

Факторы-предикторы, снижающие результативность реабилитационного процесса пациентов с врожденной расщелиной челюстно-лицевой области, сочетанной с аномалиями других органов и систем

Ю.С. Рогожина^{1,2}, С.И. Блохина², Е.С. Бимбас²

¹Многопрофильный клинический медицинский центр (МКМЦ) «Бонум», Екатеринбург, Российская Федерация

²Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Вопросы завершенности процесса реабилитации пациентов сложной группы врожденных пороков, представленных сочетанием расщелины челюстно-лицевой области (ЧЛО) с аномалиями других органов и систем, являются актуальными не только для медицинской практики, но и для социально-психологического формирования личности ребенка.

Цель. Определить факторы-предикторы, снижающие успешность реабилитационного процесса пациентов с врожденной расщелиной ЧЛО, сочетанной с аномалиями других органов и систем за счет их систематизации и коррекции на этапах специализированной помощи.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации 2475 пациентов с врожденной расщелиной ЧЛО за 24 года (1998-2022 гг.), находящихся на диспансерном учете в Центре «Бонум» (г. Екатеринбург), который выявил 823 (33,25%) случая сочетания расщелины с пороками развития (ПР) других органов и систем. Среди 823 человек выполнено многоплановое исследование в рамках анализа динамического наблюдения и комплексного лечения пациентов, достигших 18-летия и снятых с диспансерного учета. Проведено изучение этапного лечения и выписных эпикризов, а также клинических характеристик восстановленной средней зоны лица после оперативного устранения расщелины ЧЛО на фоне коррекции врожденных сопутствующих ПР.

Результаты. Из 823 обследуемых ретроспективное исследование зарегистрировало 591 (71,81%) человека, закончившего основные этапы комплексной специализированной помощи на фоне сопутствующих ПР, остальные 232 (28,19%) продолжают получать совмещенную реабилитацию. При этом из 591 пациента выделена и подробно изучена группа из 123 (20,81%) человек, достигших 18 лет, завершивших полный цикл восстановительной медико-социальной помощи в условиях Центра «Бонум» и снятых с диспансерного наблюдения по возрасту. Проведено анкетирование, интервьюирование родителей выпускников и анализ полученных результатов. В ходе исследования выделены факторы-предикторы, снижающие результативность реабилитационного процесса пациентов с врожденной расщелиной ЧЛО, сочетанной с аномалиями других органов и систем.

Заключение. Проведенное многоплановое исследование позволило выделить и систематизировать факторы-предикторы, снижающие успешность реабилитационного процесса, что дает возможность улучшить результаты комплексного специализированного лечения указанной категории пациентов.

Ключевые слова: врожденная расщелина лица и/или неба; сочетанная патология; реабилитация; факторы-предикторы, снижающие результативность специализированного лечения.

Для цитирования: Рогожина ЮС, Блохина СИ, Бимбас ЕС. Факторы-предикторы, снижающие результативность реабилитационного процесса пациентов с врожденной расщелиной челюстно-лицевой области, сочетанной с аномалиями других органов и систем. *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2024;24(2):139-149. DOI: 10.33925/1683-3031-2024-758.

Predictive factors reducing the effectiveness of the rehabilitation process in patients with congenital orofacial clefts combined with malformations in other organs and systems

Yu.S. Rogozhina^{1,2}, S.I. Blokhina², E.S. Bimbas²

¹“Bonum” Multiprofile Clinical Medical Center (MCMC, Yekaterinburg, Russian Federation

²Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

ABSTRACT

Relevance. The successful completion of the rehabilitation process for patients with complex congenital defects, specifically those with a combination of orofacial clefts (OFC) and malformations in other organs and systems, presents a significant challenge. This challenge is pertinent not only to medical practice but also to the socio-psychological development of the child.

Objective. To identify predictive factors that diminish the success of the rehabilitation process in patients with congenital OFC combined with malformations in other organs and systems by systematising and addressing these factors at various stages of specialised care.

Materials and methods. An analysis of medical records was conducted for 2,475 patients with congenital orofacial clefts (OFC) over a 24-year period (1998-2022) who were under dispensary observation at the "Bonum" Center in Yekaterinburg. Among these patients, 823 (33.25%) had OFC combined with malformations in other organs and systems. A comprehensive study was conducted among these 823 individuals within the framework of dynamic observation and treatment, focusing on patients who had reached 18 years of age and were subsequently removed from dispensary observation. The study included an examination of staged treatment and discharge summaries, alongside the clinical characteristics of the restored midface area following surgical correction of OFC amidst correction for concomitant congenital malformations.

Results. Among the 823 individuals surveyed, a retrospective study registered 591 (71.81%) who had completed the main stages of comprehensive specialised care amidst concomitant malformations, while the remaining 232 (28.19%) continue to receive combined rehabilitation. Within the 591 patients, a subgroup of 123 (20.81%) individuals who had reached 18 years of age, completed the full cycle of medical-social rehabilitation at the "Bonum" Center, and were removed from dispensary observation due to age, was selected and studied in detail. Questionnaires, parent interviews, and analysis of the results obtained were conducted. The study identified predictive factors reducing the effectiveness of the rehabilitation process in patients with congenital orofacial clefts (OFC) combined with malformations in other organs and systems.

Conclusion. The multifaceted study conducted has facilitated the identification and systematisation of predictive factors that reduce the success of the rehabilitation process. Consequently, this enables the enhancement of comprehensive specialised treatment outcomes for this category of patients.

Keywords: congenital orofacial clefts, comorbidity, rehabilitation, predictive factors reducing the effectiveness of specialised treatment.

For citation: Rogozhina YuS, Blokhina SI, Bimbas ES. Predictive factors reducing the effectiveness of the rehabilitation process in patients with congenital orofacial clefts combined with malformations in other organs and systems. *Pediatric dentistry and dental prophylaxis*. 2024;24(2):139-149 (In Russ.). DOI: 10.33925/1683-3031-2024-758.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Вопросы завершенности процесса реабилитации пациентов сложной группы врожденных пороков, представленных сочетанием расщелины челюстно-лицевой области (ЧЛО) с аномалиями других органов и систем, являются актуальными не только для медицинской практики, но и для социально-психологического формирования личности ребенка.

Современная тактика наблюдения и лечения детей с сочетанными пороками базируется на комплексе ранних реабилитационных процессов, включающем топическую диагностику тяжести пороков, технологии их устранения в определенной последовательности с учетом характера и объема хирургического вмешательства врожденной челюстно-лицевой патологии (ВЧЛП) [1-4].

Вполне закономерно для данной категории пациентов рассматривать систему их ранней реабилитации в первые 2-3 года жизни ребенка в ситуации завершения первичных восстановительных операций ЧЛО, а также уточняющей диагностики тяжести сопутствующей патологии, определения схем и сроков их коррекции [1, 2, 5-8].

Учитывая тенденцию сегодняшнего дня в целесообразности раннего лечения и реабилитации пациентов с множественными пороками развития (ПР), необходимо системно рассматривать причинные факторы индивидуальной предрасположенности или событийных обстоятельств, приводящих к снижению результативности восстановительных процессов восполнения здоровья и социализации личности пациента.

Выявление факторов риска, деструктивно влияющих на результаты комплексной реабилитации данной группы пациентов, является первым шагом к лучшему пониманию ошибок и недочетов в восстановительном процессе их здоровья и предотвращение осложнений в системе мероприятий жизнеобеспечения.

Диагностируя факторы-предикторы, как реальные обстоятельства несостоятельности, а порой незавершенности восстановительного процесса детей с сочетанными аномалиями развития, в источниках литературы рекомендуется использовать прогностические подходы, направленные на предупреждение осложнений планируемого комплекса специализированной помощи, начиная с периода раннего детства [3, 9-12].

Так, ряд исследовательских работ подчеркивают необходимость систематизировать медико-социальные и психологические риски процесса реабилитации пациентов сочетанных ПР в зависимости от субъективных и объективных обстоятельств, неучтенных изначально при планировании комплекса восстановительных мероприятий, из которых наиболее значимыми являются: сложный акушерский анамнез, недоношенность, аномалии развития в составе лицевой расщелины, ПР центральной нервной системы, органические поражения головного мозга.

Следует заметить, что отдельные факторы-предикторы развития сложных видов сочетанной патологии могут оказывать свое влияние на завершенность и полноценность комплекса медицинской и социально-психологической реабилитации, формируя доминанты снижения ее результативности [3, 13].

По мнению ряда авторов, можно регистрировать слабую организацию медицинской помощи таким пациентам, в том числе и несвоевременность маршрутизации в специализированные Центры высокотехнологичной лечебно-восстановительной комплексной реабилитации [9, 14-16].

В научной литературе достаточно конструктивно поднимается вопрос собственных возможностей и ресурсов медицинского учреждения, взявшего на себя обязанности реабилитационного центра в плане полноценного завершения объемов специализированной помощи пациентам с ВЧЛП, осложненной сопутствующими ПР [1, 17].

Углубленной разработки требует вопрос регистрации факторов риска, снижение показателей реабилитационного цикла и сроков его завершения. Подобный анализ интересен с точки зрения предвидения разнообразия рисков и систематизации для их управляемости.

Актуальным остается вопрос комплаентности родителей к проблеме лечения и реабилитации детей, начиная с пренатальной диагностики плода, регистрирующей расщелину ЧЛЮ на фоне сочетанных ПР других органов и систем, а также осознанное сохранение беременности и солидарность семьи в исполнении всего реабилитационного комплекса в пользу новорожденного [18, 19].

Кроме того, вызывает практический интерес гармоничность медико-социального и психологического взаимодействия для повышения качества реабилитации пациентов с расщелиной ЧЛЮ и сопутствующей патологии других органов и систем, на предмет личностных формирований с учетом длительности динамического наблюдения и лечения в сроке до 18 лет. Исходя из вышеизложенного была определена цель настоящего исследования.

Цель исследования

Определить факторы-предикторы, снижающие успешность реабилитационного процесса пациентов с врожденной расщелиной ЧЛЮ, сочетанной с

аномалиями других органов и систем за счет их систематизации и коррекции на этапах специализированной помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По результатам медицинской документации 2475 пациентов с врожденной расщелиной ЧЛЮ за 24 года (1998-2022 гг.) от периода новорожденности до 18 лет включительно, находящихся на диспансерном учете Многопрофильного клинического медицинского Центра «Бонум», г. Екатеринбург (ГАОУЗ СО МКМЦ «Бонум») было выявлено 823 (33,25%) случая сочетания расщелины с ПР других органов и систем.

Медицинская документация первичного амбулаторного приема ребенка фиксировала развернутый анамнез новорожденного и его матери, а также состояние соматического статуса с учетом характеристики сопутствующей патологии. Стационарная карта отделения реконструктивной и пластической хирургии определяла обоснование хирургического пособия по устранению расщелины верхней губы (ВГ) и/или неба. Истории болезни отделений восстановительного лечения фиксировали этапы реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию сопутствующей патологии. Истории болезни загородного отделения санаторного типа отражали результаты «закрепляющего» этапа специализированного медико-социального лечебного комплекса. Эпикризы в историях болезни оценивали состоятельность каждого этапа восстановительной многофункциональной помощи.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам ретроспективного анализа (1998-2017 гг.) и проспективного исследования (2018-2022 гг.) 2475 пациентов с врожденной расщелиной ЧЛЮ выделено 823 (33,25%) случая сочетания врожденной расщелины с аномалиями других органов и систем.

Ретроспективное исследование зарегистрировало 591 (71,81%) пациента из 823 обследуемых, кто закончил основные этапы комплексной специализированной помощи, включая серию хирургических вмешательств по устранению расщелины ЧЛЮ на фоне сопутствующих ПР в соответствии с профильными назначениями, остальные 232 (28,19%) человека продолжают получать совмещенную реабилитацию в системе динамического наблюдения на различных этапах восстановительного лечения.

При этом из 591 пациента выделена группа в 123 (20,81%) человека, достигших 18 лет, завершивших полный цикл восстановительной медико-социальной помощи в условиях Центра «Бонум». Соотношение вида расщелины ЧЛЮ (в соответствии с авторской классификацией Рогожиной Ю. С., Блохиной С. И., Бимбас Е. С., 2019) [20] и сопутствующей патологии других органов и систем среди 123 обследуемых представлено в таблице 1.

Таблица 1. Соотношение вида расщелины челюстно-лицевой области и сопутствующей патологии других органов и систем
Table 1. Correlation between types of orofacial clefts and comorbidities in other organs and systems

Вид расщелины Type of cleft	Число пациентов (абс. число) Number of patients (abs. number)	Наличие сопутствующих ПР других органов и систем (абс. число) Concomitant malformations of other organs and systems (abs. number)						Соотношение расщелины ЧЛО и сопутствующей патологии Correlation between orofacial clefts and concomitant malformations
		Лор-органов ENT-organs	Нервной системы Nervous system	ОДА Musculoskeletal	Органов зрения Visual organs	ССС Cardiovascular system	Общее количество ПР Total number of malformations	
Расщелина ВГ и АО / Cleft lip and alveolus	5	5	5	5	5	–	20	1:4
Расщелина неба / Cleft palate	56	56	56	52	52	13	229	1:4,09
Расщелина ВГ, АО и неба (общее число) Cleft lip, alveolar process and palate (total number)	62	62	60	57	62	7	248	1:4
Из них / Of these:								
односторонние / unilateral	56	56	54	53	56	6	225	1:4,02
двусторонние / bilateral	6	6	6	4	6	1	23	1:3,83
ВСЕГО / TOTAL	123	123	121	114	119	20	497	1:4,04

Таблица 1 позволила определить среднее значение соотношения вида расщелины ЧЛО и сопутствующей патологии других органов и систем, которое составило 1:4,04.

В рамках ретроспективного исследования в группе пациентов из 123 (20,81%) человек, закончивших основной курс реабилитационных мероприятий и снятых с диспансерного наблюдения по возрасту, изучены случаи снижения результативности завершения реабилитационного процесса. Одновременно проведен анализ этапного лечения и выписных эпикризов с учетом клинических характеристик восстановленной средней зоны лица после оперативного устранения ВЧЛП на фоне коррекции врожденных сопутствующих ПР.

Нами отмечено, что хирургическое вмешательство по поводу основного порока ЧЛО на этапах длительного реабилитационного цикла 123 пациентов, имеющих дополнительное к расщелине патологическое состояние других органов и систем, было предварительно прогностически смоделировано и в последующем времени проанализировано с точки зрения правильности координационной тактики устранения регистрируемых ПР.

При оценке результатов хирургического лечения пациентов с врожденной расщелиной ВГ учитывали следующие клинические критерии: общий вид средней зоны лица; выраженность основных элементов ВГ и линии «лука Купидона»; симметричность ВГ, арок и крыльев носа; состояние преддверия полости

рта; состояние послеоперационных рубцов; подвижность ВГ; необходимость последующих корригирующих операций. Результаты пластики неба оценивали по восстановленной анатомической форме неба, глубине его свода, длине мягкого неба, состоянию рубцов, отсутствию остаточных дефектов, наличию и степени небно-глоточного смыкания. Также оценивали состояние функции речи.

Сроки проведения первичных операций на ВГ и/или неба и наличие осложнений, исполнение альвеолопластики (АП) в группе 123 выпускников представлены в таблице 2.

Из таблицы 2 видно, что из 67 детей, нуждающихся в проведении первичной хейлоринопластики, у 64 (95,52%) операция проведена до 1 года, при этом количество остаточной деформации ВГ и носа отмечено у 15 из 64 пациентов, что составило 23,44%. Из 118 пациентов, нуждающихся в велоуранопластике, 100 (84,75%) прооперированы до 3 лет, при этом у 9 из 100 пациентов наблюдались осложнения в виде остаточного дефекта неба или небно-глоточной недостаточности, что составило 9%. Костная пластика альвеолярного отростка произведена 50 из 67 пациентов, нуждающихся в проведении АП, что составило 74,63%.

При этом нами отмечено, что оптимальные результаты лечения детей с врожденной расщелиной ВГ и/или неба, полученные при первичном хирургическом вмешательстве именно в ранние сроки, положительно сказывались на общем соматическом состоянии пациента, одновременно предупреждая

Таблица 2. Сроки проведения первичной хейлорино-велоуранопластики и наличие осложнений, исполнение альвеолопластики в группе 123 пациентов

Table 2. Timing of primary cheilorhinoplasty and velopharyngoplasty, their complications, and alveoloplasty outcomes in the group of 123 patients

Вид расщелины Type of cleft	Число пациентов (абс. число) Number of patients (abs. number)	Хирургическое лечение Surgical treatment				Наличие осложнений (абс. число) Complications (abs. number)	
		ХП проведена до 1 года Cheilorhinoplasty performed before 1 year of age	УП проведена до 3 лет Velopharyngoplasty performed before 3 years of age	Не проведено Not performed	АП проведена Alveoloplasty performed	Остаточная деформация ВГ и носа Residual deformity of the upper lip and nose	Дефект неба или небо-глоточная недостаточность Residual deformity of the upper lip and nose
Расщелина ВГ и АО Cleft lip and alveolus	5	5	Не нуждаются Not required	–	5	4	–
Расщелина неба Cleft palate	56	Не нуждаются Not required	41	4	Не нуждаются Not required	–	3
Расщелина ВГ, АО и неба (общее число) Cleft lip, alveolar process and palate (total number)	62	59	59	–	45	11	6
Из них / Of these:							
односторонние / unilateral	56	53	53	–	41	10	4
двусторонние / bilateral	6	6	6	–	4	1	2
ВСЕГО / TOTAL	123	64	100	4	50	15	9

утяжеление сопутствующих ПР, компенсируя их тяжесть за счет своевременной коррекции врожденных пороков ЧЛЮ. В таких случаях компенсаторно-приспособительные механизмы организма ребенка получали дополнительные возможности благоприятных исходов коррекции сопутствующей патологии.

Оценивая результаты законченных случаев реабилитации 123 пациентов, мы использовали разработанную в Центре «Бонум» систему показателей завершенности лечебно-восстановительных мероприятий реабилитации и социальной адаптации детей:

- восстановление функций пораженных органов и систем;
- возможность посещения пациентами общеобразовательных (не коррекционных) детских дошкольных и школьных учреждений;
- возможность продолжения или профессионального образования в колледжах или вузах;
- сохранность семьи для ребенка (исключение отказов от новорожденного по причине тяжелой сочетанной патологии) и ребенка для семьи.

Учитывая длительность реабилитационного периода, нас интересовало социально-психологическое состояние формирующейся личности пациента со сложным сочетанием ПР, его осознанное отношение к реалиям жизни, как естественной среды физи-

ческого, психического и социального существования в последующие годы.

С этих позиций дополнительное обследование, проведенное психологом Центра 123 выпускников, достигших 18-летия и закончивших реабилитационный цикл, регистрировало определенную уверенность в своих возможностях продолжать дальнейшее образование, сохраняя адекватность самосознания и толерантность к окружающей действительности. При этом в большинстве случаев обследуемые демонстрировали лояльность своего стиля общения с окружающей действительностью с учетом индивидуальных особенностей юношеского возраста. Поскольку стиль общения имеет большое значение, как «объект реабилитационных воздействий» и психического состояния личности, прошедшей длительный путь лечебно-восстановительных мероприятий, необходимых для восполнения здоровья, то данное обстоятельство явилось своего рода оценочным фактором полезности развития коммуникативных навыков, сформированных в процессе социально-психологического сопровождения реабилитационных назначений, индивидуальных для каждого «пациента-выпускника». Коммуникативные компетенции реально расширяли «репертуар» действий, способов поведенческих реакций в ситуациях общения, повышая их осознанность и управляемость [21].

Таблица 3. Результаты анкетирования и интервьюирования 51 родителя из группы 123 выпускников
Table 3. Results of questionnaires and interviews with 51 parents from the group of 123 graduates

Вопросы анкеты Questions	Полученные ответы / Responses	
	Да / Yes	Нет / No
Довольны ли вы результатами операции? Are you satisfied with the results of the surgery?	46 (90,20%)	5 (9,80%)
Выполняли ли вы все рекомендации и назначения врачей? Did you follow all the doctors' recommendations and prescriptions?	39 (76,47%)	12 (23,53%)
Есть ли у вас желание еще провести косметическую операцию? Would you like to have another cosmetic surgery?	20 (39,22%)	31 (60,78%)
Были ли у вас операции по поводу врожденной сопутствующей патологии? Have there been any surgeries for congenital comorbidities?	11 (21,57%)	40 (78,43%)
Удовлетворяет ли вас общее состояние здоровья с учетом сопутствующей патологии? Is your overall health satisfactory considering the comorbidities?	38 (74,51%)	13 (25,49%)
Есть ли у вас проблемы с общением в социуме? Do you have any problems with social interaction?	10 (19,61%)	41 (80,39%)
Семейное положение (женат / замужем) / Marital status (Married) Из них гражданский брак / Of these in a common-law marriage	5 (9,80%) 4 (7,80%)	46 (90,20%) –
Наличие детей / Do you have children?	–	51 (100%)
Наличие образования / Education level achieved из них / of these:	48 (94,12%)	3 (5,88%)
Школьное / School	16 (31,37%)	–
Среднее / Secondary education	26 (50,98%)	–
Высшее / Higher education	6 (11,77%)	–

Одновременно через анкетирование или интервьюирование 51 (41,46%) родителя из группы 123 выпускников получена оценка удовлетворенности конечными результатами многопланового процесса восстановления здоровья своего ребенка (таблица 3).

Как видно из таблицы 3, положительная позиция определялась в 46 (90,20%) случаях.

При этом из 51 опрошенного родителя неудовлетворенность отмечена лишь в 5 (9,80 %) случаях, из них в 2 (3,92%) случаях это связано с удаленностью территории проживания пациента и также с нарушением режима реабилитации за счет сложности «доезда». Уровень комплаентности родителей в группе опрошенных 51 человека демонстрировал в 39 случаях (76,47%) согласованность и солидарность семьи в вопросах реабилитационного режима, что являлось неотъемлемым позитивным фактором благополучного завершения комплекса восстановительных мероприятий в пользу ребенка.

Однако, несмотря на достаточно высокий уровень удовлетворенности родителей результатами завершеного реабилитационного процесса к 18-летию пациента, специалисты-реабилитологи в свою очередь отмечают не реализованные в полном объеме потенциальные возможности обследованных в более качественном результате восстановительных мероприятий, утраченных в связи с рядом нарушений реабилитационного режима и снижением ответственности самих пациентов.

На наш взгляд, на такой ситуации сказывалась и «усталость» со стороны родителей и пациентов от длительности многофункциональной структуры реабилитационного процесса, а также желание «забыть» сложный путь постоянной лечебной нагрузки в стенах медицинской организации и «смягчить» жизненные обстоятельства дальнейшего самоустройства.

Регистрация уровня результативности завершения восстановительных этапов комплексной помощи пациентов сложной сочетанной патологии, находящихся на динамическом наблюдении и лечении в Центре «Бонум», с учетом критериальной оценки локальных и общесоматических характеристик полученных результатов, определила необходимость более углубленного изучения причин, осложняющих процесс реабилитации данной группы обследуемых пациентов, а также изучения факторов риска, неучтенных специалистами на этапах диагностики и коррекции врожденных ПР.

Нами было установлено, что в большинстве случаев снижение результативности комплексной реабилитации обусловлено ситуационными обстоятельствами **объективных и субъективных факторов** жизненных возможностей семьи и ребенка с учетом общего и местного характера «нагрузочных» причин, регистрируемых за период течения беременности, новорожденности, а также периода диагностики и лечения пациента сочетанных пороков расщелины ЧЛЮ и аномалий в других органах и системах.

Так, среди **субъективных** данных, отмеченных нами по частоте и значимости в блоке причин, осложняющих процесс реабилитации пациента, определились следующие:

1. Отсутствие планирования беременности и оценки соматического здоровья будущих родителей.

2. Позднее обращение в женскую консультацию и отсутствие обследования в условиях медико-генетического центра, а также отсутствие специальной подготовки к беременности носителей ВЧЛП.

3. Отсутствие системы социально-психологической поддержки беременных в предродовом и постродовом периодах.

4. Низкий уровень комплаентности родителей на всех этапах вынашивания беременности и слабая «реабилитационная дисциплина» родителей на этапах восстановительного лечения.

5. Отсутствие четких протоколов специализированной помощи по устранению основной ВЧЛП и сопутствующих аномалий, включая и протоколы анестезиологического риска при многократности оперативного устранения расщелин ВГ и/или неба, а также коррекции сопутствующих ПР без соблюдения временных промежутков.

6. Поздняя диагностика дополнительных ПР на фоне врожденной расщелины ВГ и/или неба.

Очевидно, что с точки зрения управляемости данную группу причинных факторов, снижающих положительный результат комплексной этапной реабилитации, можно считать устранимой в системе специализированной помощи за счет повышения контроля выполнения стандартов разработанного алгоритма оказания медико-социальной помощи детям с сочетанными ПР, начиная с пренатального периода диагностики плода, регистрирующей ВЧЛП в совокупности с ПР других органов и систем [1, 2].

На основании анализа **объективных** причин снижения качества завершенности восстановительных процессов здоровья пациентов с врожденной расщелиной ЧЛО при наличии у них сопутствующих ПР соматического генеза, отмечено, что **объективные** обстоятельства, как базовые причины снижения результативности реабилитации, укладываются в следующие параметры:

1. Общий уровень культуры семьи и ответственность родителей за свое здоровье и здоровье будущих детей.

2. Территориальное снижение возможности полноценного и своевременного обследования планируемой беременности, в том числе и у носителей ВЧЛП.

3. Недостаточное число государственных центров медико-социальной помощи для указанной группы пациентов на территории РФ с участием квалифицированных специалистов и возможностями оказания высокотехнологичной помощи.

4. Позднее обращение родителей в специализированные центры ввиду удаленности проживания пациента.

5. Слабое информирование родителей, профильных специалистов, а также организаторов здравоохранения на местах о возможности и необходимости

перенаправления нуждающихся пациентов по системе межтерриториального ТФОМСа для получения необходимого, регламентированного специализированного лечения по поводу расщелины ЧЛО на фоне сопутствующих аномалий.

Перечисленные выше **объективные** риски снижения результатов комплексной медико-социальной помощи пациентам с сочетанными ПР, на наш взгляд, можно обозначить как условно управляемые, связанные с особенностями состояния медицины и возможностями специализированной практики территориальной принадлежности.

Большая часть из перечисленных **субъективных** и **объективных** обстоятельств, определенных нами как факторы-предикторы, снижающие оценку успешности мероприятий в системе ранней многопрофильной комплексной медико-социальной помощи, чаще всего совмещаются между собой, осложняя исполнение программы квалифицированной медицинской реабилитации, в том числе удлиняя сроки ее реализации и в определенных случаях требуют сохранения консультативного режима профильных специалистов после 18-летия.

Для нас было важно сопоставить «свод» причинных рисков незавершенности реабилитационного процесса, выявленного в структуре ретроспективного исследования (1998-2017 гг.) результатов восстановительного лечения 123 «выпускников» Центра «Бонум» и профилировать их на этапах проспективного исполнения многофункционального лечения пациентов с врожденными аномалиями эмбриогенеза (2018-2022 гг.). При этом, сосредоточив свое профессиональное внимание на специфику сопутствующих врожденных ПР с орофациальной расщелиной, расширить диапазон возможностей хирургического лечения основного порока ЧЛО с учетом ранних сроков диагностики и лечения, а также консультирования на предмет понимания совмещенной тактики устранения врожденного дефекта в других органах и системах организма ребенка.

Стратегическим вектором процесса управления рисками завершенности реабилитационного процесса сложной группы пациентов, регистрирующих сочетания расщелины ЧЛО и аномалий других органов и систем в организме ребенка, стала система превентивной диагностики, как неотъемлемой части программы ранней специализированной комплексной помощи, сформированной в Центре «Бонум». Данная работа вошла в функционал Областного центра ВЧЛП у детей и курируется педиатром амбулаторно-поликлинического приема, приписанного непосредственно к данному Центру.

Среди превентивных направлений данной системы можно выделить три значимых составляющих, объединенных в диагностическую триаду действий: первичная, вторичная и третичная профилактика.

Первичная профилактика основана на анализе и учете факторов риска, регистрирующих ВЧЛП, начиная с пренатального периода, и возможного типа дополнительных аномалий развития соматического генеза в организме ребенка. Данная позиция важна для обеспечения своевременности реабилитационных мероприятий с учетом клинико-функциональных данных о качестве и типе сочетаний ассоциированных ПР.

Вторичная профилактика направлена на раннее выявление уровня реабилитационного потенциала новорожденного и его максимальную реализацию с учетом индивидуальных особенностей и имеющихся ресурсов в организации, предоставляющей возможности восстановления здоровья. Этот вид профилактики предполагает динамическое наблюдение в рамках предписанного *диспансерного регламента*, включающего многоуровневый технологический стандарт, скорректированного методологического алгоритма комплексной реабилитации пациентов с врожденной расщелиной ЧЛЮ, сочетанной с аномалиями других органов и систем [1, 2].

Третичная профилактика предусматривает регулярный мониторинг состояния пациента на этапах его реабилитации, оценку эффективности и удовлетворенности результатами завершенности комплекса медико-социальных мероприятий по восстановлению здоровья ребенка сложного генеза через катamnестический анализ, построенный с учетом ежегодного этапного эпикриза лечебных мероприятий. Последний в свою очередь, оценивая медицинскую часть комплексной реабилитации, учитывает социальную адаптацию и коммуникационные возможности ребенка, как основу социализации личности. Данный функционал контролируется «службой катamnеза», созданной в структуре Центра «Бонум», и отвечает за исполнение посещаемости и взаимодействие с учреждениями оказания медицинской помощи на местах проживания пациента и его семьи.

С этих позиций «служба катamnеза» Центра «Бонум» по совершенствованию деятельности, направленной на снижение рисков, влияющих на завершенность и качество реабилитационных мероприятий, формирует отдел экспертной работы по оценке соблюдения порядка направления пациентов с ВЧЛП, в

том числе и сложных сочетаний с ПР других органов и систем, через перинатальные центры и родильные отделения г. Екатеринбурга и Свердловской области в МКМЦ «Бонум». «Служба катamnеза» одновременно регистрирует своевременность, обоснованность и маршрутизацию на этапах ранней реабилитации, в рамках трехуровневой системы оказания медицинской помощи, принятой в Свердловской области.

За пределами детского возраста (после 18 лет), с целью накопления позитивной аудиовидеоинформации о потенциальных возможностях наших выпускников, их трудоустройстве, получения дальнейшего образования, создания семьи и рождения детей, используется информационно-интеллектуальная программа «ПВР», оценивающая последствия реабилитации пациентов с ВЧЛП с точки зрения их социально-психологического жизнеустройства [21].

Данная программа является компьютерной базой данных единого информационного пространства Центра «Бонум», позволяющей эффективно использовать сведения по профилю реабилитационной деятельности в сравнительных характеристиках специалистов, одновременно оценивать по совокупности результаты восстановительного лечения пациента. В функции этой программы включено резюмирующее объективное заключение о достаточности проводимого комплекса реабилитации по восстановлению здоровья пациента сложных сочетанных ПР и сформированности позитивного представления социально-психологического устройства дальнейшей жизни в социуме.

Таким образом, проведенное многоплановое исследование в рамках ретроспективного (1998-2017 гг.) и проспективного (2018-2022 гг.) анализа динамического наблюдения и комплексного лечения 123 пациентов, родившихся с расщелиной ЧЛЮ, осложненной аномалиями развития других органов и систем, достигших 18-летия и снятых с диспансерного учета в Центре «Бонум» (г. Екатеринбург), позволило выделить и систематизировать факторы-предикторы, снижающие успешность реабилитационного процесса. Их систематизация и последующая коррекция на этапах специализированной помощи дает возможность улучшить результаты комплексного специализированного лечения указанной категории пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рогожина ЮС, Блохина СИ, Бимбас ЕС, Галеева КВ. Современная тактика динамического наблюдения и лечения пациентов с врожденной челюстно-лицевой патологией, сочетанной с аномалиями других органов и систем. *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2023;23(2):92-103.

doi: 10.33925/1683-3031-2023-606

2. Рогожина ЮС, Блохина СИ, Бимбас ЕС. К вопросу хирургического лечения пациентов с врожденной расщелиной челюстно-лицевой области, со-

четанной с аномалиями других органов и систем. *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2023;23(3):281-294.

doi: 10.33925/1683-3031-2023-658

3. Саидова ГБ, Притыко АГ, Сулейманов АБ, Молодцова НА Хирургическое лечение врожденных расщелин верхней губы и нёба у детей с множественными пороками развития. *Quantum Satis*. 2021;4(1-4):130-132. Режим доступа:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=47387013>

4. Sithole PA, Motshabi-Chakane P, Muteba MK. The characteristics and perioperative outcomes of children with orofacial clefts managed at an academic hospital in Johannesburg, South Africa. *BMC Pediatr*. 2022;22(1):214.

doi: 10.1186/s12887-022-03267-5

5. Чуйкин СВ, Андрианова ЮВ, Макушева НВ, Чуйкин ОС, Кучук КН, Гильманов МВ. Анализ частоты рождения детей с врожденными пороками развития в городе с нефтехимической промышленностью. *Проблемы стоматологии*. 2020;16(1):139-142.

doi: 10.18481/2077-7566-20-16-1-139-142

6. Топольницкий ОЗ, Чуйкин СВ. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Республике Башкортостан. *Современные проблемы науки и образования*. 2015;(4):360. Режим доступа:

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23940193>

7. Редько АН, Пилыщикова ВВ, Васильев ЮА. Сравнительный эпидемиологический анализ спектра сопутствующих заболеваний у детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области крупного региона РФ. *Вестник новых медицинских технологий*. 2018;6(1-1):9-15.

doi: 10.24411/2075-4094-2018-16205

8. Халмурзаев ММ, Ешиев АМ, Насыров ВА. Исследование и оптимизация лечения детей с врожденными расщелинами губы и неба: анализ сопутствующих заболеваний и комплексный подход в челюстно-лицевой хирургии. *Вестник «Биомедицина и Социология»*. 2023;8(4):73-78.

doi: 10.26787/nydha-2618-8783-2023-8-4-73-78

9. Касимовская НА, Шатова ЕА. Врожденная расщелина губы и неба у детей: распространенность в России и в мире, группы факторов риска. *Вопросы современной педиатрии*. 2020;19(2):142-145.

doi: 10.15690/vsp.v19i2.2107

10. Мамедов Ада, Волков ЮО, Паршикова СА, Мазурина ЛА, Дудник ОВ. Междисциплинарное лечение детей с расщелиной губы и неба в периоде новорожденности. *Quantum Satis*. 2023;4(2):76-77. Режим доступа:

https://elibrary.ru/download/elibrary_54150856_82455880.pdf

11. Сулейманов АБ, Притыко АГ. Раннее лечение и реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. *Quantum Satis*. 2021;4(1-4):133-134. Режим доступа:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=47387014>

12. Parham MJ, Simpson AE, Moreno TA, Maricevich RS. Updates in Cleft Care. *Semin Plast Surg*. 2023;37(4):240-252.

doi: 10.1055/s-0043-1776733

13. Семенов МГ, Мушкова СС, Коваленко КЮ. Оценка остаточных и вторичных деформаций средней зоны лица у пациентов с врожденной односторонней расщелиной верхней губы. *Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста*. 2018;6(3):56-62.

doi: 10.17816/PTORS6356-62

14. Николаева ЕА, Харабадзе МН, Яблонская МИ, Новиков ПВ. Диагностика синдрома эктродактилии – эктодермальной дисплазии – расщелины губы и неба. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2007;(6):45-49. Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-sindroma-ektroaktilii-ektodermalnoy-displazii-rasscheliny-guby-i-nyoba>

15. Park E, Deshpande G, Schonmeyr B, Restrepo C, Campbell A. Improved Early Cleft Lip and Palate Complications at a Surgery Specialty Center in the Developing World. *Cleft Palate Craniofac J*. 2018;55(8):1145-1152.

doi:10.1177/1055665618762881

16. Pereira AV, Fradinho N, Carmo S, de Sousa JM, Rasteiro D, Duarte R, Leal MJ. Associated Malformations in Children with Orofacial Clefts in Portugal: A 31-Year Study. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2018;6(2):e1635.

doi: 10.1097/GOX.0000000000001635

17. Грицюк ЕМ, Дугина ЕА, Гольдштейн СЛ, Блохина СИ. О ресурсно-результативном потенциале медицинского учреждения. *Здоровье и образование в XXI веке*. 2017;19(4):69-73. Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/o-resursno-rezultatивnom-potentsiale-meditsinskogo-uchrezhdeniya/viewer>

18. Гвоздева Л.М., Данилова М.А., Александрова Л.И. Оценка прогностических факторов, влияющих на качество жизни детей с врожденной расщелиной губы и неба. *Стоматология*. 2020;99(3):57-59.

doi: 10.17116/stomat20209903157

19. Murthy J. Burden of Care: Management of Cleft Lip and Palate. *Indian J Plast Surg*. 2019;52(3):343-348.

doi: 10.1055/s-0039-3402353

20. Рогожина ЮС, Блохина СИ, Бимбас ЕС. К вопросу детализации классификаций врожденной расщелины верхней губы и неба. *Проблемы стоматологии*. 2020;4:162-169.

<https://doi.org/10.18481/2077-7566-2019-15-4-162-169>

21. Набойченко ЕС. Психологическое сопровождение развития детей с атипичными особенностями внешности. *Педагогическое образование в России*. 2017;9:65-71. Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-soprovozhdenie-razvitiya-detey-s-atipichnymi-osobennostyami-vneshnosti>

REFERENCES

1. Rogozhina YuS, Blokhina SI, Bimbass ES, Galeeva KV. Modern tactics of follow-up care and treatment of patients with congenital maxillofacial defects com-

bined with other comorbid conditions. *Pediatric dentistry and dental prophylaxis*. 2023;23(2):92-103 (In Russ.). doi: 10.33925/1683-3031-2023-606

2. Rogozhina Yu S, Blokhina SI, Bimbis ES. On the issue of surgical treatment of patients with congenital orofacial clefts combined with other organ and system comorbidities. *Pediatric dentistry and dental prophylaxis*. 2023;23(3):281-294 (In Russ.).
doi: 10.33925/1683-3031-2023-658
3. Saidova GB, Prityko AG, Suleymanov AB, Molodtsova NA. Surgical treatment of congenital clefts of the upper lip and palate in children with multiple malformations of development. *Quantum Satis*. 2021;4(1-4):130-132 (In Russ.). Available from:
<https://elibrary.ru/item.asp?id=47387013>
4. Sithole PA, Motshabi-Chakane P, Muteba MK. The characteristics and perioperative outcomes of children with orofacial clefts managed at an academic hospital in Johannesburg, South Africa. *BMC Pediatr*. 2022;22(1):214.
doi: 10.1186/s12887-022-03267-5
5. Chuikin SV, Andrianova YuV, Makusheva NV, Chuikin OS, Kuchuk KN, Gilmanov MV. Analysis of the frequency of birth of children with congenital development disorders in a city with a petrochemical industry. *Actual problems in dentistry*. 2020;16(1):139-142 (In Russ.).
doi: 10.18481/2077-7566-20-16-1-139-142
6. Topolnitsky OZ, Chuykin SV. Rehabilitation of children with congenital cleft upper lip and palate in the Republic of Bashkortostan. *Modern problems of science and education*. 2015;4(4):360 (In Russ.). Available from:
<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23940193>
7. Redko AN, Pilchshikova VV, Vasilev YuA. Comparative epidemiological analysis of the spectrum of comorbidities in children with congenital malformations of the maxillofacial region at a large region of the Russian federation. *Journal of new medical technologies*. 2018;6(1-1):9-15 (In Russ.).
doi: 10.24411/2075-4094-2018-16205
8. Halmurzaev M.M., Eshiev A.M., Nasyrov V.A. Research and optimization of treatment of children with congenital cleft lip and palate: analysis of concomitant diseases and an integrated approach in maxillofacial surgery. *Journal "Biomedicine and Sociology"*. 2023;8(4):73-78 (In Russ.).
doi: 10.26787/nydha-2618-8783-2023-8-4-73-78
9. Kasimovskaya N.A., Shatova E.A. Congenital cleft lip and palate in children: prevalence in Russia and in the world, risk factor groups. *Issues of Modern Pediatrics*. 2020;19(2):142-145 (In Russ.).
doi: 10.15690/vsp.v19i2.2107
10. Mamedov AdA, Volkov Yuo, Parshikova SA, Mazurina LA, Dudnik OV. Interdisciplinary treatment of children with cleft lip and palate in the neonatal period. *Quantum Satis*. 2023;4(2):76-77 (In Russ.). Available from:
https://elibrary.ru/download/elibrary_54150856_82455880.pdf
11. Suleymanov AB, Prityko AG. Early treatment and rehabilitation of children with congenital cleft lip and palate. *Quantum Satis*. 2021;4(1-4):133-134 (In Russ.). Available from:
<https://elibrary.ru/item.asp?id=47387014>
12. Parham MJ, Simpson AE, Moreno TA, Maricevich RS. Updates in Cleft Care. *Semin Plast Surg*. 2023;37(4):240-252.
doi: 10.1055/s-0043-1776733
13. Semenov MG, Mushkovskaya SS, Kovalenko KY. The valuation of the residual and secondary deformation of the medium face zone in patients with unilateral cleft lip. *Pediatric Orthopedics, Traumatology and Reconstructive Surger*. 2018;6(3):56-62 (In Russ.).
doi: 10.17816/PTORS6356-62
14. Nikolayeva EA, Kharabadze MN, Yablonskaya MI, Novikov PV. Diagnosis of the ectrodactyly-ectodermal dysplasia-labiopalatine cleft syndrome. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2007;6:45-49 (In Russ.). Available from:
<https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-sindroma-ektrodaktilii-ektodermalnoy-displazii-rasschelniny-guby-i-nyoba>
15. Park E, Deshpande G, Schonmeyr B, Restrepo C, Campbell A. Improved Early Cleft Lip and Palate Complications at a Surgery Specialty Center in the Developing World. *Cleft Palate Craniofac J*. 2018;55(8):1145-1152.
doi: 10.1177/1055665618762881
16. Pereira AV, Fradinho N, Carmo S, de Sousa JM, Rasteiro D, Duarte R, Leal MJ. Associated Malformations in Children with Orofacial Clefts in Portugal: A 31-Year Study. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2018;6(2):e1635.
doi: 10.1097/GOX.0000000000001635
17. Gritsyuk EM, Dugina EA, Goldstein SL, Blochina SI. About the resource and productive potential of a medical institution. *Health and Education in the XXI st Century*. 2017;19(4):69-73 (In Russ.). Available from:
<https://cyberleninka.ru/article/n/o-resursno-rezultatnom-potentsiale-me-ditsinskogo-uchrezhdeniya/viewer>
18. Gvozdeva LM, Danilova MA, Alexandrova LI. Assessment of prognostic factors affecting the quality of life of children with congenital cleft lip and palate. *Stomatology*. 2020;99(3):57-59 (In Russ.).
doi: 10.17116/stomat20209903157
19. Murthy J. Burden of Care: Management of Cleft Lip and Palate. *Indian J Plast Surg*. 2019;52(3):343-348.
doi: 10.1055/s-0039-3402353
20. Rogozhina YuS, Blokhina SI, Bimbis ES. On the issue of detailing the classifications of congenital cleft lip and palate. *Problems of dentistry*. 2019;15(4):162-169 (In Russ.).
doi: 10.18481/2077-7566-2019-15-4-162-169
21. Nabochenko ES. Psychological support for the development of children with atypical features. *Pedagogical Education in Russia*. 2017;9:65-71 (In Russ.). Available from:
<https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-soprovozhdenie-razvitiya-detey-s-atipichnymi-osobennostyami-vneshnosti>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Автор, ответственный за связь с редакцией

Рогожина Юлия Сергеевна, кандидат медицинских наук, челюстно-лицевой и пластический хирург Многопрофильного клинического медицинского центра (МКМЦ) «Бонум», ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии Уральского государственного медицинского университета, Екатеринбург, Российская Федерация

Для переписки: rogozhina.u@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9484-6397>

Блохина Светлана Ивановна, доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии детско-

го возраста и ортодонтии Уральского государственного медицинского университета, Екатеринбург, Российская Федерация

Для переписки: kdvo@inbox.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0872-0574>

Бимбас Евгения Сергеевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии Уральского государственного медицинского университета, Екатеринбург, Российская Федерация

Для переписки: bimbases@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4122-2518>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Corresponding author:

Yulia S. Rogozhina, DDS, PhD, Maxillofacial and Plastic surgeon, "Bonum" Multiprofile Clinical Medical Center (MCMC, Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

For correspondence: rogozhina.u@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9484-6397>

Svetlana I. Blokhina, DDS, PhD, DSc, Professor, Department of the Pediatric Dentistry and Orthodontics, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

For correspondence: kdvo@inbox.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0872-0574>

Evgenia S. Bimbas, DMD, DSc, Professor, Head of the Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics of Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

For correspondence: bimbases@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4122-2518>

Конфликт интересов:

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов/

Conflict of interests:

The authors declare no conflict of interests

Поступила / Article received 07.04.2024

Поступила после рецензирования / Revised 20.05.2024

Принята к публикации / Accepted 05.06.2024