губы (рис. 2, 3)

1. **Скрытая**; 2. Частичная

а). симметричная, б). асимметричная



3. Полная

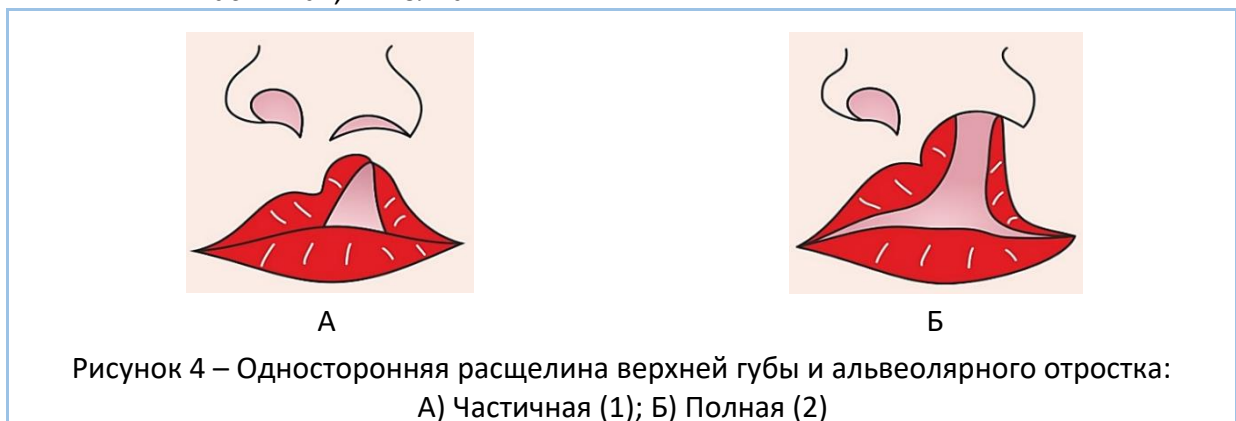
а) симметричная

б) асимметричная



III. Односторонняя расщелина верхней губы и альвеолярного отростка (рис. 4)

1. Частичная; 2. Полная



- IV. Двусторонняя расщелина верхней губы и альвеолярного отростка (рис. 5, 6)
 1. Частичная: а). симметричная; б). асимметричная



Рисунок 5 – Двусторонняя расщелина верхней губы и альвеолярного отростка:
 А) Частичная симметричная (1а); Б) Частичная асимметричная (1б)

2. Полная: а). симметричная; б). асимметричная



Рисунок 6 – Двусторонняя расщелина верхней губы и альвеолярного отростка:
 А) Полная симметричная (2а); Б) Полная асимметричная (2б)

- V. Односторонняя полная расщелина верхней губы и нёба (рис. 7)
 а) **без асимметрии мягкого неба и язычков**
 б) **с асимметрией мягкого неба и язычков**

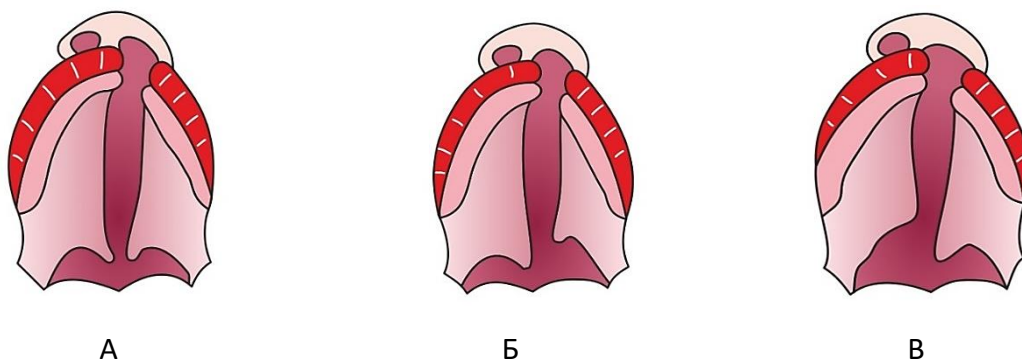


Рисунок 7 – Односторонняя полная расщелина верхней губы и нёба:
 А) Без асимметрии мягкого неба и язычков;
 Б), В) С асимметрией мягкого неба и язычков

VI. Двусторонняя полная расщелина верхней губы и нёба (рис. 8)

а). без асимметрии мягкого неба и язычков

б). с асимметрией мягкого неба и язычков

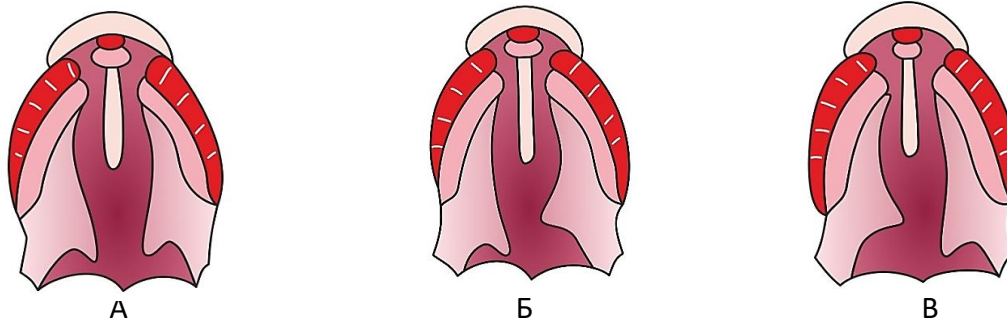


Рисунок 8 – Двусторонняя полная расщелина верхней губы и нёба:

А) Без асимметрии мягкого неба и язычков;

Б), В) С асимметрией мягкого неба и язычков

VII. Расщелина нёба (рис. 9)

1. Скрытая;

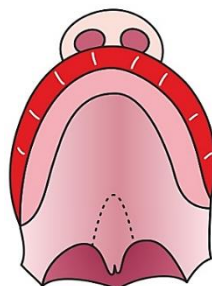


Рисунок 9 – Скрытая расщелина неба (1)

2. Частичная (рис. 10)

а) без асимметрии мягкого неба и язычков

б) с асимметрией мягкого неба и язычков

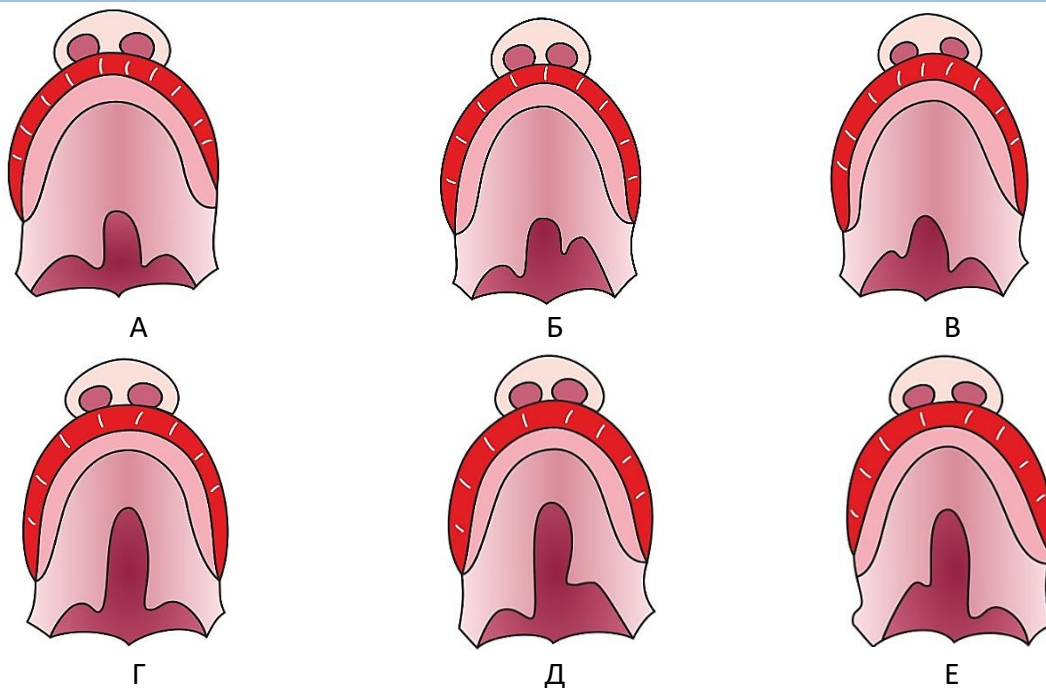


Рисунок 10 – Расщелина неба:

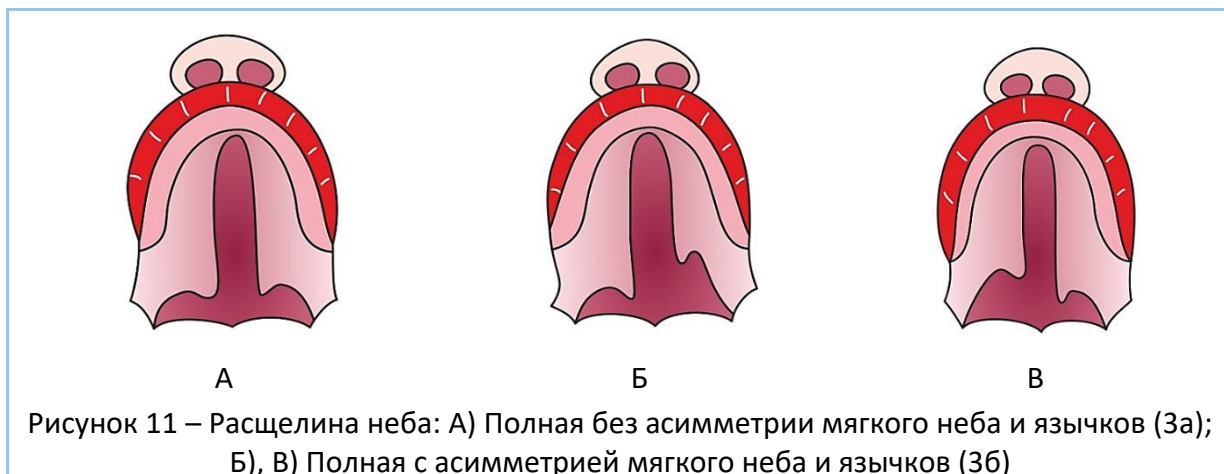
А), Г) Частичная без асимметрии мягкого неба и язычков (2а);

Б), В), Д), Е) Частичная с асимметрией мягкого неба и язычков (2б)

3. Полная (рис. 11)

а). без асимметрии мягкого неба и язычков

б). с асимметрией мягкого неба и язычков



VIII. Атипичная форма

1. Косая расщелина лица (колобома)

а). односторонняя

б). двусторонняя

2. Поперечная расщелина лица

а). односторонняя

б). двусторонняя

3. Срединная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и носа

4. Срединная расщелина нижней губы и альвеолярного отростка нижней челюсти.

В предложенной классификации подробно представлены клинические особенности различных видов врожденной расщелины верхней губы и неба с детализацией разнообразия встречающейся асимметрии поражения. С учетом разработанного классификатора появилась возможность предложить новые способы хирургического лечения асимметричных поражений верхней губы и неба, а также тактику ведения данной группы пациентов совместно с другими специалистами.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз расщелина верхней губы и неба является клиническим и устанавливается на основании визуального осмотра, антропометрических, рентгенологических и ультразвуковых методов исследования.

При диагностике двусторонних асимметричных поражений тканей верхней губы регистрируется значительное смещение мягких структур в одну из сторон от средней линии лица. Наиболее четкая картина асимметрии пораженных тканей отмечается при двусторонней расщелине верхней губы в сочетании с расщелиной неба, когда одна сторона дефекта представлена сквозным поражением всех тканей верхней губы и носа (верхней губы, альвеолярного отростка и неба), а противоположная сторона демонстрирует скрытую или частичную расщелину, не затрагивая преддверие носа. При врожденной двусторонней асимметричной расщелине верхней губы по сравнению с «типичной» расщелиной чаще всего более выражена деформация носа: крылья носа и арки крыльчатых хрящей находятся на разных уровнях, возможно укорочение кожной части перегородки носа больше с одной стороны по сравнению с противоположной, центральный фрагмент верхней челюсти может смещаться в ту или иную сторону (рис. 12).



Рисунок 12 – Варианты двусторонней асимметричной расщелины верхней губы

Расщелина неба с асимметрией мягкого неба и язычков характеризуется разной длиной мягкого неба и язычков двух расщепленных фрагментов, может сочетаться с деформацией одного из язычков, а также, с дефицитом собственных тканей неба. Мышечно-слизистая морфология язычков двух половин неба также может различаться между собой, так, например, один из язычков может иметь нормальную слизисто-мышечную структуру, а у другого - мышечный слой гипоплазирован или вообще отсутствует. Такие расщелины неба представляют наибольшую сложность при их хирургическом лечении (рис. 13).



Рисунок 13 – Варианты расщелины неба с асимметрией мягкого неба и язычков

Использование параметров лицевой антропометрии - основных точек лица (табл. 1, рис. 14) помогает детально изучить клинические особенности асимметрии арок крыльных хрящей носа и моделировать исход операции по одновременному устранению дефекта верхней губы и носа при асимметрии пораженных тканей различной степени тяжести.

Таблица 1

Основные антропометрические параметры (точки) лица

| Стандартные точки | Локализация |
|-----------------------------------|---|
| al (alare) | Наиболее выступающая точка крыла носа |
| sn (subnasale) | Точка в середине основания кожной части перегородки носа на границе с верхней губой |
| ch (cheilion) | Точка угла рта |
| ls (labiale superius) | Средняя точка контура линии «лука Купидона» |
| li (labiale inferius) | Средняя точка линии красной каймы нижней губы |
| cph (christaphiltri) | Точка в возвышенной части подносового желобка (наивысшая точка линии «лука Купидона») |
| ai (angulus intercruralis) | Точка перехода медиальной ножки большого крыльного хряща в латеральную (наивысшая точка арки крыльного хряща) |
| n (nasion) | Верхненосовая точка, лежащая по центру на уровне носо-лобного шва |
| gn (gnathion) | Нижняя точка подбородка, лежащая по центру |

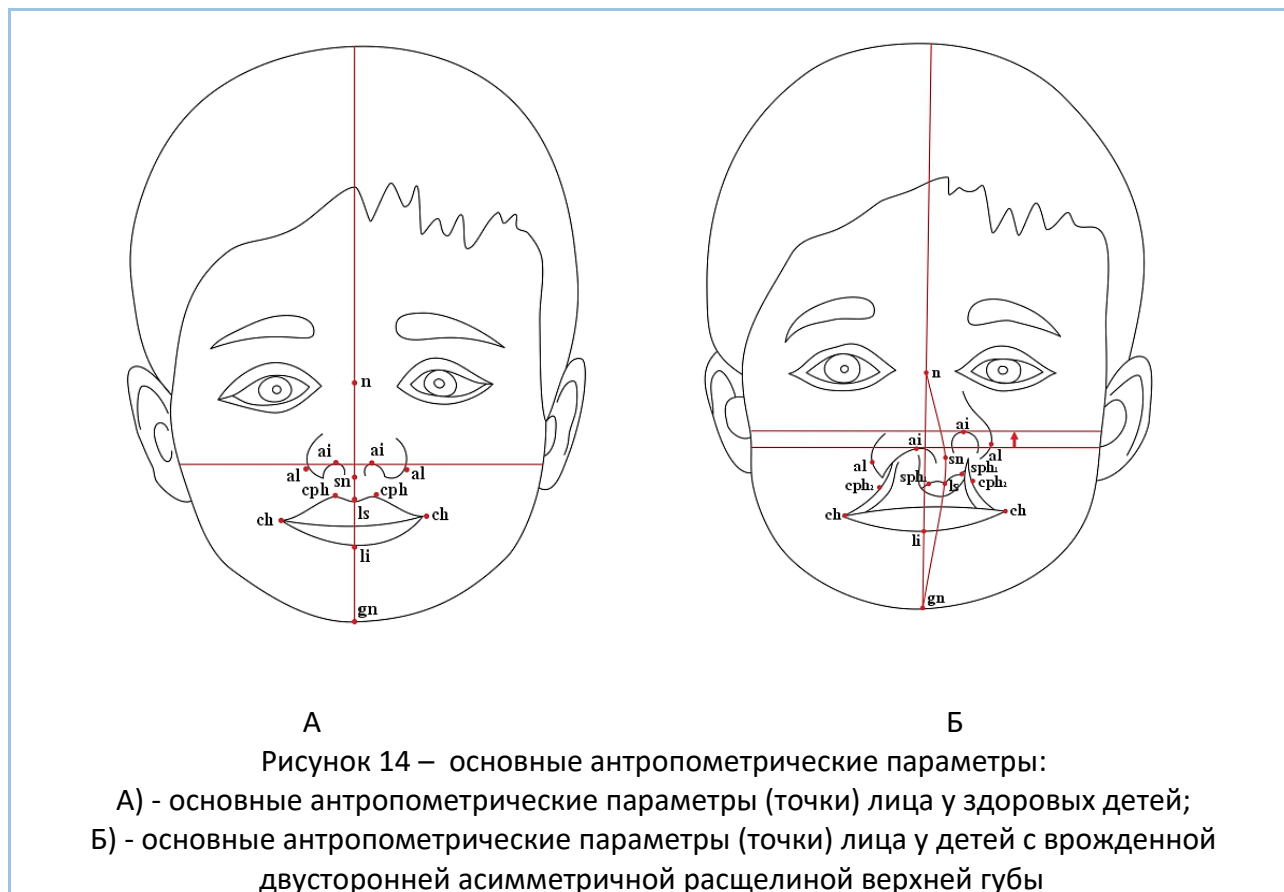


Рисунок 14 – основные антропометрические параметры:

- А) - основные антропометрические параметры (точки) лица у здоровых детей;
- Б) - основные антропометрические параметры (точки) лица у детей с врожденной двусторонней асимметричной расщелиной верхней губы

Для лечения детей с врожденной двусторонней асимметричной расщелиной верхней губы с выраженной деформацией и асимметрией носа, арок крыльных хрящей и крыльев носа, предложен «Способ одномоментной двусторонней хейлоринопластики при асимметричной двусторонней расщелине верхней губы» (патент РФ 2710857 от 14 января 2020, Автор: Рогожина Ю.С.).

Способ осуществляется следующим образом:

1. До начала операции определяют анатомические ориентиры, производят разметку и наносят рисунок будущих разрезов: на центральном фрагменте верхней губы отмечают центральную и две наивысшие точки линии «лука Купидона», на боковых фрагментах верхней губы определяют места расположения высших точек линии «лука Купидона», расположенные на равном расстоянии от углов рта, отмечают наивысшую точку приподнятой арки крыльного хряща и симметрично эту точку переносят на противоположную сторону, прорисовывая будущее положение арки опущенного крыла. Разметка и линии разрезов поясняются (рис. 15).

2. Под эндотрахеальным наркозом, с предварительной инфильтрацией мягких тканей верхней губы и носа раствором анестетика, с помощью скальпеля производят разрезы, согласно ранее нанесенному рисунку. Мобилизуют и откидывают вверх кожный лоскут центрального фрагмента верхней губы с V-образным лоскутом красной каймы. Выкраивают, мобилизуют и перемещают кверху кожно-подкожные лоскуты с боковых участков срединного фрагмента, со стороны опущенного крыла носа лоскут плавно переходит в кожно-хрящевой, содержащий кожу и медиальную ножку крыльного хряща (рис. 16 А). Арки крыльных хрящей устанавливают в симметричное положение и фиксируют между собой. Таким образом формируют симметричный кончик и купол носа (рис. 16 Б). При выкраивании треугольных лоскутов на боковых фрагментах верхней губы разрезы продлевают циркулярно за основания крыльев носа с двух сторон, также производят разрезы в области внутренней поверхности крыльев носа, крылья носа мобилизуют, перемещают к центру и фиксируют к основанию перегородки носа нерассасывающимся шовным материалом (капроном), что позволяет сузить растянутые крылья носа.

3. При необходимости, для устранения гребневидной складки в области внутренней поверхности крыльев носа, производится Z – пластика.

4. Производят разрезы преддверия рта боковых фрагментов по типу «кочерги», слизистую ушивают рассасывающимся шовным материалом, перемещая лоскуты боковых фрагментов к центру, формируют преддверия полости рта во фронтальном отделе достаточной глубины.

5. Выделяют и ушивают между собой фрагменты круговой мышцы рта, тем самым восстанавливают нормальную функцию верхней губы.

6. Возвращают на место откинутый кверху лоскут с центрального фрагмента верхней губы с V-образным лоскутом красной каймы. На кожу швы накладывают нерассасывающимся шовным материалом, на слизистую – рассасывающимся. Благодаря V-образному лоскуту, формируют правильной формы линию «лука Купидона», а также линейные симметричные рубцы, совпадающие с линией фильтрума верхней губы (рис. 17).

7. В носовые ходы с двух сторон устанавливают мазевые турунды «Тампограст».

Таким образом, за счет продолжения медиального разреза срединного фрагмента верхней губы со стороны опущенного крыла носа вверх по ободку крыла носа согласно нанесенного вначале операции рисунка (разрез должен быть симметричен арке крыльного хряща противоположной стороны), а также за счет продолжения латеральных разрезов симметрично вверх с двух сторон по заднему краю медиальных ножек крыльных хрящей с выкраиванием, мобилизацией и перемещением вверх со стороны опущенного крыла носа

кожно-хрящевому лоскуту, содержащего кожу и медиальную ножку крыльчатого хряща, арки крыльчатых хрящей устанавливают в симметричное положение и фиксируют между собой.

Таким образом, удлиняют колумеллу, устраняют асимметрию арок крыльчатых хрящей и формируют симметричный кончик и купол носа.

Циркулярные разрезы за основания крыльев носа на боковых фрагментах верхней губы и мобилизация крыльев носа позволяют сузить растянутые крылья носа.

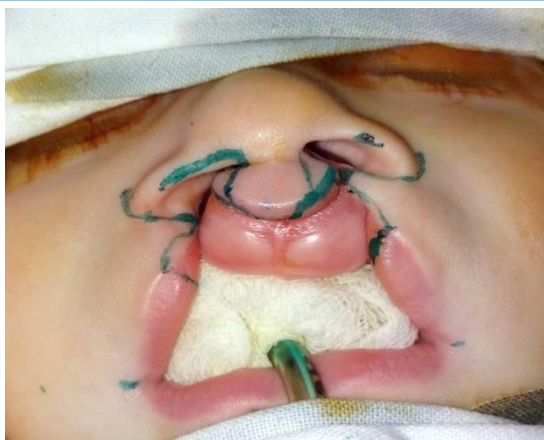


Рисунок 15 – Разметка и нанесение линий разрезов перед операцией в области верхней губы и носа по предлагаемому способу

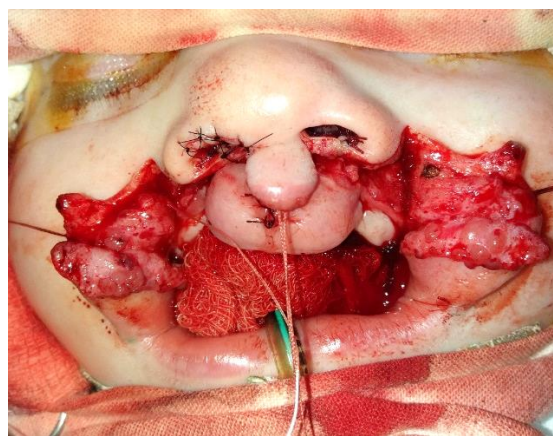
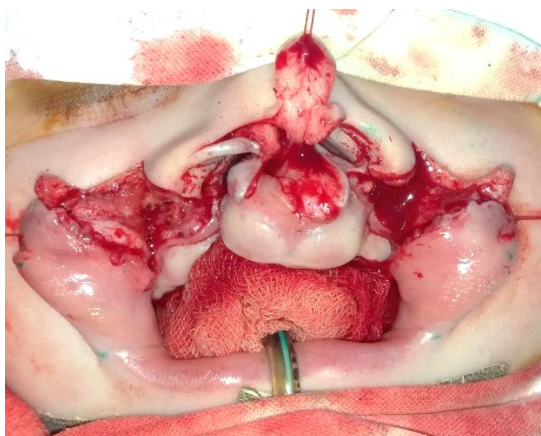


Рисунок 16 – (А, Б) Основные этапы операции по предлагаемому способу



Рисунок 17 – Вид верхней губы и носа после операции по предлагаемому способу

Комбинация разработанных усовершенствований при проведении одномоментной двусторонней хейлоринопластике позволяет улучшить косметический и функциональный

результат лечения детей с врожденной двусторонней асимметричной расщелиной верхней губы, делает возможным устранить врожденную деформацию верхней губы и носа уже при первичном оперативном вмешательстве, что позволяет сократить количество корректирующих операций и сроки реабилитации детей.

Для асимметричных вариантов расщелины неба предложен «Способ устранения асимметрии мягкого неба и язычков при велоуранопластике» (патент РФ 2713979 от 11 февраля 2020 г., Автор: Рогожина Ю.С.), который позволяет устранить асимметрию мягкого неба и язычков при всех формах расщелины неба.

Способ осуществляется следующим образом:

1. Под эндотрахеальным наркозом с помощью скальпеля освежают края расщелины (производят разрезы слизистой по краям расщелины до вершины язычков с двух сторон). В переднем отделе неба производят разрезы в зависимости от вида расщелины. Например, при изолированной полной расщелине неба производят разрезы с формированием в переднем отделе неба треугольного лоскута с основанием в области альвеолярного отростка верхней челюсти, при односторонней полной расщелине неба в переднем отделе на большем фрагменте верхней челюсти выкраивают опрокидывающийся лоскут, а при двусторонней полной расщелине неба в переднем отделе производят Т – или V-образные разрезы, либо выкраивают четырехугольный опрокидывающийся лоскут с межчелюстной кости. Проводят разрезы Лангенбека, которые в задних отделах переходят за альвеолярные отростки верхней челюсти (рис. 18).



При наличии широкой расщелины неба освежение краев расщелины в области мягкого неба и язычков производят с захватом ротовой части слизистой примерно на 0,3-0,5 см, с целью создания дополнительного объема мягких тканей для свободного ушивания носовой слизистой в области мягкого неба и язычков.

2. Отслаивают слизисто-надкостничные лоскуты в области твердого неба с выделением, сохранением и мобилизацией сосудисто-нервных пучков для свободного смещения слизисто-надкостничных лоскутов кзади и медиально.

3. Отсекают блок мышц *m. Levator veli palatini*, *m. Palatopharyngeus*, *m. Tensor veli palatini* от заднего края горизонтальной небной пластинки, крючка и медиальной поверхности внутренней пластинки крыловидного отростка основной кости, мобилизуют их от носовой и ротовой слизистой.

4. В области носовой слизистой мягкого неба и язычка меньшей длины производят поперечные разрезы, необходимые для выравнивания длины тканей мягкого неба и язычка с тканями противоположной стороны (рис. 19 А). Их глубина и количество зависят от упругости и степени натяжения тканей мягкого неба и язычка.

5. Ткани мягкого неба и язычка с поперечными разрезами растягивают по типу «гармошки», что позволяет удлинить меньший фрагмент мягкого неба и язычок (рис. 19 Б).

6. Две половины носовой слизистой и язычки симметрично сшивают между собой, формируя анатомически правильную форму мягкого неба и язычка.

7. Мобилизованные мышцы мягкого неба перемещают из положения, параллельного расщелине, в поперечное и сшивают между собой. Мобилизованные слизисто-надкостничные лоскуты свободно смещают кзади и к центру.

8. На ротовую слизистую накладывают швы рассасывающимся шовным материалом (рис. 20).

9. Фиксируют ротовую и носовую слизистую между собой П-образными швами рассасывающимся шовным материалом для профилактики смещения слизисто-надкостничных лоскутов в первоначальное положение после их перемещения кзади и медиально, а также предотвращения провисания слоев мягкого неба (носовая слизистая – мышцы – ротовая слизистая) и профилактики его грубого рубцевания вследствие скопления крови между слоями. Фиксацию П-образными швами проводят таким образом, что сначала иглой прокалывают ротовую слизистую с одной стороны мягкого неба, проходят через толщу мышц мягкого неба, затем захватывают иглой носовую слизистую и, проходя через толщу мышц в обратном направлении, выкалывают в области ротовой слизистой с противоположной стороны и завязывают узел. Такие П-образные швы при необходимости могут накладываться в нескольких местах неба.

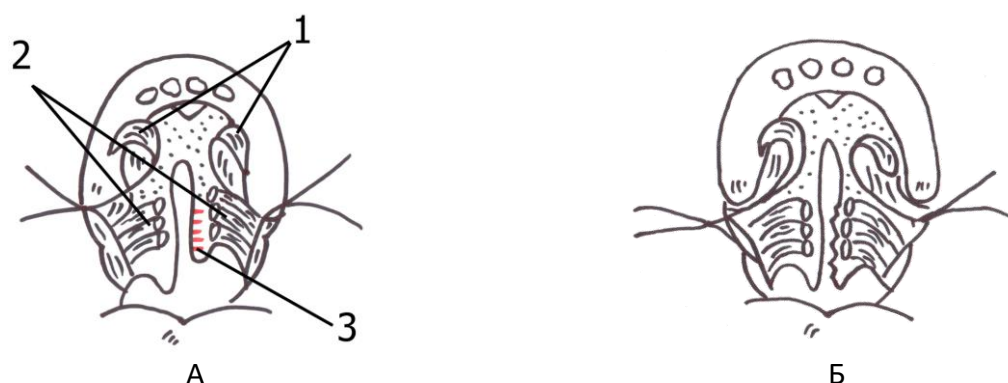


Рисунок 19 - Основные этапы операции по устранению асимметрии мягкого неба и язычков: А) - 1 – отслойка слизисто – надкостничных лоскутов в области твердого неба с выделением сосудисто-нервных пучков; 2 – выделение и переориентация мышц мягкого неба; 3 – поперечные разрезы на носовой слизистой меньшего фрагмента мягкого неба и язычка; Б) – растяжение носовой слизистой и язычка по типу «гармошки» в области меньшего фрагмента мягкого неба

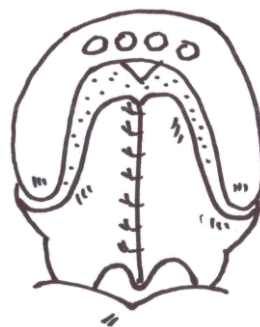


Рисунок 20 – Небо после операции велоуранопластики с восстановлением симметрии мягкого неба и язычков

Таким образом, предложенный способ позволяет устранить асимметрию мягкого неба, сформировать правильную физиологическую форму язычка с адаптацией меньшего

фрагмента мягкого неба путем нанесения поперечных разрезов на слизистую оболочку неба, глубина и количество которых зависит от упругости и степени натяжения мягких тканей мягкого неба и язычка, а также предотвратить смещение слизисто-надкостничных лоскутов в первоначальное положение, предупредить образование свободного пространства и скопление крови между слоями мягкого неба (слизистая оболочка носа – мышцы – слизистая оболочка рта), что позволяет уменьшить образование грубых рубцов на мягком небе и обеспечить активную работу мышц.

В случае сочетания асимметричной расщелины неба с дефицитом собственных тканей, при сложных «широких» вариантах порока, при недостаточности собственных тканей, необходимо использовать дополнительный материал, в том числе «титановый шелк», например:

- изолированные расщелины неба, односторонние или двусторонние расщелины неба с шириной более 1,5-2,0 см,
- односторонние или двусторонние расщелины неба с диастазом фрагментов в области альвеолярного отростка более 0,5 см.

«Титановый шелк» на 99,9 % состоит из титана и имеет ряд преимуществ: обладает биохимической и биомеханической совместимостью с тканями организма, способствует направленной регенерации мягких тканей неба, устойчив к микробной флоре, т.к. не впитывает жидкие среды (например, кровь, слюну, тканевую жидкость), в связи с чем при его использовании нет условий для размножения микроорганизмов, мелкоячеистая структура материала предупреждает проникновение содержимого ротовой и носовой полости даже в случае расхождения швов операционной раны.

Уровень недостаточности тканей нужно определить пропорцией ширины расщелины и размером небных пластинок с 2-х сторон. Оптимальным соотношением для эффективной пластики неба является соотношение 2:1, при котором суммарная ширина небных пластинок с 2-х сторон в 2 раза больше ширины расщелины. При дефиците собственных тканей возможно соотношение 1,5:1 и 1:1 или 0,5:1. В таких случаях лучше использовать «титановый шелк», как дополнительный «поддерживающий» материал, который заводится под мобилизованный край слизистой оболочки, а при двусторонней полной расщелине дополнительно укрывается опрокидывающимся лоскутом, выкроенным на межчелюстной кости.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Послеоперационное ведение пациентов с врожденной асимметричной расщелиной верхней губы после одномоментной двусторонней хейлоринопластики направлено на профилактику воспалительных осложнений, последующего грубого рубцевания, должно включать:

1. Антибактериальная терапия для профилактики гнойно-воспалительных осложнений коротким курсом (3-4 дня) в возрастных дозировках, может быть продлена до 5 дней в случае широкого расщепления тканей и их обширной мобилизации во время операции. Антибактериальная терапия назначается с учетом данных бактериологического исследования отделяемого из носо- и ротоглотки перед операцией с определением чувствительности бактерий к антибиотикам.

2. Назначение НПВП (ибупрофен, парацетамол) в возрастных дозировках продолжительностью до 5 дней.

3. Физиолечение (магнитолазерная терапия) направлено на уменьшение отека тканей в зоне операции и создание благоприятных условий рубцевания.

4. Щадящий режим кормления. Питание производится через шприц без иглы или ложкой, для этого используют сцеженное грудное молоко или питательную смесь в соответствии с возрастом ребенка. Питание должно производиться дробно, небольшими

порциями. В послеоперационном периоде нежелательно использование сосок-пустышек, так как возможна мацерация послеоперационных тканей и расхождение швов.

5. Ежедневные перевязки послеоперационной раны растворами антисептиков и смена внутриносовых тампонов до снятия швов.

6. Снятие швов на 7-8 сутки после операции.

7. Изготовление внутриносовых вкладышей с 2-х сторон на 6 сутки после операции, их ношение не менее 6 месяцев. При наличии клинических признаков незавершенности процесса рубцевания (плотные розовые рубцы около носовых ходов) срок ношения вкладышей должен быть продлен до 8 месяцев.

8. Выписка из стационара на 7-8 сутки после операции.

9. Рекомендации по проведению массажа верхней губы и использованию наружных противорубцовых препаратов. Родителям пациента выдается памятка, в которой содержится информация по уходу за верхней губой, особенностям кормления ребенка, рекомендации по проведению массажа верхней губы в домашних условиях и физиолечения в позднем послеоперационном периоде. В процессе и после массажа рекомендовано использование противорубцовых препаратов аппликационно (тизол с лидазой, ферменкол гель косметический, камелокс гель с аллантолином, дерматикс гель силиконовый, цикатрикс крем регенерирующий) сроком до 1 года. Одновременно родители обучаются приемам массажа врачом-физиотерапевтом в стационаре, а после выписки проводят его сами в домашних условиях. Из физиопроцедур назначается электрофорез с витамином Е (а-токоферола ацетат) на область верхней губы. Повторные курсы рекомендованы через 3 месяца, но не более 4-х раз в течение текущего года.

10. Явка на контрольный осмотр к челюстно-лицевому хирургу через 1,5-2 месяца, 4-6 месяцев, через 10-12 месяцев.

Послеоперационный уход детей с асимметрией мягкого неба и язычков после пластики неба направлен на профилактику воспалительных осложнений, грубого рубцевания, быстрое восстановление функции мышц мягкого неба и должно включать:

1. Снятие защитной пластинки (при наличии) через 1-2 дня после операции. Защитная пластинка изготавливается до операции.

2. Антибактериальная терапия курсом 5-7 дней в возрастных дозировках для профилактики гнойно-воспалительных осложнений. Антибактериальная терапия назначается с учетом данных бактериологического исследования отделяемого из носо- и ротоглотки перед операцией с определением чувствительности бактерий к антибиотикам.

3. Обезболивающая терапия НПВП (ибупрофен, парацетамол) в возрастных дозировках сроком до 5 дней.

4. Физиолечение в раннем послеоперационном периоде направлено на уменьшение отека тканей в зоне операции и ускорение заживления послеоперационной раны; в позднем периоде - на профилактику грубого рубцевания. Для ускорения процессов заживления и уменьшения отечности тканей проводится магнитолазерная терапия на область послеоперационной раны. Использование аппарата «Биоптрон» - поляризованный свет на челюстно-лицевую область.

5. Щадящая диета (челюстной стол № 2) на весь период пребывания в стационаре и еще на 1 месяц после выписки, в случаях асимметричной расщелины неба с дефицитом собственных тканей щадящая диета рекомендована до 1,5 месяцев после выписки.

6. Ежедневные перевязки послеоперационной раны и полости рта растворами антисептиков и полости рта. Для наложения швов используют резорбируемый шовный материал, не требующий снятия швов. Допустима обработка швов облепиховым маслом для ускорения процесса заживления.

При появлении признаков кандидоза полости рта, рыхлости мягких тканей вокруг швов местно назначается противогрибковый препарат клотримазол.

7. Выписка из стационара на 8-10 сутки после операции.

8. Родителям выдается памятка, в которой содержится информация по уходу за полостью рта, особенностям кормления ребенка, по проведению массажа неба и физиолечения (электростимуляция) в позднем послеоперационном периоде. Родители обучаются приемам массажа врачом физиотерапевтом в стационаре. Рекомендации по занятиям с логопедом. Перед курсом стимуляции неба проводится электродиагностика состояния нейромышечного аппарата челюстно-лицевой области для правильного подбора параметров электрического тока. Стартовая частота тока при электродиагностике составляет 70 Гц. Если мышцы мягкого неба реагируют на частоту тока менее 70 Гц, то необходимо начинать их стимуляцию. Повторные курсы проводятся через 3 месяца - до четырех курсов в год до достижения нормальной функции неба.

9. Явка на контрольный осмотр к челюстно-лицевому хирургу через 1,5-2 месяца, 5-6 месяцев, через 10-12 месяцев.

В позднем послеоперационном периоде (через 2-3 месяца после операции) рекомендована реабилитация на базе отделения восстановительного лечения МКМЦ «Бонум» (г. Екатеринбург), где дети получают физиолечение, занятия с логопедом, уроки логоритмики и консультации специалистов смежных профилей (невролога, отоларинголога, педиатра, ортодонта). Курсы реабилитационных мероприятий рекомендуется повторять до 4-5 раз с интервалом в 3-4 месяца.

ССЫЛКИ НА НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Приказ № 170 Минздрава РФ от 27 мая 1997 г. «О переходе органов и учреждений здравоохранения РФ на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра». Переход на МКБ-10 как единого международного нормативного документа для формирования системы учета и отчетности в здравоохранении осуществлен с 01 января 1999 г.

Информационно-методическое письмо Минздрава РФ от 01 января 2002 г. «Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины»

Клинические рекомендации по диагностике и лечению пациентов с челюстно-лицевыми деформациями врожденного и приобретенного генеза // Утверждены 24 апреля 2014 г. на заседании секции СТАР «Ассоциация челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-хирургов»

Приказ № 422н Минздрава РФ от 14 июня 2019 г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "челюстно-лицевая хирургия". Настоящий приказ вступил в силу с 1 января 2020 года.

Приказ № 203н Минздрава России от 10.05.2017 «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», включает расширенные и дополненные критерии, в том числе при конкретных заболеваниях и состояниях. Настоящий приказ вступил в силу с 1 июля 2017 года.



РОГОЖИНА ЮЛИЯ СЕРГЕЕВНА

врач челюстно-лицевой и пластический хирург, сотрудник ГАУЗ СО «Многопрофильный клинический медицинский центр «БОНУМ», соискатель кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии Уральского государственного медицинского университета, г. Екатеринбург



БЛОХИНА СВЕТЛАНА ИВАНОВНА

д.м.н., профессор, профессор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии Уральского государственного медицинского университета, г. Екатеринбург



БИМБАС ЕВГЕНИЯ СЕРГЕЕВНА

заведующая кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии, д.м.н., профессор Уральского государственного медицинского университета, г. Екатеринбург

ПОСЛЕСЛОВИЕ

2021 год юбилейный - 30 лет назад образовано «Научно-практическое объединение медико-социальной реабилитации детей и подростков с врожденной челюстно-лицевой патологией и тяжелыми нарушениями речи «Бонум» (г. Екатеринбург). В 1991 г. Центр «Бонум» стал функционировать как самостоятельное юридическое лицо под руководством заслуженного врача РФ, д.м.н., профессора С.И. Блохиной. В золотую летопись развития Уральской стоматологической школы вписаны имена врачей, педагогов, организаторов детской стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: проф., д.м.н. М.В. Мухина, проф., д.м.н. Б.Я. Булатовской, проф., д.м.н. С.И. Блохиной, проф., д.м.н. В.А. Виссарионова и др.

Челюстно-лицевая хирургия рождалась и развивалась как симбиоз общей хирургии, зубопротезирования, одонтологии и стоматологии. Открытие 6 августа 1976 г. стоматологического факультета Свердловского государственного медицинского института, в 1980 г. – кафедры детской стоматологии стало условием для становления научной и практической основы детской стоматологии и челюстно-лицевой хирургии по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками развития лица на Среднем Урале. Частота рождения детей с данными пороками составляет до 30 % всех аномалий у детей (Блохина С.И. и соавт. 2002).

Исторические факты свидетельствуют о длительном и сложном пути от консультативного отделения для детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба на базе ОДКБ № 1 г. Свердловска до создания многопрофильного центра «Бонум» по лечению различных врожденных аномалий и пороков детского населения Свердловской области и других регионов Российской Федерации. Объединение теории с практикой позволило обосновать и развить междисциплинарный подход в оказании медицинской помощи детям с врожденной патологией.

Деятельность сегодняшних сотрудников центра «Бонум» - стоматологов и челюстно-лицевых хирургов - ориентирована на продолжение традиций Уральской школы – формирование компетентного подхода в решении профессиональных задач по оказанию медицинской помощи с использованием современных научных достижений.

Научные направления, определенные целями и задачами создания центра «Бонум», диктовали тематику кандидатских и докторских диссертаций, которые всегда отличались новизной и актуальностью. Полученные в ходе исследований результаты востребованы в практическом здравоохранении Свердловской области, Уральского федерального округа. Заложенные традиции продолжают и сейчас. Подтверждением этого служат подготовленные методические рекомендации в составе авторского коллектива: врач челюстно-лицевой и пластической хирург Ю.С. Рогожина, проф., д.м.н. С.И. Блохина, проф., д.м.н. Е.С. Бимбас. Хочется пожелать уральским специалистам успехов в развитии и совершенствовании медицинской помощи детям с врожденными расщелинами верхней губы и неба.

*Главный внештатный специалист
Уральского федерального округа,
д.м.н., доцент И.Н. Костина*

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА.

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЕБА НА УРАЛЕ



М.В. Мухин
д.м.н., профессор,
(30.09.1897-1973)



Б.Я. Булатовская
д.м.н., профессор,
(25.04.1926-28.10.2006)

Организация первого отделения челюстно-лицевой хирургии на Урале связано с профессором, д.м.н. М.В. Мухиным. Михаил Владимирович окончил медицинский факультет Пермского государственного университета (1918 – 1925). Работал врачом районной больницы г. Оханска, ординатором клиники госпитальной хирургии проф. В.Н. Парина в г. Перми, главным врачом и заведующим хирургическим отделением Кушвинской городской больницы Свердловской области (1932–1936). В 1936–1939 г. обучался в аспирантуре в Уральском институте травматологии и ортопедии (Свердловск).

В 1940 г. обучался на курсе усовершенствования по челюстно-лицевой хирургии в Государственном институте для усовершенствования врачей (Санкт-Петербург). В августе 1941 г. М.В. Мухин мобилизован в эвакогоспиталь № 1710 для организации в нем челюстно-лицевого отделения, которое в 1942 г. было реорганизовано в Специализированный челюстно-лицевой госпиталь. В этот период М.В. Мухин – ведущий хирург, консультант этого госпиталя.

В октябре 1943 г. М.В. Мухин организовал на базе Свердловской больницы для лечения инвалидов ВОВ челюстно-лицевое отделение, которое в 1944 г. после передачи больницы НИИ восстановительной хирургии, травматологии и ортопедии (ВОСХИТО) реорганизовано в клинику челюстно-лицевой хирургии.

В марте 1944 г. Михаил Владимирович в Свердловском медицинском институте защитил докторскую диссертацию. Работу в Уральском научном институте травматологии и ортопедии и эвакогоспитале совмещал с преподаванием в Свердловском медицинском институте на кафедре госпитальной хирургии (1941-1946), читал студентам курс челюстно-лицевой хирургии.

С 1950 г. сотрудником Свердловского НИИ травматологии и ортопедии стала Б.Я. Булатовская. В отделении челюстно-лицевой хирургии в этот период лечились инвалиды Великой Отечественной войны после тяжёлых ранений, а также дети с различными повреждениями лица и врождёнными пороками развития.

В 1959 г. защитила кандидатскую диссертацию «Лечение врождённых расщелин верхней губы», в 1975г. – докторскую диссертацию «Опыт комплексного лечения детей и подростков с врождёнными расщелинами лица и нёба в условиях централизованной диспансеризации».

В 1980-1996 гг. профессор. д.м.н. Б.Я. Булатовская - организатор и руководитель кафедры детского возраста СГМИ.

В 1997-2006 гг. Б.Я. Булатовская работает в должности профессора кафедры. Под ее руководством подготовлены 1 доктор и 8 кандидатов наук.

По инициативе и активном участии Брониславы Яновны в Свердловске открыта специальная школа для детей с тяжелыми нарушениями речи и пороками лица. Школа стала базой известного в России научно-практического объединения «Бонум».

В 1967 г. для детей с врожденной челюстно-лицевой патологией при спецшколе-интернате № 58 г. Свердловска было открыто небольшое консультативное отделение Областной детской клинической больницы № 1 (ОДКБ № 1). Инициаторами создания отделения были д.м.н., профессор Б.Я. Булатовская и к.м.н. Н.С. Кузнецова.

Первоначально в штате отделения было 15 сотрудников. На протяжении нескольких лет отделение не имело собственного помещения. Детей с челюстно-лицевой патологией оперировали в межрайонных центрах Нижнего Тагила, Серова, Каменска-Уральского, Красноуфимска.

В 1975 г. по инициативе д.м.н., профессора, заслуженного врача РФ С.И. Блохиной в спецшколе № 58 была открыта операционная.

Светлана Ивановна Блохина окончила Московский медицинский стоматологический институт в 1968 г. В 1981 г. защитила кандидатскую диссертацию «Диспансеризация детей с врожденными расщелинами лица и неба и врожденным пороком сердца». В 1992 г. защитила докторскую диссертацию «Медико-социальная реабилитация больных с врожденными расщелинами лица и неба в условиях специализированного центра».

В 1989 г. консультативное отделение ОДКБ № 1 (г.Екатеринбург) на базе школы № 58 преобразовано в «Центр восстановительного лечения детей с врожденными дефектами умственного, физического и речевого развития». А через год, в 1990 г. – начал работу Областной центр врожденной челюстно-лицевой патологии у детей (приказы Министерства здравоохранения РСФСР № 203 от 27.11.1990 г.; Главного Управления здравоохранения Свердловского облисполкома №440-П от 25.12.1990 г., Главного управления здравоохранения Свердловского облисполкома № 445-К от 28.12.1990 г.).

С января 1991 г. Центр «Бонум» стал функционировать, как самостоятельное юридическое лицо под руководством заслуженного врача РФ, д. м. н., профессора С.И. Блохиной, было образовано «Научно-практическое объединение медико-социальной реабилитации детей и подростков с врожденной челюстно-лицевой патологией и тяжелыми нарушениями речи «Бонум» на 75 коек (приказ начальника Главного управления здравоохранения Свердловского облисполкома).



С.И. Блохина
д.м.н., профессор



А.Г. Леонов
к.м.н.

С 1990 г. сотрудником центра «Бонум» стал Александр Георгиевич Леонов - выпускник стоматологического факультета СГМИ. Пройдя путь от стоматолога-хирурга и заведующего отделением челюстно-лицевой хирургии до заместителя директора по хирургии.

С 1992 г. А.Г. Леонов был участником проекта «Лицом к лицу» - международной акции помощи детям-инвалидам с врожденными пороками черепно-челюстно-лицевой области. В 1996 г. защитил кандидатскую диссертацию «Первичная хейлоринопластика при односторонней расщелине верхней губы».

Александр Георгиевич является автором 5 патентов на изобретения «Способ реконструктивной ринопластики при врожденной односторонней расщелине верхней губы», «Способ реконструктивной двусторонней хейлоринопластики», «Способ восстановления ушной раковины» и др.). В 2005 г. А.Г. Леонов получил Почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации», в 2010 г. - Лауреат национальной премии «Золотой Ланцет» в номинации «Пластический хирург года».



В.А. Виссарионов
д.м.н., профессор

В 1992-1997 гг. в клинике восстановительной и эстетической хирургии работал и выполнял обязанности зам. научного директора НПО «Бонум» Владимир Алексеевич Виссарионов, где проводил восстановительные операции пациентам с врожденными расщелинами лица. В 1982 г. В.А. Виссарионов защитил кандидатскую диссертацию «Скользкий лоскут в реконструктивной хирургии деформаций после хейлопластики по поводу врожденной односторонней расщелины верхней губы». В 1989 г. защитил докторскую диссертацию «Реконструктивная хейлоринопластика в системе мероприятий по медицинской реабилитации больных с врожденными расщелинами верхней губы». Под его руководством выполнено 29 кандидатских и 10 докторских диссертаций. Владимир Алексеевич - автор и соавтор более 300 научных работ, 3 монографий, 22 патентов РФ. Ежегодно участвовал в работе российских и международных научно-практических конференций (Куба, Венгрия, США, Германия и др.).

Научно-практический центр «Бонум» был создан 30 лет назад, его организационная структура за эти годы изменилась от межобластного консультативного центра НПО «Бонум» до современного многопрофильного клинического медицинского центра (МКМЦ «Бонум»).

В 2008 г. – сдан в эксплуатацию ныне действующий хирургический корпус (ул. Ак. Бардина 9а).

С 2015 г. по настоящее время Центр «Бонум» возглавляет д.м.н. Елена Александровна Дугина.

Елена Александровна закончила Уральский государственный медицинский университет в 1998 году, является главным детским неврологом Министерства здравоохранения Свердловской области, сотрудником кафедры нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики УГМУ, экспертом по специальности «Неврология» Росздравнадзора, членом профильной комиссии по детской неврологии Министерства здравоохранения РФ.



Е.А. Дугина
д.м.н.

БОНУМ – ТВОРЯЩИЙ ДОБРО

БОНУМ



На сегодняшний день МКМЦ «Бонум» (г. Екатеринбург) является специализированным научно-практическим медицинским учреждением, где создана система ранней диагностики, лечения и эффективной комплексной реабилитации детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области, основанная на принципах междисциплинарного системного подхода. На сегодняшний день в МКМЦ «Бонум» получают лечение дети с тяжелой врожденной челюстно-лицевой патологией, а также последствиями травм, ожогов головы и шеи, где мощность стационара составляет 349 коек, амбулаторно-поликлинической службы – до 150 тысяч посещений в год.

Разработанная и реализованная в МКМЦ «Бонум» модель комплексной реабилитации на основе динамического наблюдения детей с рождения и до 18 лет с врожденной челюстно-лицевой патологией обеспечивает высокое качество результатов за счет ранней постановки на учет, своевременности хирургического лечения, применения современных технологий, комплексной медико-психолого-социально-педагогической помощи и является показательной моделью специализированной помощи детям с профильной патологией на территории РФ. Центр «Бонум» известен не только на Урале, но и далеко за его границами.

В настоящее время составе МКМЦ «Бонум» (г. Екатеринбург) работают 12 областных детских специализированных центров: Центр врожденной челюстно-лицевой патологии; Центр патологии речи; Сурдологический центр; Офтальмологический центр; Центр ретинопатии недоношенных; Центр функциональных расстройств нервной системы; Центр перинатальной неврологии; Центр реабилитации детей с последствиями черепно-мозговой травмы; Центр ботулинотерапии; Центр превентивной педиатрии; Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины; Центр ранней диагностики и реабилитации детей с ортопедической патологией, что позволяет проводить полноценную многофункциональную реабилитацию пациентов с профильной патологией.

Главной направленностью работы МКМЦ «Бонум» является предотвращение инвалидности или снижение тяжести заболевания у пациентов, рожденных с выраженными нарушениями здоровья, в том числе и с патологией челюстно-лицевой области, с последующей интеграцией данной группы детей в общество.

Наряду с практической деятельностью в Центре «Бонум» ведется научно-исследовательская работа, функционирует Ученый Совет, Проблемная комиссия и осуществляется издательская деятельность через научно-информационные журналы, утвержденные РФ.

2021 год является юбилейным годом для МКМЦ «Бонум» (г. Екатеринбург), который отметил свое 30-летие успешной практической и научной деятельности.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МКМЦ «БОНУМ»
ФГБОУ ВО УГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ
КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ОРТОДОНТИИ**



**Smile Train – крупнейшая международная
благотворительная организация,
при поддержке, которой за последнее 20 лет
по всему миру получили качественное лечение
более 1,5 миллиона детей с врождёнными расщелинами верхней
губы и неба**

**Методические рекомендации отпечатаны при финансовой
поддержке Smile Train**

**РЕГИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АСИММЕТРИЧНЫХ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН
ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА**