

ĐÁNH GIÁ NHỮNG BIẾN DẠNG MÔI MŨI BỆNH NHÂN SAU TẠO HÌNH KHE HỞ MÔI MỘT BÊN LẦN ĐẦU

Nguyễn Văn Minh¹, Trần Tấn Tài¹, Nguyễn Hồng Lợi²
(1) Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Huế
(2) Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Khe hở môi (KHM) là dị tật bẩm sinh thường gặp ở vùng hàm mặt. Phẫu thuật tạo hình môi mũi nhằm phục hồi chức năng và thẩm mỹ là nhu cầu cần thiết của bệnh nhân và gia đình người bệnh, tuy nhiên vẫn còn nhiều biến dạng môi mũi sau phẫu thuật. Vì vậy đánh giá những biến dạng môi mũi để có kế hoạch phẫu thuật sửa chữa. **Phương pháp nghiên cứu:** 46 bệnh nhân (BN) KHM một bên đã phẫu thuật tạo hình môi lần đầu bằng các phương pháp khác nhau đến khám và điều trị tại Khoa liên chuyên khoa Tai mũi họng-Mắt-Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế và Trung tâm Răng Hàm Mặt, bệnh viện Trung ương Huế. BN được đánh giá theo thang điểm của Motier (1997) các đặc điểm giải phẫu: làn môi đỏ, da môi, sẹo môi, mũi. **Kết quả:** Biến dạng hay gặp ở làn môi đỏ là khía chữ V (52,2%) và sai lệch đường viền môi (52,2%). Thiếu hụt chiều cao da môi bên khe hở là 34%. Sẹo sau mổ bị co kéo và lồi chiếm 52,2%. Các biến dạng ở mũi hay gặp là lệch vách ngăn mũi (78,3%), khiếm khuyết phần trên viền lỗ mũi (78,3%), lỗ mũi hẹp (52,2%) và chân cánh mũi ở thấp (47,8%). **Kết luận:** Biến dạng môi mũi sau tạo hình KHM một bên lần đầu là không tránh khỏi, do vậy cần có kế hoạch để phẫu thuật sửa chữa những biến dạng này

Từ khóa: Khe hở môi một bên, Biến dạng môi mũi

Abstract

ASSESSMENT OF SECONDARY CLEFT LIP/NASAL DEFORMITIES AFTER PRIMARY PLASTIC SURGERY ON THE PATIENT WITH UNILATERAL CLEFT LIP/PALATE

Nguyen Van Minh¹, Tran Tan Tai¹, Nguyen Hong Loi²
(1) Faculty of Dentistry, Hue University of Medicine and Pharmacy
(2) Centre of Odonto-Stomatology, Hue Central Hospital

Objectives: Congenital cleft lip/palate is most common deformity of the face. Primary plastic surgery for rehabilitation and aesthetics is the need of the patients and family of patients, however, there are many secondary deformities of lip and nose post-surgery. Therefore, assessment of secondary cleft lip/nasal deformities is performed for planning of surgical repair. **Method:** 46 patient with unilateral cleft lip/palate, were operated with different techniques, are examined post-surgery at department of Maxillofacial surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and Centre of Odonto-Stomatology, Hue Central Hospital. These patients were assessed according to the postoperative results of Motier score (1997) including of red lip, white lip, scars, and nose. **Results:** V notch and defect on the shift line are the most common deformities on red lip (52.2%). 34.8% patient have short white lip on cleft side. Straight and prominent scars is 52.2%. The most common deformities of nose are septal deviation (78.3%), narrow sill (52.2%), defect of the upper part of the nostril rim (78.3%) and low position of ala (47.8%). **Conclusion:** secondary cleft lip/nasal deformities is unavoidable. It is necessary to have a plan for surgical repair of these deformities.

Keywords: Unilateral cleft lip/palate, Secondary cleft lip/nasal deformities

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi (KHM) là dị tật bẩm sinh thường gặp ở vùng hàm mặt. Các tác giả trong nước và nước ngoài đưa ra tỷ lệ khoảng 1/750 trẻ sinh ra bị KHM [1]. Các loại KHM gây những thay đổi về cấu trúc giải

phẫu, ảnh hưởng lớn đến chức năng, thẩm mỹ của khuôn mặt, tác động đến tâm lý của bệnh nhân (BN) từ tuổi thơ đến tuổi trưởng thành. Phẫu thuật (PT) tạo hình môi mũi nhằm phục hồi chức năng và thẩm mỹ là nhu cầu cần thiết của BN và gia đình người

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Văn Minh, email: minhnguyenrhmhue@yahoo.com

- Ngày nhận bài: 22/9/2018; Ngày đồng ý đăng: 26/10/2018; Ngày xuất bản: 8/11/2018

DOI: 10.34071/jmp.2018.5.9










bệnh. Hiện nay, có nhiều phương pháp tạo hình khe hở môi được đề xuất và ngày càng được hoàn thiện. Tuy nhiên do hình thái của khe hở rất đa dạng, mức độ thương tổn nặng nhẹ khác nhau; và do trình độ phẫu thuật viên ở các tuyến không đồng đều, cho nên sau tạo hình môi còn có những biến dạng môi mũi. Biến dạng môi mũi sau tạo hình khe hở môi chiếm khoảng 70-80% số bệnh nhân được phẫu thuật lần đầu và mức độ biến dạng cũng rất khác nhau tùy thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau [10].

Millard D.R (1976) qua theo dõi kết quả mổ môi nhận thấy hầu hết bệnh nhân sau tạo hình khe hở môi kỳ đầu cần được theo dõi và sửa chữa kỳ hai. Milliken J.B thì cho rằng chưa có phương pháp nào đạt kết quả hoàn chỉnh ngay từ lần phẫu thuật đầu tiên [8]. Cho đến nay vấn đề sửa chữa kỳ hai biến dạng môi mũi do nhu cầu thẩm mỹ và làm hoàn thiện chức năng sau tạo hình khe hở môi được đặt ra ngày càng nhiều. Để giúp cho việc lập kế hoạch PT sửa chữa những biến dạng môi mũi, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: **“Đánh giá những biến dạng môi mũi bệnh nhân sau tạo hình khe hở môi một bên lần đầu”**.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 46 Bệnh nhân KHM một bên đã

Bảng 2.1. Bảng đánh giá biến dạng môi mũi sau PT tạo hình KHM một bên

Yếu tố giải phẫu	Đánh giá	Minh họa	Điểm
Làn môi đỏ	Lồi		0,5
	Khí chữ V		0,5
	Dày môi một bên		1
	Mỏng môi một bên		3
	Sai lệch đường viền môi		0,5
Rãnh tiền đình miệng	Hẹp		1
	Quá rộng		2
Da môi (Môi trắng)	Quá ngắn		1
	Quá dài		1

được PT tạo hình môi lần đầu còn có những biến dạng môi mũi vào điều trị tại Khoa liên chuyên khoa Tai Mũi Họng - Mắt - Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế và Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế.

2.2. Thời gian: Từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2017.

2.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tất cả các bệnh nhân bị KHM một bên đã được PT tạo hình môi lần đầu, còn những biến dạng môi mũi nhưng chưa PT sửa chữa .

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân KHM kết hợp với dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt khác.

- Bệnh nhân hay gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.



















2.5. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

2.6. Các biến nghiên cứu

- Phân loại KHM: Khe hở môi, khe hở môi-cung hàm, khe hở môi-vòm miệng.

- Xác định các phương pháp tạo hình KHM một bên lần đầu: PT tạo hình theo Millard, Tennison, Veau

- Đánh giá những biến dạng môi mũi sau tạo hình khe hở môi một bên: bằng thang đánh giá sau PT của Motier (1997) [7].

	Thiếu hụt cơ vòng môi		3
	Cung cupidon và nhân trung quá hẹp		4
	Cung cupidon và nhân trung quá rộng		2
Sọ	Đẹp		0
	Co kéo		1
	Lồi		1
Mũi	Trụ mũi quá ngắn		0,5
	Lệch vách mũi		2
	Lỗ mũi rộng		0,5
	Lỗ mũi hẹp		0,5
	Chân trụ mũi quá rộng		0,5
	Chân trụ mũi quá hẹp		0,5
	Độ cuộn cánh mũi ít		0,5
	Độ cuộn cánh mũi quá thừa		0,5
	Khiếm khuyết phần trên viền lỗ mũi		0,5
	Chân cánh mũi ở cao		0,5
	Chân cánh mũi ở thấp		0,5
	Cánh mũi thiếu sản và bè		3

Sau đó tính tổng điểm và phân loại kết quả theo bảng sau.

Bảng 2.2. Phân loại kết quả phẫu thuật

Phân loại	Điểm
Xuất sắc	0 - 1,5
Rất tốt	2 - 3,5
Tốt	4 - 5,5
Chấp nhận được	6 - 8
Khó chấp nhận	8,5 - 16

3. KẾT QUẢ

3.1. Biến dạng làn môi đỏ

Bảng 3.1. Biến dạng làn môi đỏ

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=46)	Tỷ lệ (%)
Lồi	0	0
Khía chữ V	24	52,2
Dày môi một bên	2	4,3
Mỏng môi một bên	4	8,7
Sai lệch đường viền môi	24	52,2

Nhận xét: Biến dạng thường gặp nhất là khía chữ V ở làn môi đỏ và sai lệch đường viền môi chiếm 52,2% (24/46 BN). Các biến dạng khác được ghi nhận ở làn môi đỏ làn môi đỏ là dày môi một bên (2/46 BN), mỏng môi một bên (4/46 BN), và không có BN nào biến dạng lồi hay biến dạng rãnh tiền đình miệng.

3.2. Biến dạng da môi

Bảng 3.2. Biến dạng da môi

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=46)	Tỷ lệ (%)
Quá ngắn	16	34,8
Quá dài	0	0
Thiếu hụt cơ vòng môi	0	0
Cung cupidon và nhân trung quá hẹp	0	0
Cung cupidon và nhân trung quá rộng	0	0

Nhận xét: Trong số 46 BN đến sửa chữa môi mũi, da môi quá ngắn ở 16 BN (34,8%), không thấy những biến dạng khác như thiếu hụt cơ vòng môi, cung cupidon và nhân trung quá hẹp hay quá rộng.

3.3. Sẹo vết mổ

Bảng 3.3. Sẹo vết mổ

Sẹo vết mổ	Số bệnh nhân (n=46)	Tỷ lệ (%)
Đẹp	22	47,8
Cơ kéo	10	21,7
Lồi	14	30,5
Tổng số	46	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có sẹo đẹp chiếm 47,8% (22/46 BN), 21,7% có sẹo cơ kéo (10/46 BN) và 30,5% có sẹo lồi (14/46 BN).

3.4. Biến dạng mũi

Bảng 3.4. Biến dạng mũi

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=46)	Tỷ lệ (%)
Trụ mũi quá ngắn	6	13,0
Lệch vách mũi	36	78,3
Lỗ mũi hẹp	24	52,2
Lỗ mũi rộng	0	0
Chân trụ mũi quá rộng	0	0
Chân trụ mũi quá hẹp	0	0
Độ cuộn cánh mũi ít	16	26,1
Độ cuộn cánh mũi quá thừa	0	0
Khiếm khuyết phần trên viền lỗ mũi	36	78,3
Cánh mũi ở cao	4	8,7
Cánh mũi ở thấp	22	47,8
Cánh mũi thiếu sản và bè	2	4,3

Nhận xét:

- Biến dạng xảy ra nhiều nhất là lệch vách mũi và khiếm khuyết trên viền lỗ mũi, ở 36/46 BN (78,3%).
- Lỗ mũi rộng ở 24/46 BN (52,2%), cánh mũi cuộn ít ở 6/46 BN (26,1%), cánh mũi ở thấp 22/46 BN (47,8%).
- 6/46 BN có trụ mũi quá ngắn, 4/46 BN cánh mũi cao và 2/46 BN có cánh mũi thiếu sản và bè.
- Các biến dạng như lỗ mũi hẹp, bất thường chiều rộng chân cánh mũi, cánh mũi cuộn quá mức không xuất hiện ở BN nào.

3.5. Kết quả PT tạo hình KHM lần đầu và phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.5. Kết quả phẫu thuật môi lần đầu và phương pháp phẫu thuật

Kết quả Phương pháp	Kết quả						Tổng	Tỉ lệ (%)
	Xuất sắc	Rất tốt	Tốt	Chấp nhận được	Khó chấp nhận			
Veau	0	4	0	0	0	4	8,7	
Tennison	0	0	16	0	0	16	34,8	
Millard	0	8	16	2	0	26	56,5	
Tổng cộng	0	12	32	2	0	46	100	
Giá trị p	p=0,0452 (p<0,05)							

4. BÀN LUẬN

4.1. Biến dạng làn môi đỏ

Chúng tôi nhận thấy biến dạng khía chữ V chiếm tỉ lệ cao 52,2%, tương đương với kết quả nghiên cứu của Rajanikanth B.R và CS (2012) là 55% [9]. Nghiên cứu của Cheema S.A và Asim M (2014) còn cho kết quả lớn hơn (66%) [5]. Tuy nhiên khi so sánh nghiên cứu trong nước của Lê Đức Tuấn trên 127 BN thì tỉ lệ biến dạng của tác giả chỉ là 20,1%, thấp hơn nhiều so với chúng tôi [3].

Biến dạng khía chữ V xảy ra do trong quá trình PT, cơ không được giải phóng hoàn toàn nên bị kéo căng khi đóng kín, sau tạo hình toác vết mổ có thể dẫn đến khía chữ V. Nguyên nhân khác là kỹ thuật

khâu tái tạo cơ không tốt, nối cơ không đối xứng hoặc thậm chí là khâu dưới da mà không khâu cơ gây lõm niêm mạc làn môi đỏ.

Một biến dạng thường gặp khác là sai lệch đường viền môi, xuất hiện dạng nhô ra của da xâm nhập trên làn môi đỏ hoặc của làn môi đỏ xâm nhập trên da.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì biến dạng này xuất hiện ở 24 BN (52,2%), kết quả này cao hơn so với nghiên cứu Rajanikanth B.R và CS (2012) là 30% [9]. Tuy nhiên, các nghiên cứu của tác giả Christofides E (2006) lại có tỷ lệ sai lệch đường viền môi chiếm tỉ lệ cao (65%), Lê Đức Tuấn (2004) có tỷ lệ 80,4% [3].

Sai lệch đường viền môi có thể tránh được bằng

cách đánh dấu cẩn thận đường viền môi trước phẫu thuật.

dưới đường viền môi làm cho dễ điều chỉnh và chính xác khi khâu đóng vết mổ hơn là chỉ đánh dấu một điểm tại đường viền da-môi đỏ.

Đánh dấu hai điểm, một điểm trên và một điểm

4.2. Đặc điểm biến dạng da môi

Bảng 4.1. So sánh biến dạng da môi với các tác giả khác

Đánh giá \ Tác giả	Lê Đức Tuấn (2004)	Rajanikanth B.R & CS (2012)	Cheema S.A và Asim M (2014)	Chúng tôi (2018)
Quá ngắn	91 (71,65%)	10 (25%)	119 (63%)	32 (34,8%)
Quá dài	4 (3,14%)	2 (5%)	5 (3%)	0
Thiếu hụt cơ vòng môi	69 (54,8%)	0		0
Cung cupidon và nhân trung quá hẹp	8 (6,3%)	0	5 (3%)	0
Cung cupidon và nhân trung quá rộng		0		0
Tổng số BN	127	40	189	46

Theo bảng 4.1, có thể thấy ở cả 4 nghiên cứu khác thì tỉ lệ thiếu hụt chiều cao hơn hẳn thừa chiều cao môi. Đây cũng là nhận định của nhiều phẫu thuật viên trên thế giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ngắn môi là 34,8% tương đương với nghiên cứu Rajanikanth B.R và CS (2012), nhưng lại thấp hơn so với Lê Đức Tuấn (71,65%), Cheema S.A và Asim M (63%) . [3], [5], [9]

Ở BN KHM một bên, ngắn môi thường do chọn phương pháp PT không thích hợp với loại khe hở như phương pháp đường rạch thẳng hay vật xoay đẩy (xoay đẩy không đúng). Ngoài ra, còn tùy thuộc vào loại khe hở. Khe hở càng rộng, có phối hợp

với KH vòm miệng thì tỷ lệ thiếu da môi sau phẫu thuật là cao. Trong 8 BN ngắn môi ở mẫu nghiên cứu, chúng tôi thấy về phương pháp PT có 4 BN là phương pháp Tennison, 4 BN phương pháp Millard.

Tuy nhiên, ở nghiên cứu Zaleckas L. và CS (2011) cũng sử dụng thang đo lường này khảo sát trên 66 BN KHM đã PT, cho kết quả điểm số da môi của phương pháp Millard cao hơn phương pháp Tennison có ý nghĩa thống kê và được giải thích do phẫu thuật viên chưa thành thạo phương pháp Millard [11]. Vì vậy ngoài việc chọn phương pháp mổ phù hợp thì rõ ràng kinh nghiệm của phẫu thuật viên rất quan trọng đối với kết quả chiều dài da môi.

4.3. Sẹo vết mổ

Bảng 4.2. So sánh sẹo vết mổ với các tác giả khác

Đánh giá \ Tác giả	Lê Đức Tuấn (2004)	Rajanikanth B.R và CS (2012)	Cheema S.A và Asim M (2014)	Chúng tôi (2018)
Sẹo đẹp	45 (35,5%)	28 (70%)	39 (21%)	22 (47,8%)
Sẹo co kéo	82 (64,5%)	6 (15%)	150 (79%)	10 (21,7%)
Sẹo lồi		6 (15%)		14(30,4%)
Tổng số BN	127	40	189	46

Trong 4 nghiên cứu ở bảng 4.2, tỉ lệ sẹo xấu có sự khác biệt nhau, từ khoảng 30-70%. Ở nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ này là 52,2% (24/46 BN). Nguyễn Trọng Điểm (1995), Kapuccu M.R và CS (1996) đều thống nhất ở hai vấn đề cần quan tâm khi tạo hình KHM: thứ nhất là kỹ thuật khâu tái tạo hình thể môi; thứ hai là chăm sóc theo dõi tốt sau mổ. Các tác giả trong và ngoài nước đều nhất trí cho rằng nếu phòng tránh tốt những biến chứng sau PT sẽ đạt được kết quả liền sẹo đẹp [2], [6].

4.4. Biến dạng mũi

Biến dạng mũi thường xảy ra cùng biến dạng môi

và tỷ lệ thuận với mức độ nặng nhẹ của biến dạng môi. Đây là nhận xét chung của các phẫu thuật viên đã từng PT KHM và sửa chữa biến dạng môi mũi sau mổ. Khiếm khuyết phần trên viền lỗ mũi nhận thấy ở 78,3% BN sau tạo hình KHM. Thực chất biến dạng này xảy ra do cơ ngang mũi bám không đầy đủ vào gai mũi trước dẫn đến sự sai vị trí của sụn cánh giữa và không sửa chữa. Tuy vậy, đây cũng có thể biến dạng do lỗi phẫu thuật viên can thiệp sai vào vùng tam giác mềm, là vùng không được nâng đỡ bởi sụn, điểm liên kết giữa cột bên và cột giữa. Có thể thành công sửa chữa biến dạng này sau tạo hình môi lần

đầu, nhưng là không thể đối với tạo hình môi lần hai nếu không có PT mũi hở điều chỉnh lại vị trí sụn cánh mũi [4].

Đề tài nghiên cứu của chúng tôi là ở KHM một bên, do vậy trụ mũi ngắn chỉ có ở 6 BN (13%). Trụ mũi ngắn là điển hình của KHM hai bên, KHM một bên ít gặp, tuy nhiên có thể nhìn thấy ngắn hơn do sự sai lệch vị trí của sụn cánh mũi. Chiều dài của trụ mũi là cơ sở cho sự cân đối của mũi. Nếu trong lần đầu dùng PP Millard có thể thành công bằng cách sát nhập vạt C vào đường rạch chân trụ mũi [4].

4.5. Mối liên quan giữa phương pháp phẫu thuật và biến dạng môi mũi

Kết quả biến dạng môi mũi có sự khác nhau giữa các phương pháp PT lần đầu. Phương pháp được sử dụng nhiều nhất là Millard, 26 BN (56,5%); Tennison, 16 BN (34,8%); Veau, 4 BN (8,7%). Trong 26 BN PT bằng phương pháp Millard có 8 BN cho kết quả rất tốt (30,8%), 16 BN tốt (61,5%) và 2 BN chấp nhận được. 8 BN sau PT bằng phương pháp Tennison đều cho kết quả tốt. 4 BN được PT bằng phương pháp Veau, đều đạt kết quả rất tốt.

Nghiên cứu của Zaleckas L. và CS (2011), có 19

BN PT theo phương pháp Tennison, 20 BN phương pháp Millard. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy sự khác biệt về điểm số trung bình trên mỗi phần làn môi đỏ, sụn hay mũi giữa hai phương pháp Tennison và Millard đều không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, điểm trung bình chiều cao da môi của Tennison lại cao hơn Millard có ý nghĩa thống kê [11].

Theo chúng tôi và các tác giả khác nhận thấy ưu điểm của PP Tennison là bù được chiều cao da môi tốt trong khi đó PP Millard lại bù được thiếu hụt môi theo chiều rộng. Còn PP Veau chỉ áp dụng cho trường hợp bệnh nhân có khe hở hẹp. Do đó trên thực tế lâm sàng, dựa trên ưu và nhược điểm của từng phương pháp kết hợp mức độ phức tạp của KHM mà phẫu thuật viên có sự lựa chọn phương pháp phù hợp.

5. KẾT LUẬN

Biến dạng môi mũi sau tạo hình KHM một bên lần đầu là không tránh khỏi. Do vậy, cần có kế hoạch sửa chữa những biến dạng này ở những lần phẫu thuật tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Phương Nga (2013), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật tạo hình khe hở môi trên một bên toàn bộ theo phương pháp Millard cải tiến*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Răng Hàm Mặt, ĐHY Dược Huế, Huế.
2. Nguyễn Trọng Điểm (1995), "Nhận xét 100 trường hợp khe hở bẩm sinh môi trên điều trị phẫu thuật tại viện Quân y 175", *Thông tin mới Răng Hàm Mặt*, tr.37-40.
3. Lê Đức Tuấn (2004), *Nghiên cứu sửa chữa những biến dạng môi - mũi sau phẫu thuật khe hở môi một bên bẩm sinh*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Anastassov Y., Chipkov C. (2003), "Analysis of nasal and labial deformities in cleft lip, alveolus and palate patients by a new rating scale: preliminary report", *Journal of Cranio-maxillofacial Surgery*, 31, pp.299-303.
5. Cheema S.A. và Asim M. (2014), "An Analysis of Deformities in Revision Surgeries for Secondary Unilateral Cleft Lip", *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 24 (9), pp.666-669.
6. Kapucu M.R., Gursu K.G., Enacar A., Aras S. (1996), "The effect of cleft lip Repair on maxillary morphology in patient with unilateral complete cleft lip and palate", *Plastic Reconstructive Surgery*, 97, pp.1371-1376.
7. Mortier P. B, Martinot L. V (1997), "Evaluation of the results of cleft lip and palate surgical treatment: Preliminary report", *Cleft palate- craniofacial Journal*, Vol 34 (3), 247- 254.
8. Mulliken J.B., Martinez P.D. (1999), "The principle of rotation advancement for repair of unilateral complete cleft lip and nasal deformity: technical variations and analysis of results", *Plastic and Reconstruction Surgery*, 104, pp.1247-1260.
9. Rajanikanth B.R., Rao K.S., Sharma S.M., Prasad B.R. (2012), "Assessment of Deformities of the Lip and Nose in Cleft Lip Alveolus and Palate Patients by a Rating Scale", *Journal of Maxillofacial Oral Surgery*, 11(1), pp.38-46.
10. Smith J.D., Bumsted R.D. (2006), *Pediatric Facial Plastic and Reconstructive Surgery*, Raven Press Publisher, Washington, USA.
11. Zaleckas L., Linkevičienė L., Olekas J., Kutra N. (2011), "The Comparison of Different Surgical Techniques Used for Repair of Complete Unilateral Cleft Lip", *Medicina (Kaunas)*, 47 (2), pp.85-90.