



УДК 616.284-002-053.2:616.315-007.254

## СОСТОЯНИЕ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА В ПРИАРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ

Махкамов М.Э.<sup>1</sup>, Махкамова Н.Э.<sup>2</sup>, Набиева Ж.М.<sup>3</sup>, Балтабаев О.К.<sup>1</sup>,  
Якубджанов Д.Д.<sup>2</sup>, Нормурадов Н.А.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> РММЦ им. У. Халмуратова г. Нукус, Каракалпакстан

<sup>2</sup> Ташкентский государственный стоматологический институт, кафедра Оториноларингологии

<sup>3</sup> Поликлиника заболеваний ЛОР органов и сурдологии многопрофильной клиники ТМА

<sup>4</sup> Студент стоматологического факультета Самаркандского государственного медицинского университета

**Аннотация.** В данной работе был описан дифференциальный подход к комплексному лечению патологии слуховой трубы у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба, а также профилактика осложнений, который часто приводит к тугоухости у детей с данной аномалией.

**Ключевые слова:** слуховая труба, эндоскопические исследования, врожденная расщелина верхней губы и неба, дети.

### Для цитирования:

Махкамов М.Э., Махкамова Н.Э., Набиева Ж.М., Балтабаев О.К., Якубджанов Д.Д., Нормурадов Н.А. Состояние носоглотки у детей с врожденной расщелиной неба в приаральском регионе. — *Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия*. — 2022; 1(1):27-31

## THE STATE OF THE NASOPHARYNX IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT PALATE IN THE ARAL REGION

Makhkamov M.E.<sup>1</sup>, Makhkamova N.E.<sup>2</sup>, Nabieva Zh.M.<sup>3</sup>, Baltabaev O.K.<sup>1</sup>, Yakubdjanov D.D.<sup>2</sup>,  
Normuradov N.A.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Candidate of Medical Sciences, Associate Professor. Bukhara State Medical Institute, e-mail: ashurovanigora.1972@gmail.com

<sup>2</sup> Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Therapeutic Dentistry, Bukhara State Medical Institute

<sup>3</sup> 1st year undergraduate student of the Department of Therapeutic Dentistry, Bukhara State Medical Institute

**Abstract.** In this work, a differential approach was carried out to the complex treatment of the pathology of the auditory tube in children with congenital cleft lip and palate, as well as the prevention of complications, which often leads to hearing loss in children with this anomaly.

**Keywords:** auditory tube, endoscopic examinations, congenital cleft lip and palate, children.

### For citation:

Makhkamov M.E., Makhkamova N.E., Nabieva Zh.M., Baltabaev O.K., Yakubdjanov D.D., Normuradov N.A. The state of the nasopharynx in children with congenital cleft palate in the Aral region. — *Integrative dentistry and maxillofacial surgery*. — 2022; 1(1):27-31

### АКТУАЛЬНОСТЬ

Главная анатомо-физиологическая особенность носоглотки при глотании то, что она отделяется от ротоглотки мягким небом, тем самым создаёт условия, при которых меньше подвергается бактериальному воздействию (Нейман Л.В., Богомильский М.Р., 2003). Следовательно, при нарушении целостности мягкого неба или ограничении её подвижности (в случаях ВРГН) создаются условия инфицирования носоглотки и среднего уха (Tweedie D.J., Skilbeck S.J., Wyatt M.E., Cochrane L.A., 2009).

Патология слуховых труб, сопровождающая ВРН, ведёт к задержке пневматизации сосцевидных отростков, и нередко приводит к потере слуха различной степени тяжести. Орган слуха при этом первично и вторично вовлекается в процесс воспаления может развиваться средний отит (острый, хронический, экссудативный, адгезивный), антрит, мастоидит, с последующим возникновением функциональных нарушений уха, приводящие к тугоухости (R. Durr and

R.S. Shapiro, 1989; Sharma RK, Nanda V., 2009).

После пластики неба, в раннем послеоперационном периоде, дисфункция слуховых труб ещё продолжается. Это приводит к скоплению жидкости в полости среднего уха и нарушению звукопроводения.

В норме у детей процесс пневматизации среднего уха начинается после рождения: при попадании воздуха в барабанную полость во время первых глотательных движениях через нормально функционирующую слуховую трубу (Кицера А.А., 2001; 2002).

При ВРГН нарушения вентиляционной функции слуховых труб является одной из основных причин задержки пневматизации сосцевидных отростков, а наличие не пневматизированных отростков ведёт к потере слуха различной степени тяжести – от II до IV степени (Durr R. и Shapiro R. S., 1989; Sharma R. K., Nanda V., 2009).

В литературе имеются отдельные сообщения о состоянии неспецифических факторов защиты и о некоторых микробиологических показателях у детей с ВРГН. Эти ис-

следования в основном касаются изучения микрофлоры на отдельных участках в области дефекта губы и неба, где микробиологические исследования в основном проводились с целью определения микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам. Работ, посвящённых изучению морфологических изменений тканей мягкого неба и микробиологических данных в зоне устьев слуховых труб у детей с врождёнными расщелинами неба недостаточно, а изложенные в них данные во многом противоречивы (Кучерова Н. А. и Харьков Л. В., 1980; Минисаев Д. А. и соавт., 1980; Убайдуллаев М. Б., 2001; Sheahan P., Miller I., Sheahan J. N., Earley M. J., Blayney A. W., 2003).

Кроме того, не изучено влияние реконструктивных оперативных вмешательств и их качества на восстановление функции слуховых труб. Ранняя диагностика, своевременное лечение, профилактика патологии ЛОР-органов, приводящих к снижению слуха так же без сомнения актуально.

В плане комплексного лечения и диспансерного наблюдения детей с указанной патологией, требуют своего разрешения вопросы о факторах риска развития тугоухости при оперативном вмешательстве с момента их рождения, подготовки к восстановительно-реконструктивному вмешательству, ведение их во время операции и послеоперационное наблюдение.

При реабилитации данного контингента больных одним из важных моментов является определение оптимального возраста для хирургического лечения, сроки которого весьма вариабельны у различных авторов и являются наиболее дискуссионным вопросом (Махкамов Э.У., 1981; Мамедов Ад.А., 1998; Усманов А.Т., 2001; Амануллаев Р.А., 2005). Независимо от возраста больного ребенка главной задачей перед хирургом является восстановление анатомо-функциональной деятельности твердого и мягкого неба. При этом немаловажное значение придает пластичности мягких тканей неба, которые более выражены у новорожденных и у детей первых месяцев жизни (Doyle W. J. et al, 1986; Chuo, Searle Y., Jeremy A., Richard B., Sharp I., Slato R., 2008). Пластичность мягких тканей неба резко изменяется с возрастом ребенка, так как они претерпевают воспалительно-дистрофические изменения (Stewart M.G., 1991; Butow K.W., Louw B., Hugo S. R., Grimbeek R.J. 1991; Matsune S., Sando I., Takahashi H., 1993; Sylvan E., 1999).

Публикации последних лет свидетельствуют о стремлении повысить качество хирургического лечения пациентов с ВРГН. Были предложены многочисленные новые модификации способов и тактики лечения ВРГН на этапах хирургической. Публикации последних лет свидетельствуют о стремлении повысить качество хирургического лечения пациентов с ВРГН. Были предложены многочисленные новые модификации способов и тактики лечения ВРГН на этапах хирургической реабилитации (Амануллаев Р.А., 2002; Амануллаев Р.А., 2005; Амануллаев Р.А., Махкамов М.Э., 2002; Амануллаев Р.А., Минисаев Д.А., 2005; Гоппе В.И., 2000; Давыдов Б.Н., Бессонов С.Н., 2004; Дусмухамедов М.З., 2006; Махкамов М.Э., 2002; Минисаев Д.А. и соавт., 2004; Мамедов Ад.А. и соавт., 2006; Убайдуллаев М.Б., 2001; Усманов А.Т., 2001 и др.).

L.D. Vallino, R. Zuker, J.A. Napoli (2008) на основании обследования детей после первичной ранней пластики мягкого неба установили, что избежать деформации верхней челюсти удаётся только при узких расщелинах неба. Так же он отмечает, что ранняя функциональная нагрузка мягкого неба положительно отражается на развитии функции речи.

Несмотря на определенные успехи в проведении пластики твердого неба, результаты восстановления речи у ребенка неоднозначны и часто причина этого, наряду не удовлетворительны с другими недостатками, они усматривают и в плохом смыкании небо-глоточного кольца. С целью устранения этого недостатка некоторые авторы предлагают сшивания заднего края мягкого неба с задней стенкой глотки (Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б., 1990; Ананян Г., Виссарионов В.А. 2002; Marcusson A. et al. 2002).

В связи со сложностью данного порока развития, ком-

бинацией различных степени нарушения ВРГН рекомендована этапность хирургического вмешательства: первый этап - более ранний - хейлопластика и велоластика с сужением глоточного кольца; последующий этап - пластика в пределах ТН, УП с восстановлением естественной формы МН и языка. В отношении конкретных сроков проведения этапов пластических операций у хирургов до настоящего времени нет единого мнения (Азимов М.И., Шокиров Ш.Т., 2001; Гоппе В.И., 2000; Рогинский В.В., Безруков В.М., Ипполитов В.П., 2000; Махкамов М.Э., Мамедов Ад.А., 2002; Артюшевич А.С., Руман Г.М., 2002; Гончаков Г.В., 2002; Hobar P.C. 1994). Большинство авторов рекомендуют проведение первого этапа реконструкции на первом году жизни, а второго - в 3-4 года (Мамедов Ад.А., 1997; 2001; Marcusson A. et al., 2002).

Среди зарубежных авторов много сторонников раннего оперативного лечения расщелины верхней губы и неба (Grant H.R. et al, 1998; Stark R.B., 1999; Atkinson M., 2009).

В своих наблюдениях А. Митринович-Моджеевская (1959), Э.Н. Самар (1987) отмечают, что у больных с расщелиной неба значительно повышается хронаксия мышц неба и глотки, которая более выражена у детей старших возрастных групп.

Отсутствуют данные о качественном диспансерном наблюдении детей с ВРГН оториноларингологами. Несмотря на множество работ, посвящённых проблеме лечения детей с ВРГН, наличие большого разнообразия структур, способов и форм реабилитации, остаются актуальными вопросы систематизации и методологии подходов к решению столь сложной проблемы, связанной с нарушением слуха. Попытка решения этих вопросов позволит предупредить развитие стойких нарушений слуха у пациентов с ВРГН, предупреждая их вторичную инвалидизацию и способствуя социальной адаптации, а проводимое нами исследование имеет не только важное научное, но и большое практическое значение. Поэтому поиск научно обоснованного подхода системы ранней диагностики патологии среднего уха, приводящей к стойкой тугоухости, и разработка комплексных лечебно-профилактических мероприятий, надёжно устраняющих факторы, способствующие дисфункции слуховой трубы с развитием тугоухости является одной из актуальных задач оториноларингологии.

Н.Э. Махкамова при изучении частоты встречаемости патологии ЛОР-органов у детей с врожденной расщелиной неба для сравнения использовал показатели обследования у пациентов без порока развития неба. Сочетанная патология ЛОР-органов и искривление перегородки носа у детей с ВРН наблюдались в три раза чаще, чем у детей контрольной группы, гипертрофия нижних носовых раковин и хронический тонзиллит - в два раза, патология органа слуха выявлена только у детей с ВРН.

Принимая во внимание, изложенное выше и для устранения причин нарушения слуха при данной аномалии, мы поставили перед собой цель - дифференциальный подход к комплексному лечению и профилактики осложнения слуховой трубы который часто приводит к тугоухости у детей с ВРН.

Для достижения указанной цели в донной части научной работы было поставлено следующая задача:

Провести сравнительный анализ влияния патологических изменений небо-глоточной области на функциональное состояние слуховых труб, сочетающихся с ВРН на основании результатов клинко-лучевых методов исследования.

Большим применены лечебные мероприятия: метод комплексного лечения включал до- и послеоперационную санацию носоглоточного пространства (с использованием суспензии Кламок); интраоперационную защиту слуховых труб; лечебные мероприятия по реабилитации слуха (анемизация глоточных устьев слуховых труб с последующим продуванием и их катетеризацией, введение суспензии Кламок). Интраоперационную защиту слуховых труб проводили во время пластики неба путем введения зонда для предупреждения попадания слизи, крови из носоглотки в

барабанную полость через зияющее устье слуховой трубы. Зонд вводили в начале операции через нижний носовой ход, носоглотку в слуховые трубы (1,5-2,0см) и наполняли раздувной баллон, укрепленный на его дистальном конце. После операции перед удалением зонда через его верхний наконечник вводили суспензию Кламок для обеспечения противовоспалительного действия. Традиционное же лечение включало: пластику неба с восстановлением естественной формы мягкого неба и язычка с сужением глоточного кольца по Фроловой, лечение воспалительных явлений в полости носа, глотки и в среднем ухе производились только при обращении.

Yabe R. (1989) и Butow K.W., Louw B., Hugo S.R., Grimbeeck R.J. (1991) представили результаты изменений в ЛОР-органах у больных с расщелиной неба, перенесших модифицированную велофарингопластику. Особый интерес вызывает у многих исследователей состояние слуховой функции после проведенных тех или иных методов хирургического лечения. Доказано, что велофарингопластика по Санве-

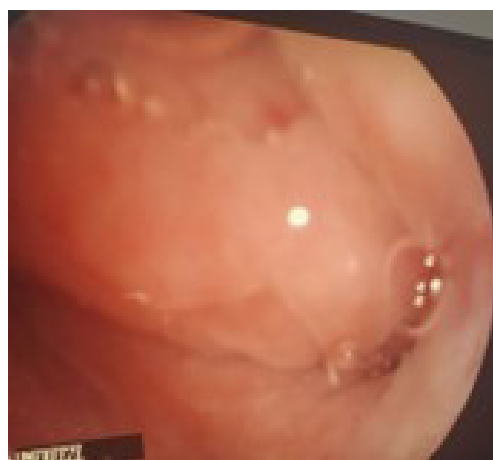
неро-Розелли, модифицированная Найнером, не ведет к улучшению функционального состояния барабанной перепонки. За счет улучшения аэрации трубы, это является следствием оптимизации состояния назофарингеальных механизмов (Christensen K. et.al, 2004).

Эндоскопические исследования носа, носоглотки и слуховых труб показали превалирование атрофических процессов в области устья слуховых труб, её широкое зияние, что способствует более легкой и быстрой элиминации инфекции в среднее ухо. Так же с возрастом у не оперированных детей изменения на слизистой оболочке носовой полости усугубляются: в начале слизистая оболочка гиперемирована, поверхностные сосуды расширены, легко ранимые, кровоточащие, позже слизистая оболочка дна носовой полости приобретает волнообразный рельеф, что значительно затрудняло миграцию слизи, способствовало ее застою, инфицированию и элиминации в сторону слуховой трубы.

### До операции

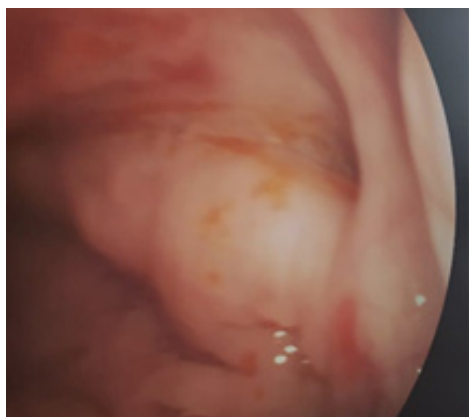


AD

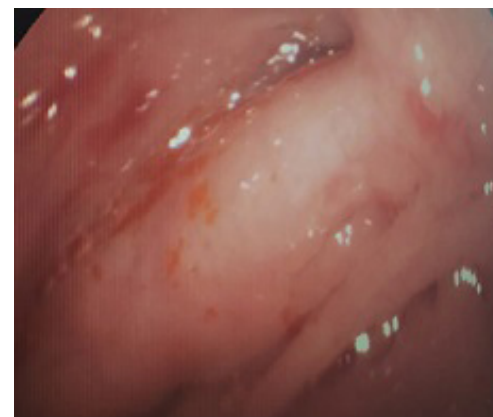


AS

### После операции



AD



AS

Пластические операции по ликвидации расщелины неба могут по-разному влиять на восстановление функции слуховой трубы. Необходимо применять такие методы пластики неба, которые бы исключали грубое рубцевание, не приносили вреда во время операции. Нарушение вентиляционной функции слуховой трубы является основной причиной послеоперационных средних отитов и понижения слуха, поэтому методы интраоперационной профилактики нарушения вентиляции слуховых труб заслуживают особого внимания. Таким образом, независимо от срока проведения и вида оперативного вмешательства при пластике неба необходимо проводить искусственную защиту слуховой трубы, препятствующую попаданию жидкости (крови и

слизи) через её зияющее устье в барабанную полость и механическому повреждению во время пластики неба. Так же следует исключить фактор инфицирования слуховой трубы и механического obturирования её глоточного отверстия.

### Выводы

Нами изучена частота встречаемости патологии ЛОР-органов у детей с врожденной расщелиной неба и у пациентов без этого порока в Приаральском регионе. Сочетанная патология ЛОР-органов и искривление перегородки носа у детей с ВРН наблюдались в три раза чаще, чем у детей контрольной группы, гипертрофия нижних носовых раковин и хронический тонзиллит - в два раза, патология

органа слуха выявлена только у детей с ВРН. Характер сочетанной патологии меняется в зависимости от возраста ребенка и вида врожденной расщелины верхней губы и неба: у детей 2-6 лет превалировало сочетание гипертрофии глоточной и небных миндалин при всех видах врожденной расщелины верхней губы и неба; в 7-10-лет - увеличивался удельный вес сочетания гипертрофии нижних носовых раковин и гипертрофии глоточной миндалины; старше 12 лет - гипертрофия нижних носовых раковин сочеталась с искривлением перегородки носа. Гипертрофия нижних носовых раковин, особенно задних концев, встречалась у всех детей, что связано с механизмами компенсации для уменьшения аномальной полости. Эти данные свидетельствуют о том, что заболевания ЛОР-органов у детей с ВРН наблюдаются чаще, чем у детей без этого порока. Из чего следует, что профилактику заболеваний ЛОР-органов у детей с ВРН необходимо проводить сразу после рождения ребенка, чтобы избежать развития патологического процесса в среднем ухе и его хронизацию. В связи, с чем мы считаем, что всем специалистам, работающим с детьми с врожденной расщелиной неба, необходимо помнить о том, что эта категория больных всегда имеет патологию носа и глотки, являясь группой риска по тугоухости, и нуждается в динамическом наблюдении ЛОР-врача.

Эндоскопические исследования носа, носоглотки и слуховых труб показали превалирование атрофических процессов в области устья слуховых труб, её широкое зияние, что способствует более легкой и быстрой элиминации инфекции в среднем ухе. Так же с возрастом у не оперированных детей изменения на слизистой оболочке носовой полости усугубляются: вначале слизистая оболочка гиперемирована, поверхностные сосуды расширены, легко ранимые, кровоточащие, позже слизистая оболочка дна носовой полости приобретает волнообразный рельеф, что значительно затрудняло миграцию слизи, способствовало ее застою, инфицированию и элиминации в сторону слуховой трубы.

#### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

#### ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

#### ДОСТУПНОСТЬ ДАННЫХ И МАТЕРИАЛОВ

Все данные, полученные или проанализированные в ходе этого исследования, включены в настоящую опубликованную статью.

#### ВКЛАД ОТДЕЛЬНЫХ АВТОРОВ

Все авторы внесли свой вклад в подготовку исследо-

вания и толкование его результатов, а также в подготовку последующих редакций. Все авторы прочитали и одобрили итоговый вариант рукописи.

#### ЭТИЧЕСКОЕ ОДОБРЕНИЕ И СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ

Были соблюдены все применимые международные, национальные и/или институциональные руководящие принципы по уходу за животными и их использованию.

#### СОГЛАСИЕ НА ПУБЛИКАЦИЮ

Не применимо.

#### ПРИМЕЧАНИЕ ИЗДАТЕЛЯ

Журнал "Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия" сохраняет нейтралитет в отношении юрисдикционных претензий по опубликованным картам и указаниям институциональной принадлежности.

*Статья получена 11.06.2022 г.*

*Принята к публикации 15.07.2022 г.*

#### CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare no conflict of interests.

#### SOURCES OF FUNDING

The authors declare no funding for this study.

#### AVAILABILITY OF DATA AND MATERIALS

All data generated or analysed during this study are included in this published article.

#### AUTHORS' CONTRIBUTIONS

All authors contributed to the design and interpretation of the study and to further drafts. All authors read and approved the final manuscript.

#### ETHICS APPROVAL AND CONSENT TO PARTICIPATE

All applicable international, national, and/or institutional guidelines for the care and use of animals were followed.

#### CONSENT FOR PUBLICATION

Not applicable.

#### PUBLISHER'S NOTE

Journal of "Integrative dentistry and maxillofacial surgery" remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

*Article received on 11.06.2022*

*Accepted for publication on 15.07.2022*

#### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Амануллаев Р.А. Сравнительная оценка методов первичной хейлопластики у детей с односторонней врожденной расщелиной верхней губы и неба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2002. – 18 с.
2. Амануллаев Р.А., Махкамов М.Э. Способы первичной хейлопластики при врожденных односторонних расщелинах верхней губы и неба // Стоматология детского возраста и профилактика. – М., 2002. – №3-4. – С.49-53.
3. Готь И.М., Кицера А.А., Винарчук-Патерега В.В., Кицера А.А. Исследование состояния среднего уха и слуха у детей с врожденной расщелиной неба // Acta Medica Leopoliensia. - 2001. - V.7, № 2. - С. 14-16.
4. Заболотный Д.И., Готь И.М., Кицера А.А., Винарчук-Патерега В.В., Ильницкий Я.М. Диагностика и лечение хронических воспалительных заболеваний среднего уха и нарушений слуха у детей с врожденными расщелиной неба // Журн. ушных, носовых, горловых болезней. - 2005. - № 1. - С.2-6.
5. Кицера Н.И., Гнатейко О.С., Аюпян Г.Р., Федоришин З.М., Осадчук З.В., Грузинцева Н.А., Геник-Березовская С.А., Кицера А.А., Ефименко А.К. Частота рождения детей с расщелин губы и / или неба во Львовской области за 1985-2001 гг // Журн. ушных, носовых, горловых болезней. - 2004. - № 1. - С.27-30.
6. Махкамов М.Э. Зайнабидинова С.М. Современные методы хирургического лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба // Stomatologiya.-2004.-№3-4. – С. 68-72.
7. Махкамова Н.Э., Миразизов К.Д. Состояние гортани у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Вестн оторинолар. 2007; №5: С.23-25.
8. Насретдинова М., Карабаев Х. Диагностическое и прогностическое значение спектра субъективного ушного шума при хроническом мезотимпаните //Журнал стоматологии и кра-



- ниофациальных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 65-67.
9. Насретдинова М., Карабаев Х. Диагностическое и прогностическое значение спектра субъективного ушного шума при хроническом мезотимпаните //Журнал стоматологии и кра-ниофациальных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 65-67.
  10. Насретдинова М.Т., Хайитов А.А. Влияние лазеротерапии на местный синтез иммуноглобулина класса А у детей, больных острым и хроническим гайморитом //Детская оторинола-рингология. – 2020. – №. 3-4. – С. 34-35.
  11. Насретдинова М.Т. и др. Эффективность некоторых методов лечения больных с полипозным риносинуситом //междисци-плинарный подход по заболеваниям органов головы и шеи. – С. 273.
  12. Насретдинова М.Т. и др. Диагностическое значение нистагма при болезни меньера //междисциплинарный подход по за-болеваниям органов головы и шеи. – с. 270.
  13. Сапожников Я.М., Богомилский М.Р. Современные методы диагностики, лечения и коррекции тугоухости и глухоты у детей. — М.: ИКАР, 2001.
  14. Харьков Л.В., Шоу В., Симб Г. Обзор состояния помощи детям с несращениями верхней губы и неба в европейских странах // Вісник стоматології. - 2001. - № 3. - С. 55-59.
  15. Убайдуллаев М.Б. Лечение больных с врожденными и при-обретенными анатомо-функциональными нарушениями носо-максиллярного комплекса: Дис. ... д-ра мед. наук. – Таш-кент, 2001. – 220с.
  16. Sheahan P, Miller I, Sheahan JN, Earley MJ, Blayney AW. Incidence and outcome of middle ear disease in cleft lip and/or cleft palate. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2003 Jul;67(7):785-93 Department of Otolaryngology, The Children's Hospital, Temple Street, 1, Dublin, Ireland. sheahanp@eircom.net Shields E.D.: Cleft palate: A Genetic and epidemiologic investigation. Clin Genet. - 1981. - V.20. – P. 13-24.
  17. Vallino L.D.: Speech, velopharyngeal function, and hearing before and after ortognathic surgery. J-Oral-Maxillofac-Surg; 1990 Dec. 1274-1281; discussion.
  18. Vallino LD, Zuker R, Napoli JA. - A study of speech, language, hearing, and dentition in children with cleft lip only. - Cleft Palate Craniofac J. 2008 Sep;45(5):485-94. Epub 2008 Jan 2.
  19. Yabe R.: Otitis media with effusion in patients with cleft palate and congenital velopharyngeal insufficiency. Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho. – 1989. – P. 1012-1020.
  20. Yabe R.: Otitis media with effusion in patients with cleft palate and congenital velopharyngeal insufficiency. Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho. – 1989. – P. 1012-1020.

Отправьте свою рукопись в журнал **"ИНТЕГРАТИВНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ"** и получите следующие преимуще-ства:

- Удобная онлайн-подача
- Тщательная экспертная оценка
- Открытый доступ: статьи в свободном доступе в Интернете
- Высокая видимость в [Google Scholar](#) и в других базах
- Сохранение авторских прав на вашу статью
- Отправьте Вашу следующую рукопись на ► [idmfs@scinnovations.uz](mailto:idmfs@scinnovations.uz)

Submit your manuscript to the journal of **"INTEGRATIVE DENTISTRY AND MAXILLOFACIAL SURGERY"** and benefit from:

- Convenient online submission
- Rigorous peer review
- Open access: articles freely available online
- High visibility in [Google Scholar](#) and other bases
- Retaining the copyright to your article
- Submit your next manuscript at ► [idmfs@scinnovations.uz](mailto:idmfs@scinnovations.uz)