



ПОЛТАВСЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра ортодонції
Зав. кафедри
д мед н, професор Смаглюк ЛВ



5 КУРС

Тема лекції

**УРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ
ОБЛИЧЧЯ ЛЮДИНИ
(ЩІЛИННІ ДЕФЕКТИ).
ЕТАПИ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ**

Лектор:

*доктор медичних наук, доцент
Дмитренко Марина Іванівна*

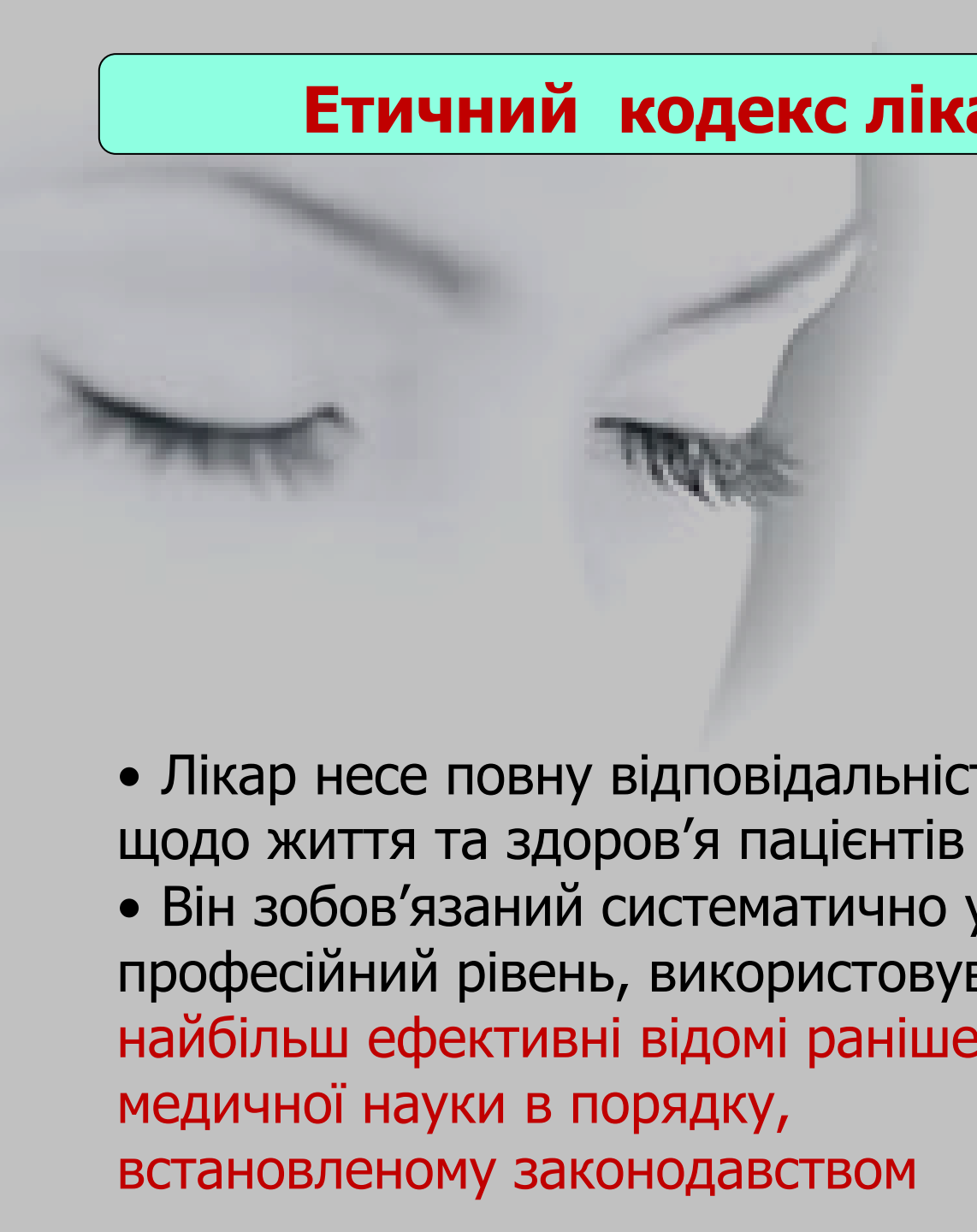
Полтава 2024



План лекції

1. Вступ
 2. Вроджені вади зубо-щелепної ділянки, їх причини, діагностика, класифікація
 3. Морфологічні і функціональні зрушення в зубощелепному апараті при незрощення верхньої губи, альвеолярного паростка, твердого і м'якого піднебіння
 4. Характеристика різних конструкцій obturatorів і показання до їх використання у дітей з незрощеннями верхньої губи, альвеолярного паростка, твердого і м'якого піднебіння
 5. Роль ортодонтичного лікування в реабілітації дітей
-

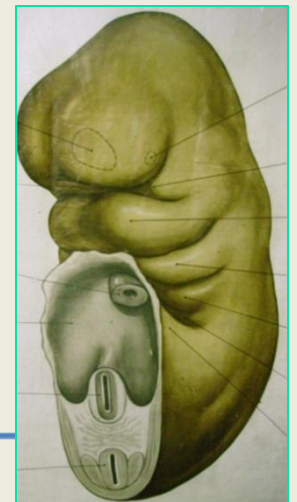
Етичний кодекс лікаря України

- 
- Головна мета професійної діяльності лікаря (практика і вченого) – **збереження та захист життя та здоров'я людини, профілактика захворювань**
 - Лікар несе повну відповідальність за свої рішення і дії щодо життя та здоров'я пацієнтів
 - Він зобов'язаний систематично удосконалювати професійний рівень, використовувати у своїй діяльності **найбільш ефективні відомі раніше і новітні досягнення медичної науки в порядку, встановленому законодавством**



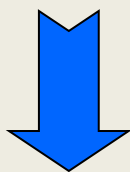
СТРАТЕГІЯ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ ЦЛД

- ➡ Профілактична направленість із врахуванням індивідуальних факторів ризику
- ➡ Молекулярно-генетичний аналіз генів сімей групи ризику
- ➡ Цитогенетичний аналіз з метою пошуку генів-кандидатів уроджених вад обличчя
- ➡ Стандартизація протоколів лікування

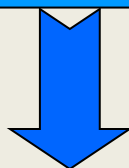


МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД НА ЕТАПАХ КОМПЛЕКСНОГО ДИНАМІНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ, ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

**Не стоматологічного
профілю**

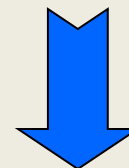


Психолог
Логопед

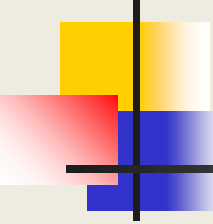


Неонатолог
Генетик
Педіатр
Невролог
Оториноларинголог
Алерголог
Офтальмолог та ін.

**Стоматологічного
профілю**



Хірург
Дитячий
стоматолог
Ортодонт
Терапевт
Ортопед

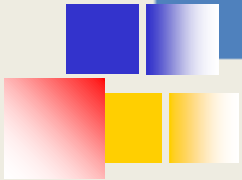


Вроджені незрощення обличчя є тяжким пороком розвитку, вони супроводжуються вираженими анатомічними та функціональними порушеннями. Незрощення верхньої губи і піднебіння – одне із найчастіших вад розвитку щелепно-лицевої ділянки

Загальна середня поширеність незрощень верхньої губи і піднебіння становить 1,42 на 1000, найчастіше спостерігається одnobічне незрощення верхньої губи та піднебіння, переважно зліва

1. Alois CI, Ruotolo RA. An overview of cleft lip and palate. JAAPA. 2020;33(12):17-20. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000721644.06681.06>.

2. Parham MJ, Simpson AE, Moreno TA, Maricevich RS. Updates in Cleft Care. Semin Plast Surg. 2023;37(4):240-52. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1776733>.



НЕЗРОЩЕННЯ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА, ТВЕРДОГО ТА М'ЯКОГО ПІДНЕБІННЯ

АКТУАЛЬНІСТЬ

ПОШИРЕНІСТЬ ЦІЄЇ ПАТОЛОГІЇ

З 800-1000 одна дитина народжується з незрощенням губи, піднебіння або поєднанням цих двох вад

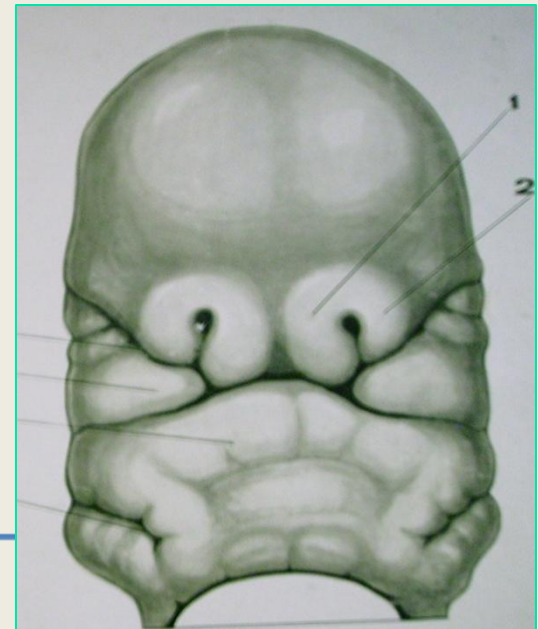
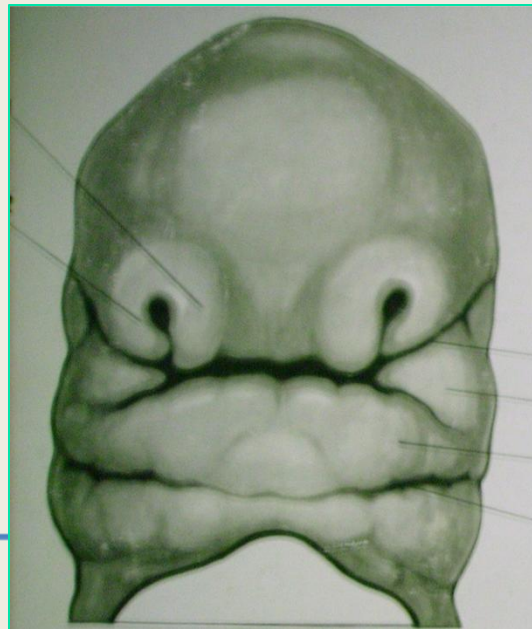
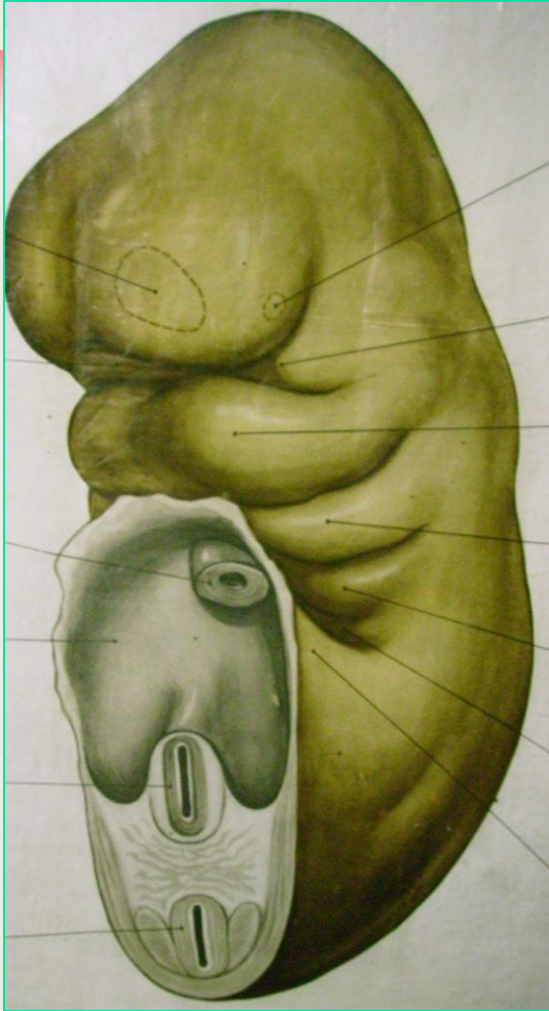
В **Україні** за 16 років народилось **7600** дітей із вродженими незрошеннями верхньої губи та піднебіння

Кожен рік народжується **400-500** таких дітей

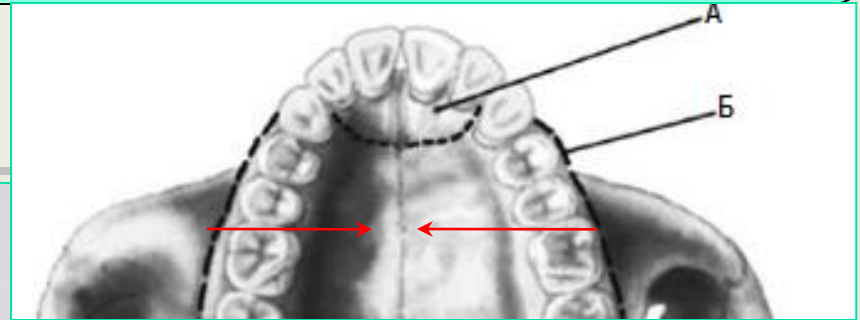
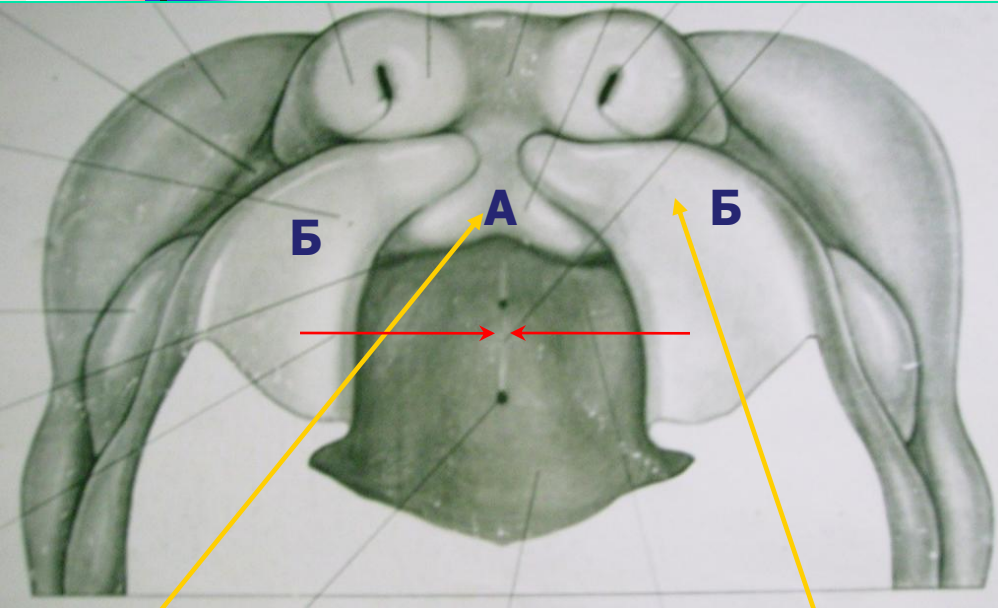
Ембріологія уроджених вад щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД)

Початок формування ЩЛД у ембріона починається незабаром після 3-ого тижня гістіогенеза

На 4-ому тижні глоткова перетинка проривається і передня кишка починає сполучатися через ротову порожнину із зовнішнім середовищем



Морфогенез піднебіння – це складний процес , який залежить від балансу генетичних, гормональних та інших факторів росту



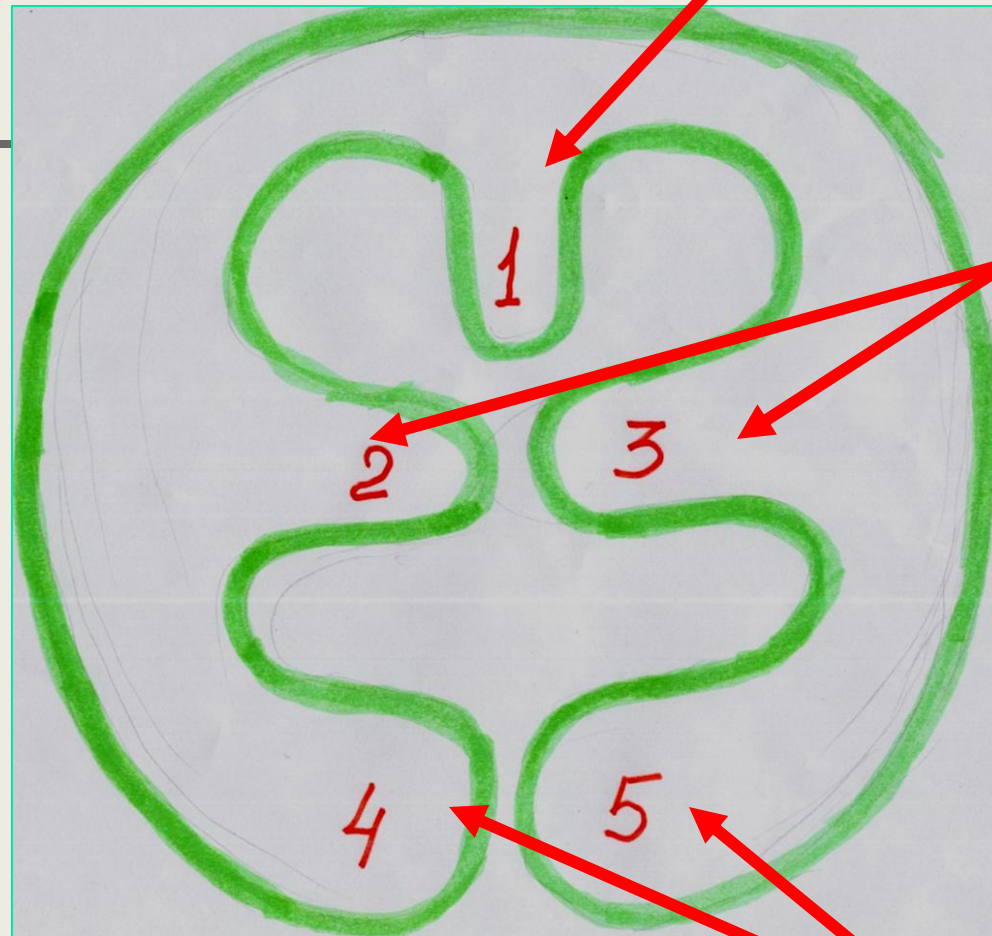
Первинне піднебіння (6 тиждень)

Вторинне піднебіння (8-10 тиждень)

Ембріогенез середньої зони обличчя тісно пов'язаний з формуванням первинного піднебіння

Ембріональний розвиток

1 – Ніс
різцева кістка
середня частина
верхньої щелепи
середня частина
верхньою губи



Лобний

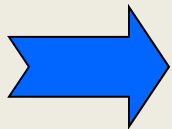
Верхньо-
щелепні

2,3 – Верхня щелепа
4,5 – Нижня щелепа

Нижньо-щелепні

ЕТІОЛОГІЯ

- порушення ембріонального ґенезу першої зябрової дуги на 6-8 тижні внутрішньоутробного розвитку



Етіологія

I. Екзогенні причини:

фізичні чинники: опромінення, термічний, механічний

психічні чинники: "материнські враження" або "пренатальні впливи"

хімічні чинники: гіпоксія, неповноцінне харчування, гормональні діскореляції, тератогенні отрути

біологічні чинники: вірусні ембріопатії

II. Ендогенні причини:

спадковість

біологічна неповноцінність статевих кліток

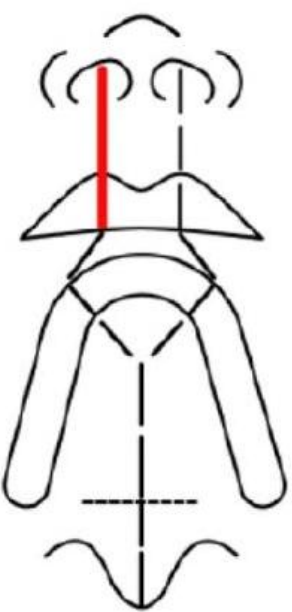
вплив віку батьків

Класифікація

I. I. Незрощення обличчя:

1. Серединне незрощення обличчя
2. Косе незрощення обличчя (колобома)
3. Поперечне незрощення обличчя(макростома)





II. Незрошення верхньої губи:

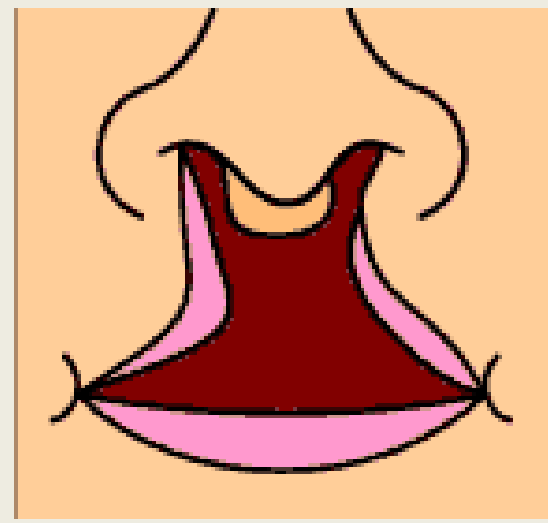
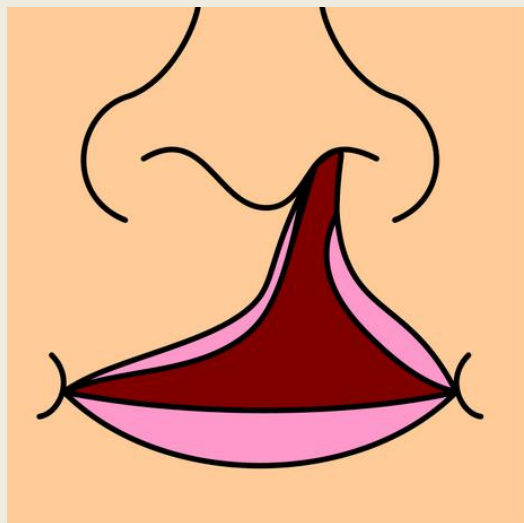
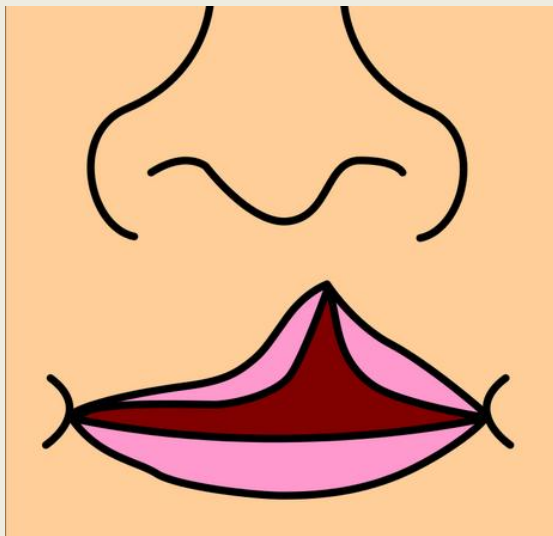
1. Вроджене приховане незрошення верхньої губи (одностороннє або двостороннє)

2. Вроджене неповне незрошення верхньої губи:

а) без деформації шкіряно-хрящового відділу носа (одностороннє або двостороннє)

б) з деформацією шкіряно-хрящового відділу носа (одностороннє або двостороннє)

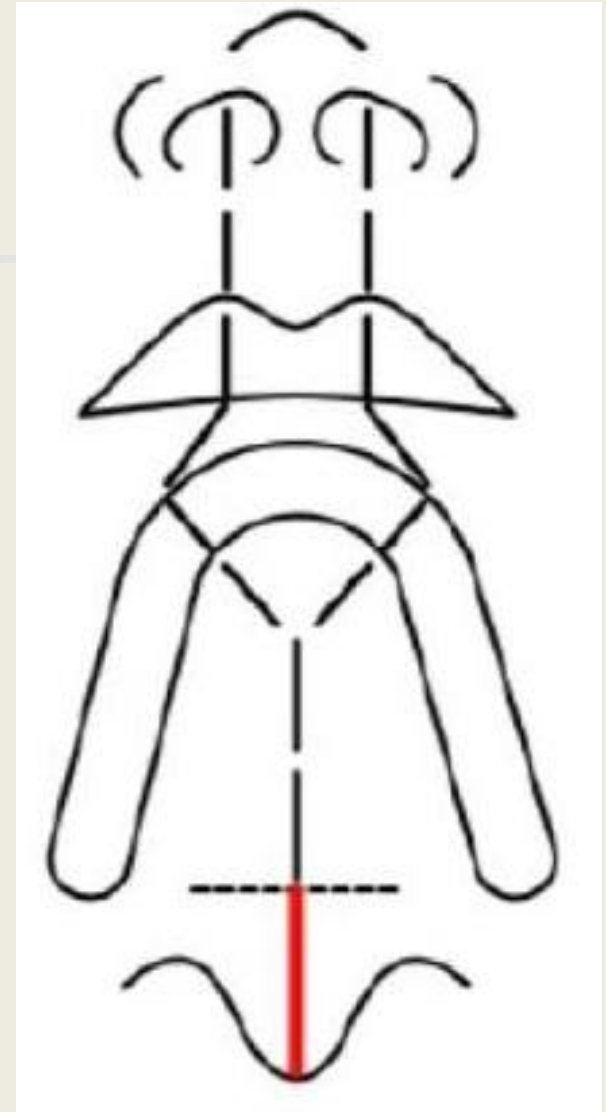
3. Вроджене повне незрошення верхньої губи (одностороннє або двостороннє)



III. Незрощення піднебіння

1. Врожденні незрощення м'якого піднебіння:

- а) приховані
- б) неповні
- у) повні



III. Незрощення піднебіння

1. Врожденні незрощення м'якого піднебіння:

- а) приховані
- б) неповні
- у) повні

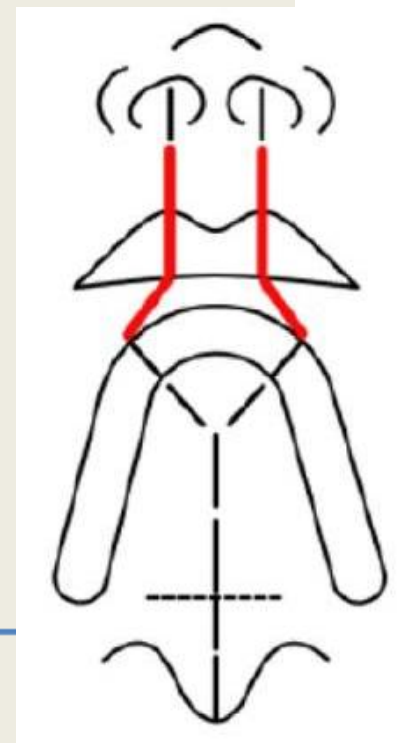
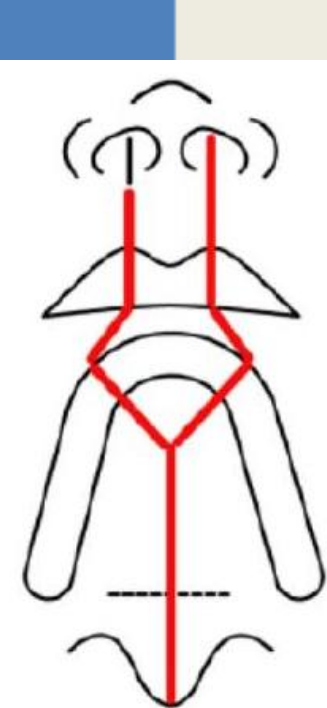
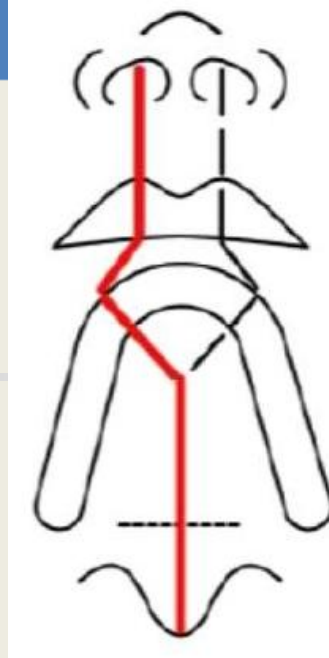
2. Вроджені незрощення м'якого і твердого піднебіння:

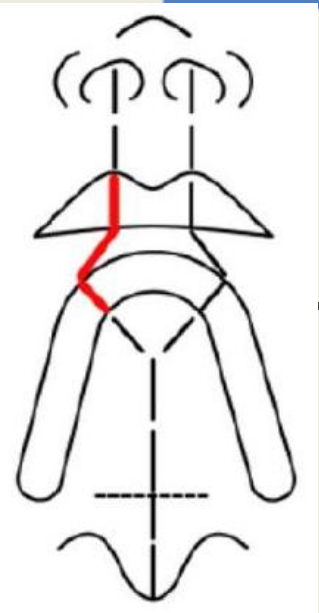
- а) приховані
- б) неповні
- у) повні

3. Вроджені незрощення м'якого, твердого піднебіння і альвеолярного відростка (односторонні або двосторонні)

4. Вроджені незрощення альвеолярного відростка і переднього відділу твердого піднебіння:

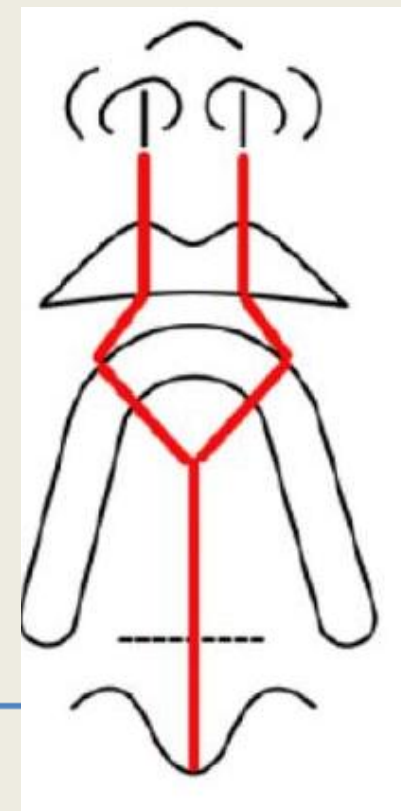
- а) неповні (односторонні або двосторонні)
- б) повні (односторонні або двосторонні)

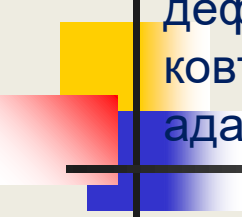




IV. Вроджені незрощення верхньої губи і альвеолярного відростка (односторонні або двосторонні)

V. Вроджені наскрізні незрощення верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого і м'якого піднебіння (односторонні або двосторонні)





Лікування та реабілітація таких пацієнтів є актуальною проблемою внаслідок дисгармонічного розвитку обличчя та виникнення вторинних деформацій, порушення мовлення, жування, зовнішнього дихання, ковтання, тривалого відновлювального періоду, необхідності соціальної адаптації дитини

Наявність дефекту порушує цілісність альвеолярного відростку і спричиняє затримку прорізування постійних різців, що вимагає застосування інноваційних підходів до комплексного лікування пацієнтів із вродженими одnobічними наскрізними незрощеннями верхньої губи та піднебіння

Результати лікування дітей залежать від ефективної та вірно обраної хірургічної методики, вчасного ортодонтичного та логопедичного лікування

1. Lindeborg MM, Shakya P, Rai SM, Shaye DA. Optimizing speech outcomes for cleft palate. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;28(4):206-11. DOI:

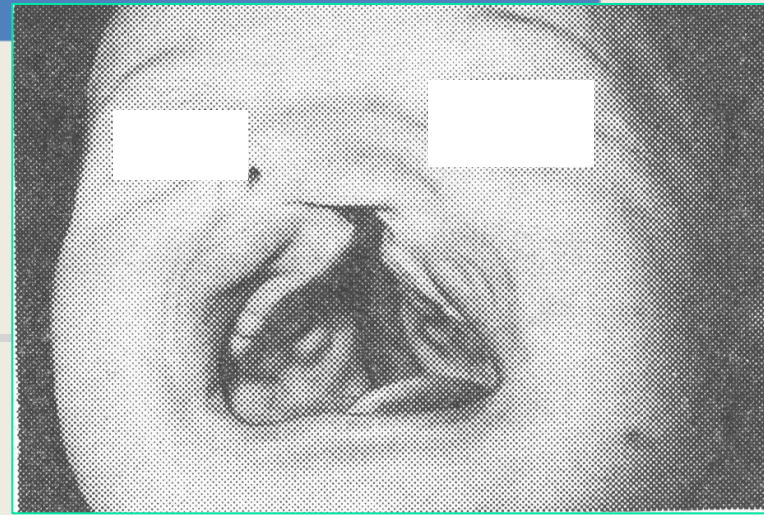
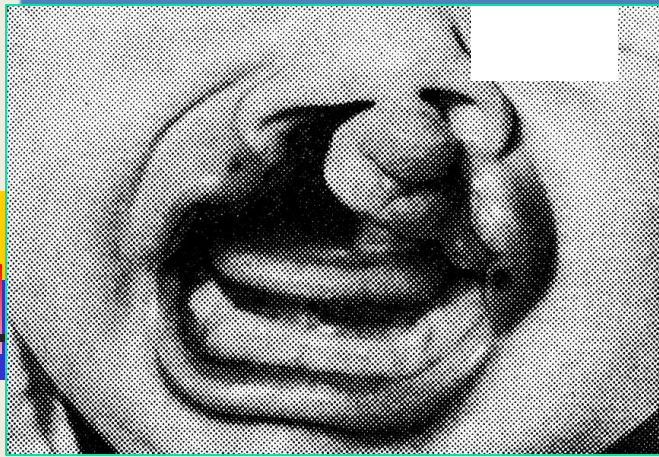
<https://doi.org/10.1097/MOO.0000000000000635>.

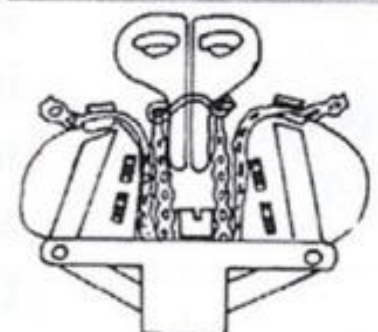
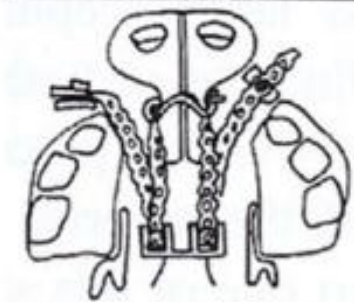
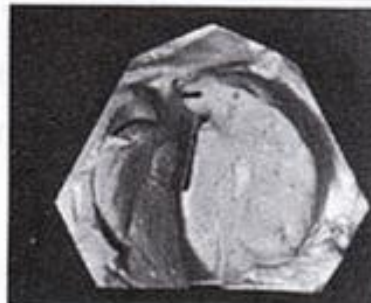
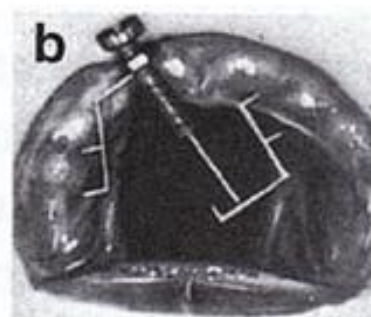
2. Bhutiani N, Tripathi T, Verma M, Bhandari PS, Rai P. Assessment of treatment outcome of presurgical nasoalveolar molding in patients with cleft lip and palate and its postsurgical stability. Cleft Palate Craniofac J [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 11];57(6):700-6. DOI:

10.1177/1055665620906293. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32116001/>

3. Gamble C, Persson C, Willadsen E, Albery L, Soegaard Andersen H, Zattoni Antoneli M, et al. Timing of primary surgery for cleft palate. N Engl J Med [Internet]. 2023[cited 2024 Jul 11];389(9):795-807. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2215162>. Available from:

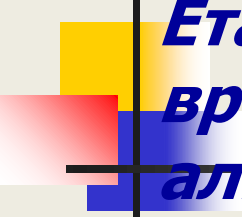
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37646677/>





With maxillary expander





Етапи та терміни хірургічного лікування дітей з вродженими незрощеннями верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого і м'якого піднебіння

Огляд сміжними спеціалістами

Рекомендації з вигодовування дитини

Репозиція міжщелепової кістки, якщо ротована (0-3 міс.)

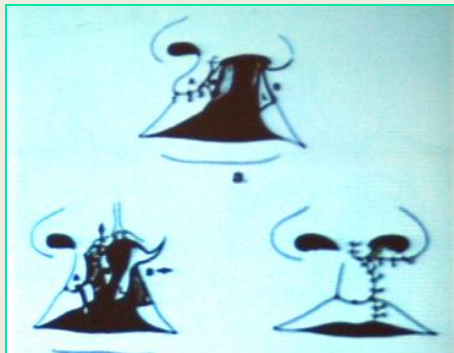
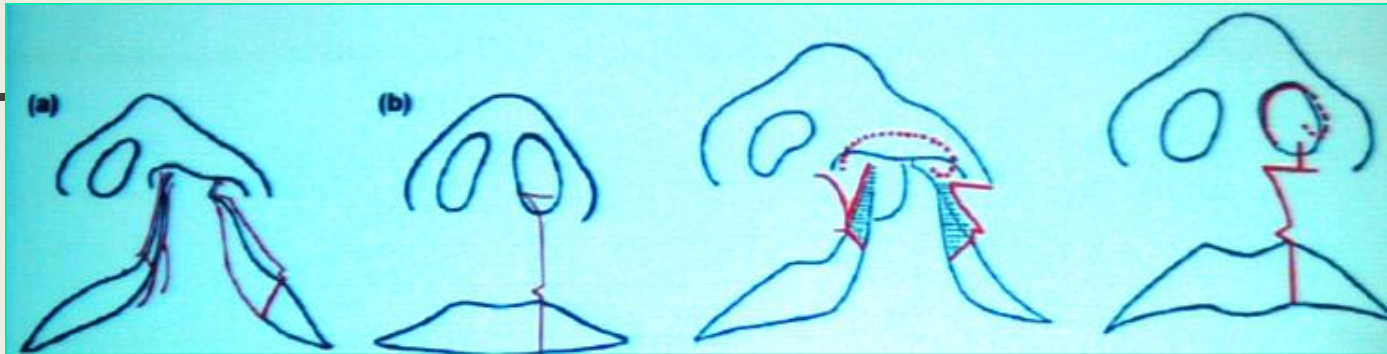
Одностороння хейлоринопластика (3-6 міс.

Двостороння хейлоринопластика (4-7 міс.)

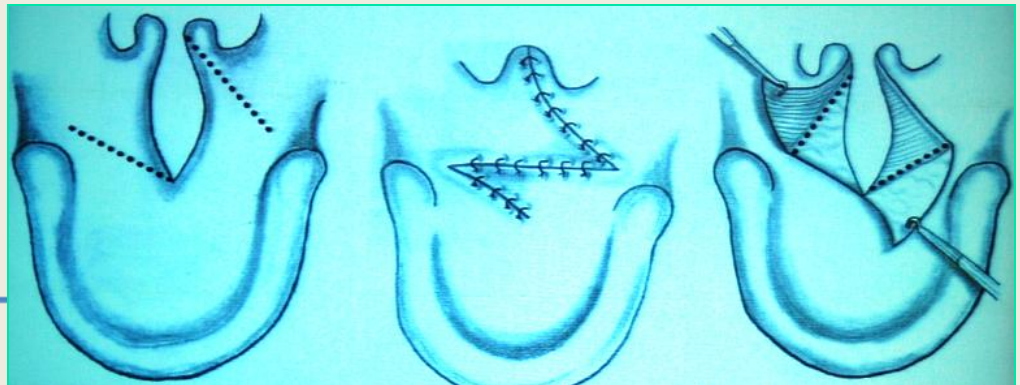
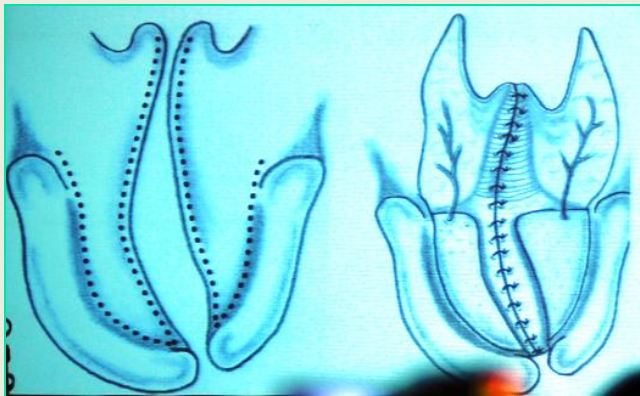
Стафілопластика 9-12 міс.

Ураностафілопластика 12-18 міс.

Хірургічне лікування дітей з вродженими незрощеннями верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого і м'якого піднебіння



Оптимальним для проведення первинної хейлопластики є вік 4-6 місяців



Етапність та терміни хірургічного лікування дітей із вродженими незрощеннями верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого і м'якого піднебіння

ТИП ОПЕРАЦІЇ	Вік дитини
Одностороння хейлопластика	3-6 міс.
Двостороння хейлопластика	4-7 міс
Стафілопластика	9-12 міс
Ураностафілопластика	12-18 міс
Реконструктивна хейлоринопластика при вторинних деформаціях верхньої губи і носа	3-8 років
Остеопластика альвеолярного відростка	7-11 років
Корекція носа (відкрита ринопластика)	14-18 років

Етапність ортодонтичного лікування дітей з вродженими вадами розвитку ЩЛД

1 етап
пологовий
будинок

Преформуючі
апарати
(піднебінні
пластинки)
Виготовлення і
використання
обтуратора



Плаваючий
обтуратор

2 етап
дитяча
стоматологічна
поліклініка

Отримання відбитків
та виготовлення
індивідуального
ортодонтичного
апарату (обтуратора)
до операції по мірі
росту дитини



Обтуратор
Ільїної-Маркосян



Апарат для
низведення
піднебінних
відростків

3 етап
стаціонар

Виготовлення
піднебінних
захисних
пластинок з
метою
формування
піднебінного
своду після
уранопластики
(за показаннями)



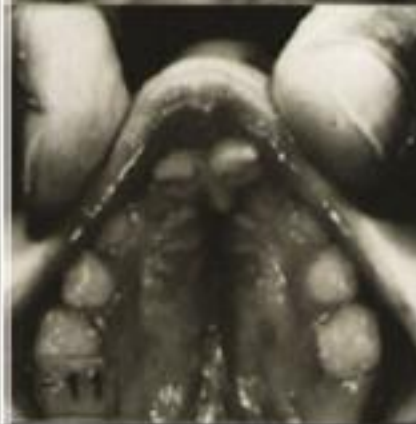
Захисна
пластинка після
уранопластики

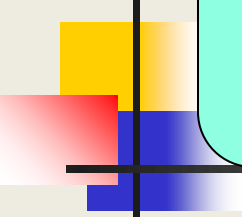
4 етап
післягоспітальний
період

Виготовлення
ортодонтичних
апаратів
Лікування і
профілактика
зубощелепних
деформацій
до 18 років
Завершальна
програма
реабілітації



FRANKER III





Мета ортодонтичного лікування

- попередження вторинної деформації щелеп, нормалізація роту і розвитку верхньої щелепи

Використання RME + Face Mask, Modified Quad-Helix

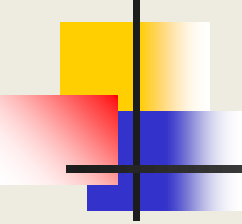
Лицева маска: сила – 700 гр (350 гр з кожної сторони), напрямок сили - вперед/донизу, 15 градусів до оклюзійної поверхні

Остеопластика альвеолярного відростка (7-11 років)

Вирівнювання всіх постійних зубів брекет-системою (12-14 років)

Корекція носа (відкрита ринопластика) (14-18 років)

Коректування пов'язані з протезуванням та ортогнатичною хірургією (18 років)



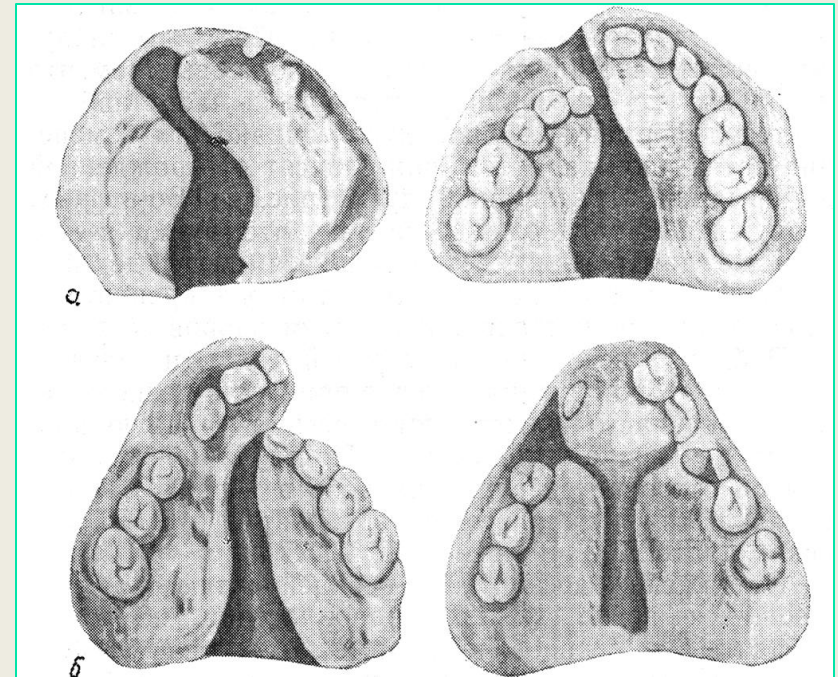
Ортодонтична допомога пацієнтам із вродженими вадами ЩЛД

Морфологічні, функціональні і естетичні порушення

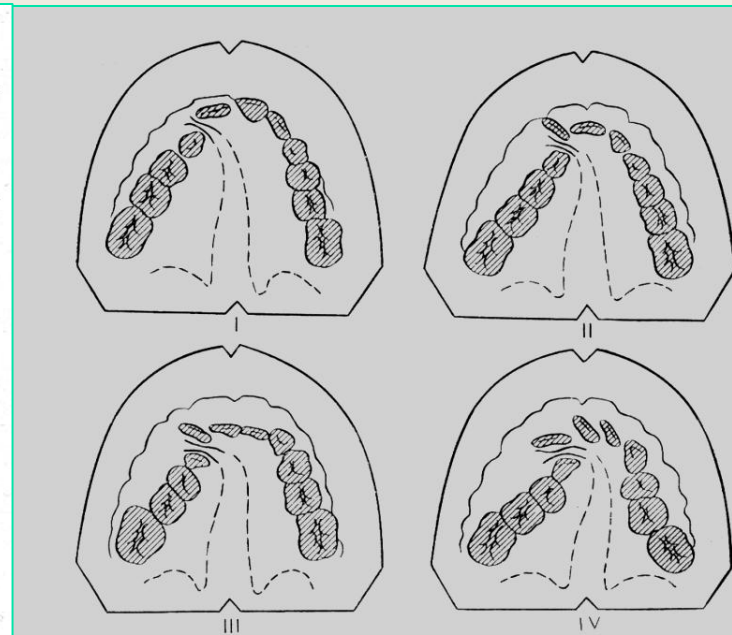
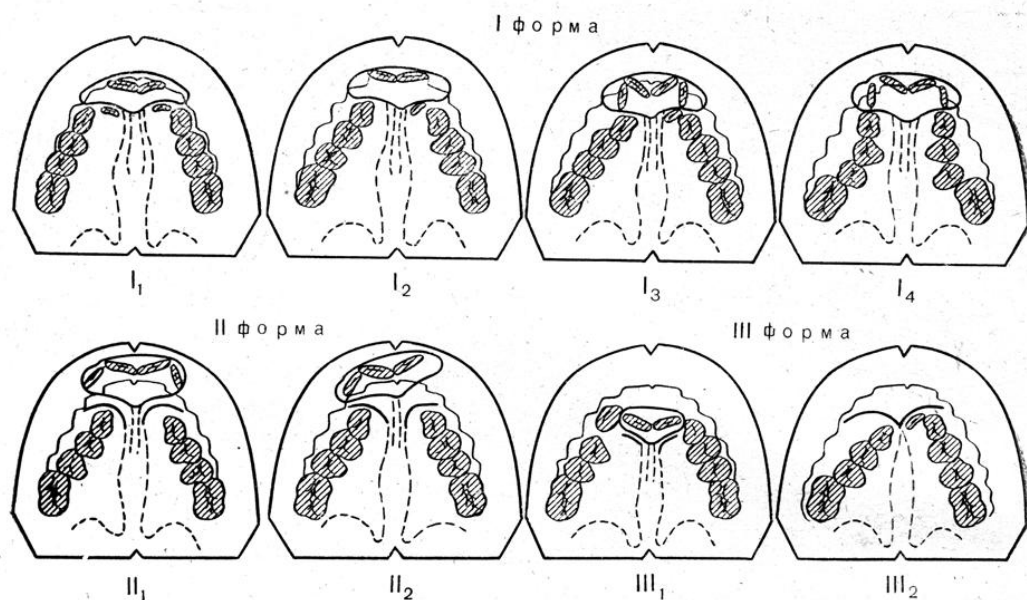
*Незрощення верхньої губи, верхньої губи і
альвеолярного відростка
(односторонні або двосторонні)*

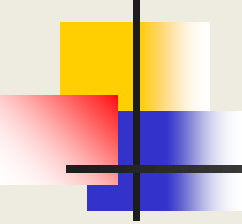
Морфологічні порушення

1. Післяопераційні рубці і залишкові дефекти
2. Сплющення передньої ділянки верхньої зубної дуги
3. Звуження верхнього зубного ряду (нерідко асиметричне) при односторонньому незрощенні, виражене в основному в ділянці верхніх перших премолярів; розширення нижньої зубної дуги в ділянці молярів



4. Тенденція до недорозвинення нижньої щелепи і її ретроположенню
5. Недорозвинення або адентія верхнього бічного різця в ділянці незрощення альвеолярного відростка
6. Наявність надкомплектних зубів в ділянці незрощення
7. Поворот навкола вісі верхнього центрального різця, який знаходиться поруч з незрощенням, і його латеральне відхилення
8. Піднебінний нахил різців на стороні незрощення
9. Зубоальвеолярне вкорочення в області ікла, який знаходиться поруч з незрощенням.
10. Тенденція до розвитку карієсу



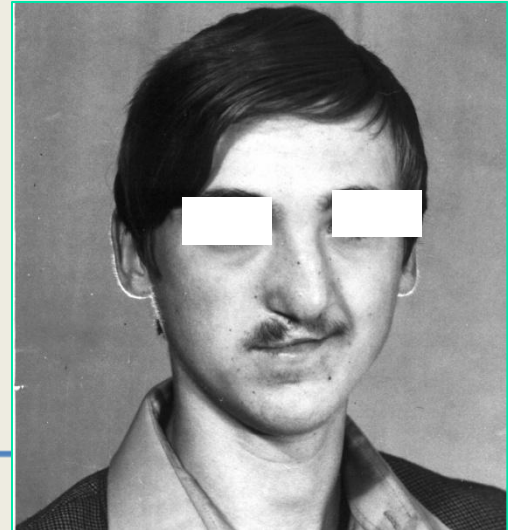
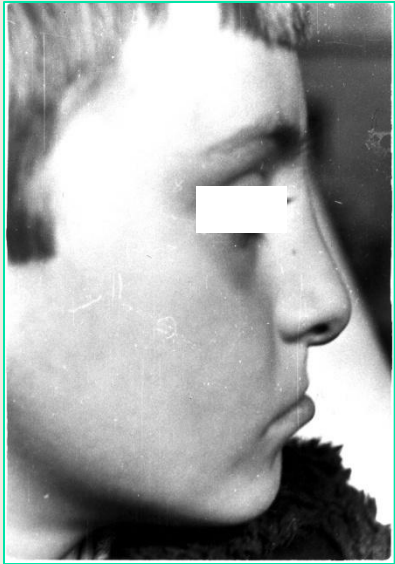


Функціональні порушення

1. Обмежена рухливість верхньої губи, рубцово-зміненої після хейлопластики
 2. Недостатнє змикання губ у зв'язку з вкороченням верхньої губи на стороні незрощення
 3. Прокладення кінчика язика в ділянку дефекту губи і альвеолярного відростка
 4. Порушення відкусювання їжі
 5. Невірне ковтання
 6. Ротове дихання
 7. Шкідлива звичка прикриття рота рукою
 8. Порушення функції мимічних м'язів
-

Естетичні порушення

1. Сплющення верхньої губи і порушення форми профілю обличчя
2. Порушення контура рожевої облямівки верхньої губи (лінії Купідона), дефект верхньої губи, її недостатнє змикання з нижньою
3. Невірне положення верхніх різців, яке помітно при посмішці
4. Деформація крила носа (однобічна або двостороння)

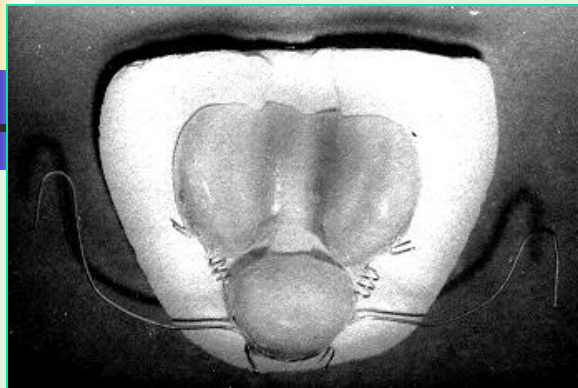


***Середня кількість лікувально-
реабілітаційних дій, необхідних
дітям з уродженими вадами***

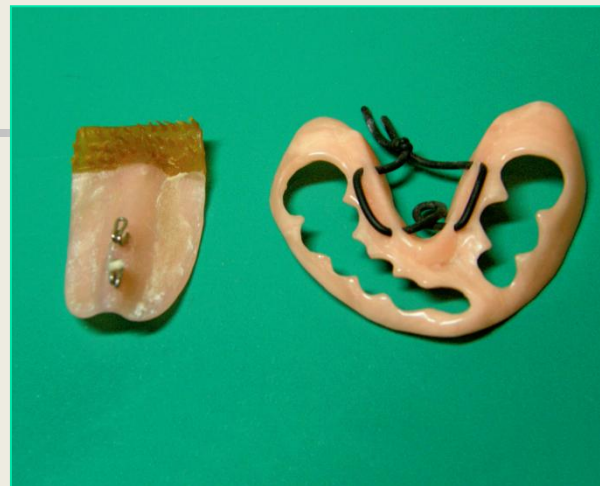
4-7 операцій
+ 65 відвідувань лікаря -ортодонта
+ 60 відвідувань логопеда
+ 25 психолога



Комплексний метод лікування в період новонародженості і тимчасового прикусу



АПАРАТ ДЛЯ РЕПОЗИЦІЇ ФРАГМЕНТІВ
ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З
ПОЗАРОТОВОЮ ТЯГОЮ



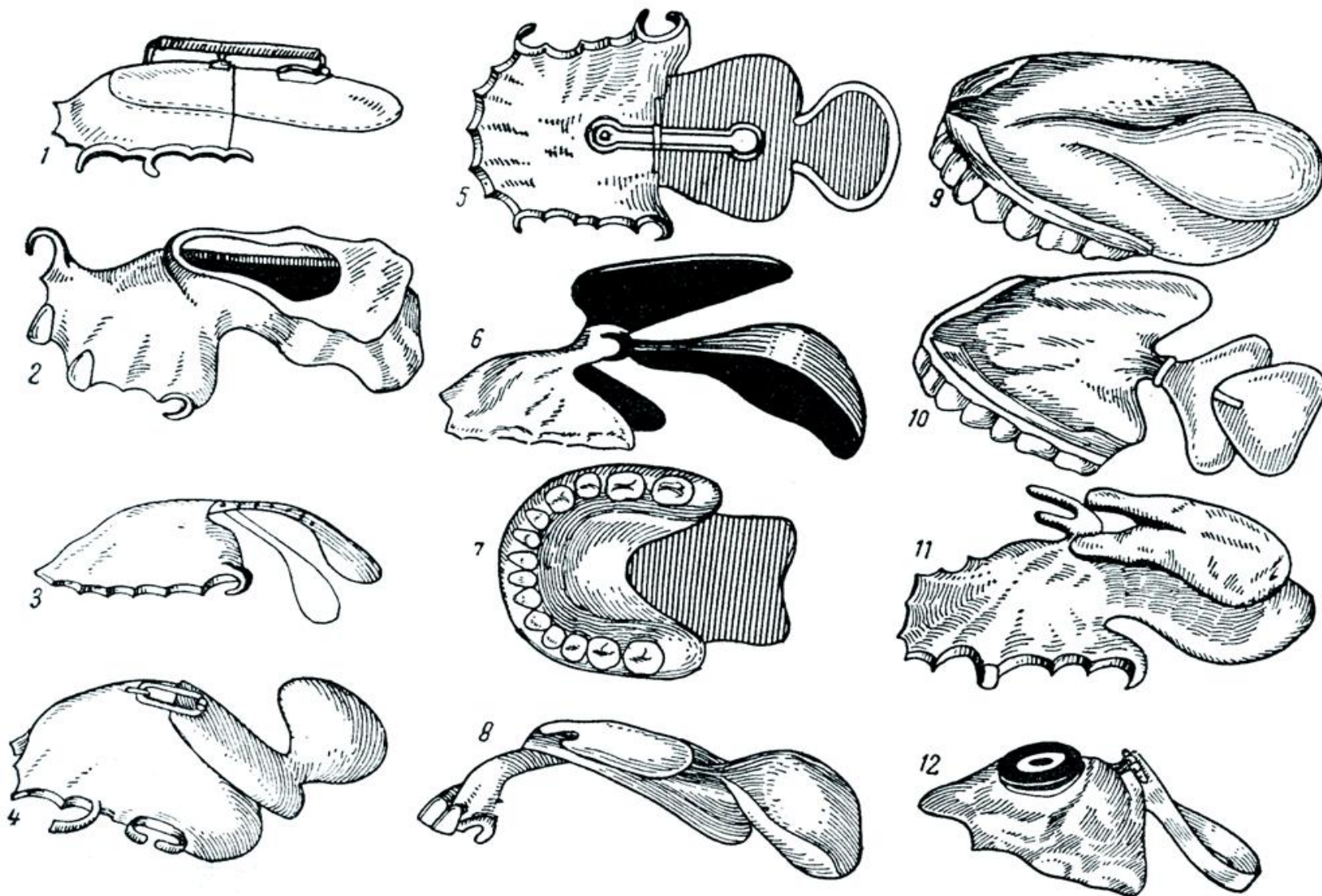
АПАРАТ ДЛЯ НИЗВЕДЕННЯ
ПІДНЕБІННИХ ВІДРОСТКІВ

1. Невідкладна допомога в пологовому відділенні (преформує апарати)
2. Хейлопластика (4-12 місяців)
3. Використання обтураторів
4. Використання апарату для зведення піднебінних відростків (1-1,5 роки до уранопластики)
5. Виготовлення захисної пластинки
6. Уранопластика

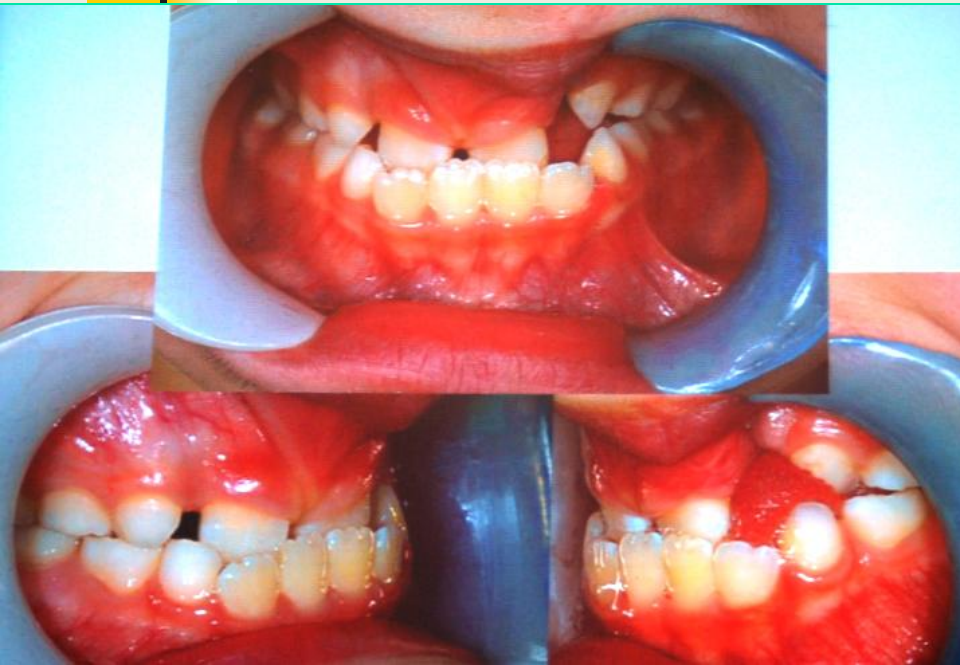


ЗАХИСНА ПЛАСТИНКА

ОБТУРАТОРИ



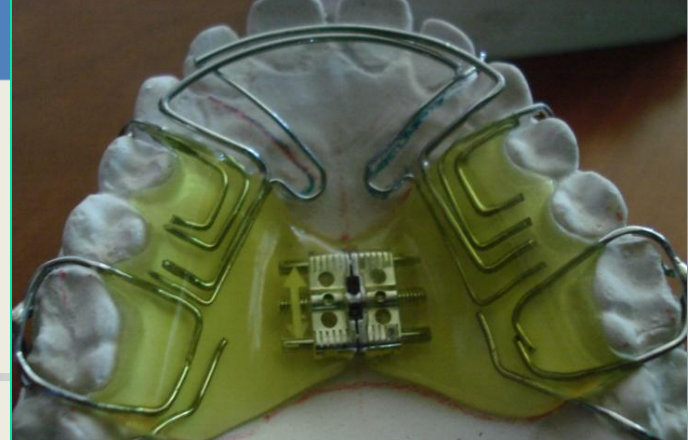
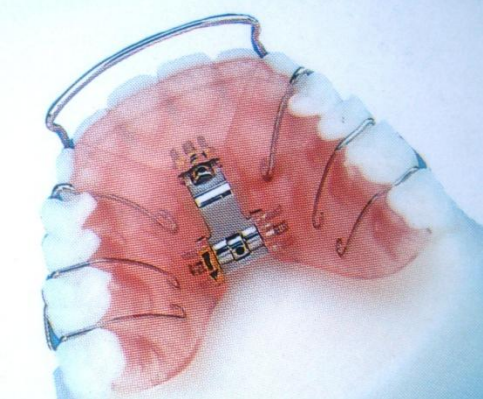
Комплексний метод лікування в період змінного прикусу

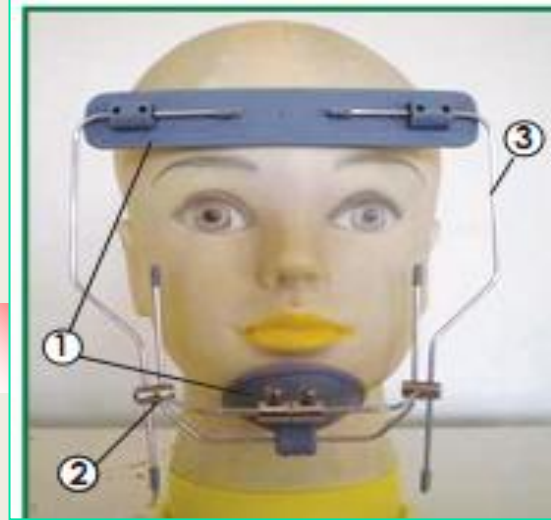


ГВИНТ RME



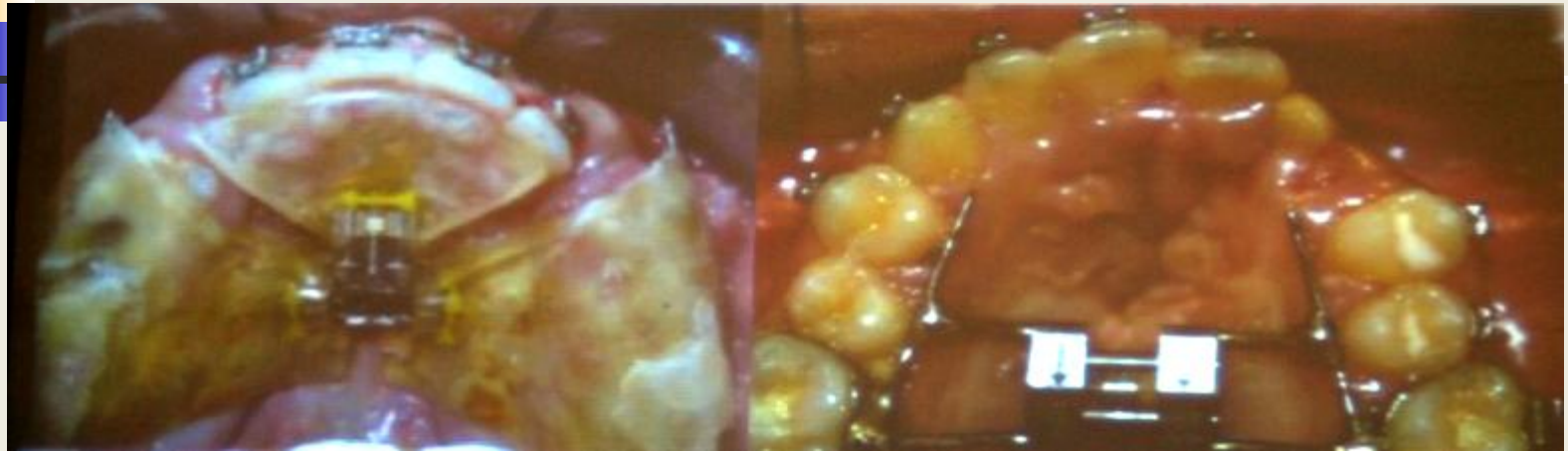
- ✎ Відновлення правильної форми та розміру верхньої зубоальвеолярної дуги у трьох площинах
- ✎ Профілактичні заходи направлені на попередження звуження або вкорочення верхнього зубного ряду
- ✎ **Апаратний метод лікування** (знімні, незнімні конструкції)
- ✎ Хірургічні заходи (остеопластика дефекта альвеолярного відростку верхньої щелепи аутоотрансплантантом)





- Для покращення лицевих ознак рекомендовано розпочинати ортодонтичне лікування **незнімною апаратурою якомога раніше**, здійснювати вторинну кісткову пластику альвеолярного відростку у віці **7-11 років**

Комплексний метод лікування в період постійного прикусу



Лицева маска

Застосування лицевої маски призводить до переміщення верхньої щелепи вперед та усунення зворотньої сагітальної щілини за рахунок перебудови у скуло-щелепних швах

Комплексний метод лікування в період постійного прикусу



Апарат Норда



Біхелікс



Апарат-протез

- **Апаратурний метод** (знімні, незнімні конструкції)

Нормалізація оклюзії та положення окремих зубів пов'язана з обов'язковим використанням сучасної незімної техніки: брекет-систем, Rapid maxilla expander (RME), Quard Helix

- **Протетичний метод** (естетичні композитні реставрації, раціональне протезування, протези на верхню щелепу з дублюючим зубним рядом)

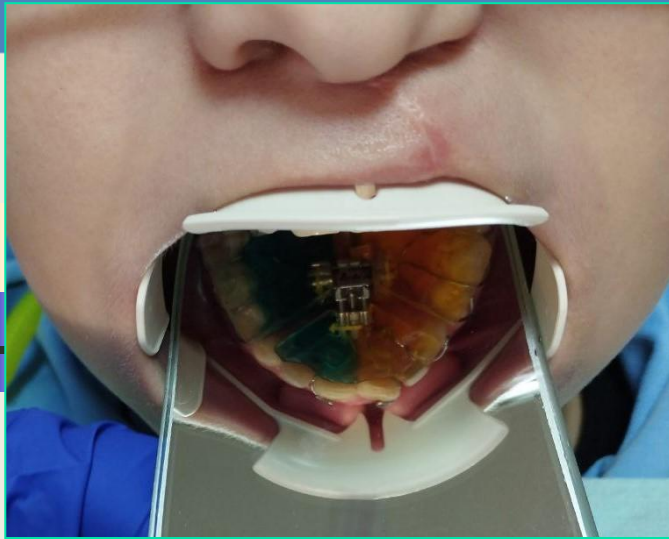
Пацієнт Д., 8 років, звернувся зі скаргами на естетичний недолік через порушення прикусу

Стан після трьохетапних хірургічних втручань з приводу вродженого лівостороннього одnobічного незрощення верхньої губи та піднебіння

1-й етап – в 6 місяців, 2-й – в 2 роки, 3-й- в 6,5 років



Внутрішньоротові фотознімки пацієнта К. (8 років)
до початку ортодонтчного лікування



Вид з ортодонтичним апаратом на верхню щелепу



Вид зубного ряду верхньої щелепи



Стан прикусу

Розпочато ортодонтичне лікування із використанням знімного пластинкового апарату з тривимірним гвинтом, оклюзійними накладками, пружинами для переміщення зубів. Активне ортодонтичне лікування передбачало нормалізацію трансверзальних та сагітальних розмірів верхньої щелепи, створення місця для прорізування зуба 22 і подальшого відновлення за рахунок протезування.

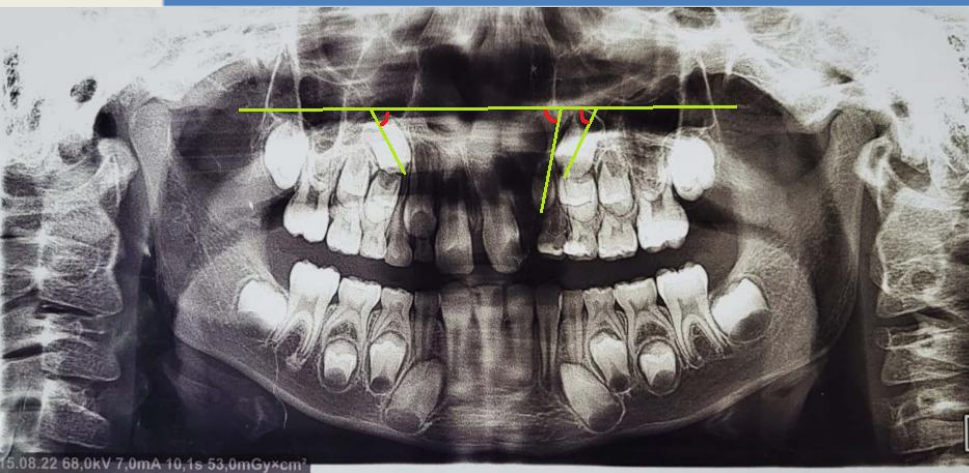


Фас під час лікування

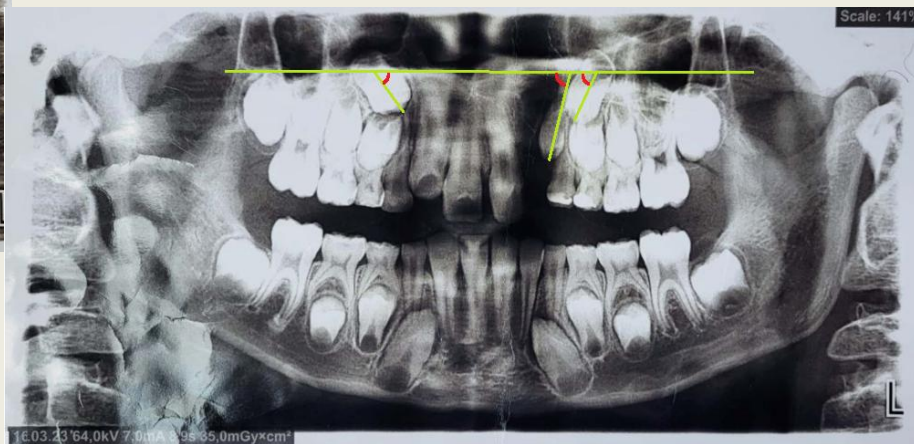


Стан прикусу на етапі
ортодонтичної реабілітації
в апараті-протезі на
верхню щелепу

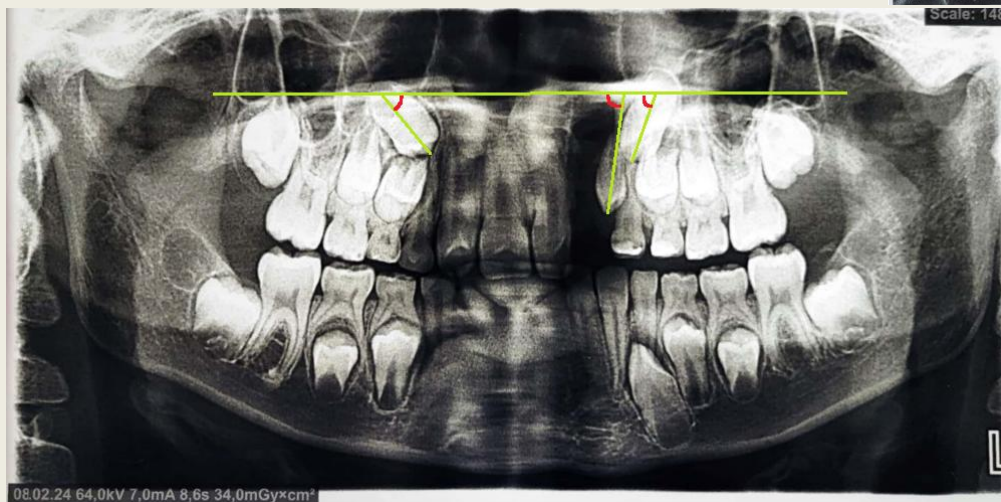
Фотознімки пацієнта К. на етапах ортодонтичного лікування



а



б



в

Фотознімки ортопантограм: а – до лікування; б- через 1 рік ортодонтичного лікування, в – через 2 роки



ОПТГ пацієнта О. до лікування



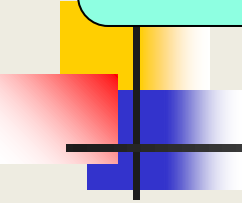
Фото після лікування



Фото на початку активного ортодонтичного лікування



Фото в ретенційному періоді



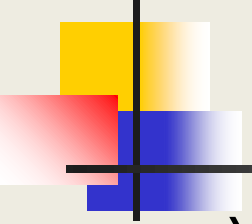
Комплексний метод лікування в період постійного прикусу

- **Хірургічні заходи**

(заключним етапом хірургічної реабілітації є ліквідація вторинних деформацій верхньої губи, корекція носа, відкрита ринопластика, за необхідністю верхньої щелепи)

- **Ортопедичні (протетичні) заходи**

(забезпечення естетики обличчя та посмішки, функціональності жувального апарату та вимови)



У хлопчика 2 місяців діагностовано повне ізольоване вроджене двобічне незрощення верхньої губи. Загальносоматичних захворювань у дитини не виявлено. В якому віці найбільш оптимально провести хейлопластику хлопчику?

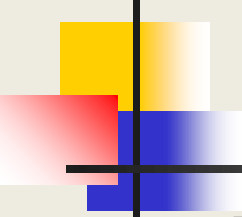
6 місяців

18 місяців

9 місяців

3 місяці

12 місяців



Мати дитини 2 років відзначає в неї невиразну мову, потрапляння рідкої їжі під час годування в ніс. Під час обстеження встановлено діагноз: вроджене ізольоване повне незарощення піднебіння. У якому віці показана операція пластика піднебіння?

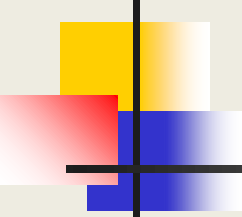
3-4 роки

1,5-2 роки

1-1,5 року

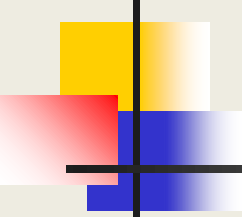
2-2,5 років

2-2,5 років



Батьки 2-місячного хлопчика звернулися з приводу вродженого дефекту верхньої губи. Під час огляду: дефект тканин верхньої губи зліва щілиноподібної форми, проходить через всі тканини губи і на 4 мм не доходить до носового ходу. Цілісність альвеолярного відростка і твердого піднебіння збережена. Який найбільш імовірний діагноз?

- вроджене явне неповне лівобічне незрощення верхньої губи
- вроджене явне неповне двобічне незрощення верхньої губи
- косе незарощення обличчя
- вроджене приховане лівобічне незрощення верхньої губи
- вроджене явне повне лівобічне незрощення верхньої губи



У дитини 3-х місяців вроджений дефект тканин у порожнині рота. Об'єктивно: губа ціла, у порожнині рота щілеподібний дефект м'якого піднебіння і середнього відділу твердого піднебіння. Встановлено діагноз: вроджене повне незрощення м'якого піднебіння, частково твердого. Визначте групу диспансеризації за Колесовим:

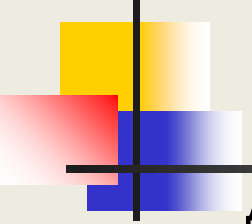
перша

друга

п'ята

четверта

третя



Дівчинці, яка народилася з частковою розщелиною піднебіння, показано виготовлення obturатора. Який оптимальний вік дитини для виготовлення obturатора у разі розщелини піднебіння?

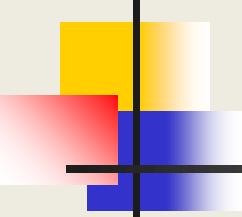
перші дні після народження

3-4 роки

1 рік

5-6 років

2 роки



До якого віку у дитини зростаються дві половинки нижньої щелепи?

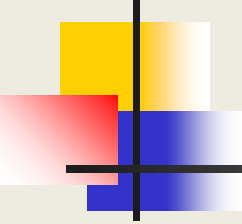
до року

до 3-х років

внутрішньоутробно

після народження

до 6-ти років



Протягом якого місяця внутрішньоутробного розвитку людини
остаточно формується верхня губа?

другого

третього

першого

п'ятого

четвертого



Для ефективної корекції вроджених незрощень губи та піднебіння у дітей потрібне тривале комплексне лікування за участю багатьох фахівців

По-перше, це ретельна передопераційна підготовка та обґрунтована етапна тактика хірургічних втручань

По-друге - це раннє ортодонтичне лікування. У післяопераційному періоді після кожного етапу корекції необхідно призначати ортодонтичне лікування, логопедичне навчання, огляди у педіатра, оториноларинголога, дитячого терапевта-стоматолога

Комплексний підхід щелепно-лицевого хірурга, ортодонта дозволяє провести реабілітацію дітей з вродженим незрощенням губи, альвеолярного відростка та піднебіння своєчасно, з прогнозованим якісним кінцевим результатом

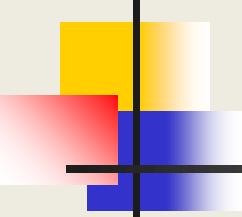
1. Фліс, П. С. Ортодонтія : підручник / П. С. Фліс, М. А. Омельчук, Н. В. Ращенко, І. Л. Скрипник [та ін.] ; Міністерство охорони здоров'я України, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. - Вінниця : Нова книга, 2019. – 311 с.
2. Куроєдова В.Д, Галич Л.Б. Розщілина губи, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння. – Полтава:– Полтава : ООО "АСМИ". – 2010. – 75 с.
3. Дорошенко С.І. Синдроми в ортодонтії – Київ, 2008. – 96 с.
4. Смаглюк Л. В. Базовий курс з ортодонтії / Л. В. Смаглюк, А. Є. Карасюнок, А. М. Білоус. – Полтава: Бліц Стайл, 2019. – С.144-145. Дитяче зубне протезування: підручник /Фліс П.С., Тріль С.І., Вознюк В.П.; за ред. Проф.. П.С. Фліса.- К.: В.С.В.»Медицина»,2010.-С.1-90
5. Додаткові навчальні матеріали кафедри ортодонтії
<https://orthodontic.pdmu.edu.ua/educational/masters/dentistry/additional-materials/dodatкова-literatura>

Додаткова:

1. Дрогомирецька М.С. Мультидисциплінарний підхід до ведення пацієнтів з вродженими вадами щелепно-лицевої ділянки /М.С.Дрогомирецька, Т.Я.Сухомлинова, А.В.Якимець, Н.Я.Поляник, Д.В.Лепорський // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – Вип.2, Том 2(119).– С. 73-78.
2. Савичук Н.О. Принципи надання стоматологічної допомоги дітям з вродженими вадами розвитку щелепно-лицевої ділянки на етапах лікування та реабілітації /Н.О. Савичук, К.А. Парпалей, І.Щ. Трубка, В.О.Тимохіна // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – Вип.2, Том 2(119).– С. 206-209.
3. Дрогомирецька М.С. Хірургічне та ортодонтичне лікування дітей з вродженими незрощеннями верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння /М.С.Дрогомирецька, Т.Я.Сухомлинова та ін.// Український ортодонтичний конгрес "Новітні технології в ортодонтії". – Київ, 2013. – С. 66-72.
4. DOI: 10.5772/intechopen.109636
5. Дмитренко М.І., Смаглюк Л.В., Гуржій О.В., Zenchenko Д.Д., Романченко Б.В. Інноваційні підходи у комплексному лікуванні пацієнтів із вродженими одnobічними наскрізними незрощеннями верхньої губи та піднебіння. Харківський стоматологічний журнал. 2024. Т. 1, No 1(1). С. 94–103. DOI: <https://doi.org/10.26565/2>

Наукові ресурси України - <http://www.nbuv.gov.ua/node/1539>

http://repository.pdmu.edu.ua/?_gl=1*1nehqh*__ga*MTQ4MTMwNjU4MS4xNjMxNzM2MjQ1*_ga_V8ZTC1CVPX*MTY5MzMzODgwMS42My4wLjE2OTMzMzg4MDEuMC4wLjA



**ДЯКУЄМО
ЗА УВАГУ!**

