Одно- и двусторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: Q35, Q36, Q37 · ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии», Общероссийская общественная организация «Российское общество пластических, реконструктивных и эстетических хирургов»

Расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и/или нёба — врождённый порок челюстно-лицевой области, нарушающий питание, речь, слух и носовое дыхание. Рекомендация предназначена для ведения детей от рождения до 18 лет и описывает поэтапную диагностику, хирургическое лечение и длительную командную реабилитацию.

Главное

- Порок имеет мультифакторное происхождение: значение имеют генетическая предрасположенность или новая мутация в сочетании с неблагоприятными факторами среды, включая тератогенные лекарства, алкоголь, наркотики, инфекции и нарушения питания.
- Из-за расщепления носовой и ротовой полостей нарушается кормление; позднее возможны проблемы жевания и окклюзии. Также оценивают речь, слух и носовое дыхание.
- Ведение должно быть поэтапным и командным: челюстно-лицевой хирург, ортодонт, педиатр, оториноларинголог, генетик, медицинский логопед и психолог участвуют в диагностике, лечении и реабилитации.
- Диспансерное наблюдение проводят с рождения до 18 лет включительно (УУР С, УДД 5).
- В первые 0–3 месяца применяют специальные небные пластинки для облегчения кормления, разделения носовой и ротовой полостей и коррекции деформации челюстей до операции (УУР С, УДД 4).
- Хирургическое лечение планируют с учётом типа расщелины, гипоплазии и деформации окружающих структур; важно соблюдать этапность и учитывать соматический статус ребёнка (УУР С, УДД 5).
- Помощь оказывается в стационаре, планово, по принципу этапности и периодичности; указанный вид помощи — высокотехнологичная, в том числе в рамках ОМС.

Диагностика

1. Уточнить наследственный анамнез по патологии челюстно-лицевой области и возможное воздействие тератогенов в I триместре; выяснить нарушения жевания, речи, дыхания, слуха и наличие эстетического дефекта (УУР С, УДД 5).
2. Установить клинический диагноз по визуальному осмотру, антропометрическим, рентгенологическим и ультразвуковым методам.
3. Провести осмотры педиатра, челюстно-лицевого хирурга, оториноларинголога, ортодонта и генетика: оценить соматический статус, прикус, ЛОР-органы, сопутствующую и возможную генетическую патологию, определить план лечения (УУР С, УДД 5).
4. Назначить лабораторные исследования по показаниям генетика и предоперационный комплекс для планового вмешательства, который назначает педиатр.
5. При беременности выполнить УЗИ-скрининг в 19–21 неделю для первичного выявления пороков челюстно-лицевой области и оценки анатомо-физиологических особенностей плода (УУР С, УДД 4).
6. У детей провести фарингоскопию с медико-логопедическим заключением при дизартрии; риноскопию с консультацией ЛОР-врача целесообразно выполнять с 7 лет. КТ челюстно-лицевой области показана в 6–11 лет для оценки дефекта, положения фрагментов верхней челюсти и планирования размера костного трансплантата, а в 12–18 лет — для оценки соотношения челюстей и показаний к ортогнатической операции (УУР С, УДД 4–5).

Лечение

- До операции проводят предхирургическую ортодонтическую подготовку, а логопедическую коррекцию начинают до операции и продолжают после уранопластики (УУР С, УДД 5).

- Для кормления новорождённых используют специальные приспособления. Зондовое питание при изолированном пороке не рекомендуется; оно допустимо по строгим показаниям — при тяжёлой сопутствующей соматической патологии, недоношенности или незрелости. В первые недели нужен ежедневный контроль массы тела (УУР С, УДД 5).
- Первичную хейлоринопластику выполняют старше 3–6 месяцев, в течение первого года жизни. При сопутствующих врождённых пороках, родовой травме, постнатальной энцефалопатии, анемии или гипотрофии операцию откладывают до ремиссии (УУР С, УДД 5).
- При расщелине вторичного нёба щадящую уранопластику проводят в 1–2 года. При расщелине мягкого и твёрдого нёба используют два этапа: пластику мягкого нёба в 1–2 года, затем щадящую уранопластику после 3–4 лет (УУР С, УДД 5).
- Пластику альвеолярного отростка выполняют после ортодонтической подготовки в 8–10 лет (УУР С, УДД 5).
- Небно-глоточную недостаточность устраняют после консультаций медицинского логопеда и ЛОР-врача; коррекцию целесообразно проводить с 6 лет (УУР С, УДД 5).
- При экссудативном среднем отите проводят наблюдение и лечение у ЛОР-врача, при необходимости — тимпанотомию, чтобы сохранить слуховую функцию (УУР С, УДД 5).
- Остаточные деформации корректируют реконструктивной хейлоринопластикой, хейлориносептопластикой и повторной уранопластикой. Полную коррекцию кожно-хрящевого отдела носа проводят в 14–16 лет, коррекцию деформации пирамидки носа откладывают до 17 лет; ортогнатические операции и дентальную имплантацию выполняют после 18 лет (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Для планового хирургического лечения пациента госпитализируют в стационар; госпитализация проводится поэтапно и периодически в соответствии с алгоритмом лечения.
- С рождения ребёнка следует включить в диспансерное наблюдение до 18 лет включительно (УУР С, УДД 5).
- Направлять к челюстно-лицевому хирургу нужно для установления диагноза и планирования лечения, к ортодонту — для оценки прикуса и подготовки до и после операции, к ЛОР-врачу — для оценки ЛОР-органов.
- При нарушении речи ребёнка направляют на фарингоскопию и последующую консультацию медицинского логопеда для разработки индивидуальной программы речевой реабилитации.

Частые вопросы

Как подтверждают диагноз расщелины губы и нёба?

Диагноз клинический: его устанавливают по визуальному осмотру, антропометрическим, рентгенологическим и ультразвуковым методам.

Когда выполнять первичную хейлоринопластику?

Обычно операцию проводят старше 3–6 месяцев, в течение первого года жизни. При врождённых пороках, родовой травме, постнатальной энцефалопатии, анемии или гипотрофии вмешательство откладывают до ремиссии.

Каковы сроки пластики нёба?

При расщелине вторичного нёба щадящую уранопластику выполняют в 1–2 года. При расщелине мягкого и твёрдого нёба сначала проводят пластику мягкого нёба в 1–2 года, затем щадящую уранопластику после 3–4 лет.

Когда нужна пластика альвеолярного отростка?

Её выполняют после ортодонтической подготовки в возрасте 8–10 лет.

Как кормить новорождённого с расщелиной?

Используют специальные приспособления для кормления и обучают родителей кормлению сцеженным грудным молоком или смесями с профилактикой аспирации. Зонд применяют только по строгим показаниям: при тяжёлой соматической патологии, недоношенности или незрелости; в первые недели ежедневно контролируют массу тела.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1050-odno-i-dvustoronnyaya-rasshchelina-verhnej-guby-alveolyarnogo. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1050_1