



Цели и возможности диспансерного наблюдения пациентов с врожденной расщелиной челюстно-лицевой области, осложненной сопутствующими пороками 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. Диспансерное наблюдение, как системный процесс комплекса мероприятий лечебно-диагностического и реабилитационного характера для пациентов с врожденной расщелиной челюстно-лицевой области (ЧЛО) в сочетании с пороками развития (ПР) других органов и систем, постоянно совершенствуется. Цель. Улучшить результаты реабилитации детей с расщелиной ЧЛО в сочетании с ПР других органов и систем за счет инноваций диспансерного наблюдения и лечения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе МКМЦ «Бонум» (г. Екатеринбург). Проанализирована медицинская документация 2475 пациентов с врожденной расщелиной ЧЛО за 25 лет (1998-2022 гг.), зарегистрировано 823 (33,25%) случая сочетания расщелины с ПР других органов и систем. При анализе медицинской документации 823 пациентов оценивали анамнез новорожденного и его матери, карты стационарного лечения и сроки проведения оперативного вмешательства. Проведен дополнительный анализ эпикриза, оценивающего состоятельность этапов комплексной многофункциональной помощи.

Результаты. Определена структура врожденной челюстно-лицевой патологии и видов сопутствующих ПР среди обследуемых 823 пациентов. Представлены сроки первичных операций по устранению расщелины ЧЛО, с учетом сопутствующих ПР. Ранний и поздний послеоперационные периоды проведены в соответствии разработанного методологического алгоритма комплексного восстановительного лечения и очередности устранения основного и сочетанного ПР. Полноценность предложенной тактики комплексной подготовки и хирургического лечения подтверждалась небольшим процентом послеоперационных осложнений. Сопутствующие ПР других органов и систем устранялись в плановом порядке профильными специалистами детских областных реабилитационных центров в структуре «Бонум», их действия координировались установочным консилиумом на всех этапах высокотехнологичной медицинской помощи.

Заключение. Предложенная тактика динамического наблюдения пациентов с врожденной расщелиной ЧЛО, осложненной сопутствующими ПР, позволила систематизировать этапы лечебно-восстановительных мероприятий, скорректировала сроки, способы и объемы первичных операций и улучшила результаты специализированной помощи данной категории пациентов.

Ключевые слова: врожденная расщелина челюстно-лицевой области, сопутствующие пороки развития, динамическое наблюдение, комплексная реабилитация.

Для цитирования: Рогожина ЮС, Блохина СИ, Бимбас ЕС. Цели и возможности диспансерного наблюдения пациентов с врожденной расщелиной челюстно-лицевой области, осложненной сопутствующими пороками других органов и систем. *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2025;25(1):92-101. DOI: 10.33925/1683-3031-2025-866

***Автор, ответственный за связь с редакцией:** Рогожина Юлия Сергеевна, Многопрофильный клинический медицинский центр (МКМЦ) «Бонум», 620149, ул. Академика Бардина, д. 9а, г. Екатеринбург, Российская Федерация. Для переписки: rogozhina.u@mail.ru

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов.

Благодарности: Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования. Индивидуальные благодарности для декларирования отсутствуют.

Objectives and potential of follow-up care for patients with congenital orofacial clefts complicated by associated congenital malformations

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. Follow-up care, as a systematic approach integrating therapeutic, diagnostic, and rehabilitative measures for patients with congenital orofacial clefts (OFC) in combination with congenital malformations (CM) of other organs and systems, is continuously evolving to improve patient outcomes.

Objective. To enhance the rehabilitation outcomes of children with OFC and associated CM by implementing innovations in follow-up care and treatment strategies.

Materials and methods. The study was conducted at the Bonum Multidisciplinary Clinical Medical Center (Yekaterinburg). Medical records of 2,475 patients with congenital OFC over a 25-year period (1998–2022) were analyzed. In 823 cases (33.25%), OFC was associated with CM of other organs and systems. The analysis of medical records for these 823 patients included an assessment of the perinatal history of the newborn and the mother, inpatient treatment records, and the timing of surgical interventions. Additionally, discharge summaries were reviewed to evaluate the effectiveness of a comprehensive, staged, multidisciplinary approach to care.

Results. The study identified the distribution of congenital orofacial clefts and associated CM among the 823 patients. The timing of primary cleft repair surgeries was analyzed, considering the presence of associated CM. The early and late postoperative periods were managed in accordance with a structured methodological algorithm for comprehensive restorative treatment, ensuring the sequential correction of primary and associated malformations. The effectiveness of the proposed approach to comprehensive preparation and surgical management was confirmed by a low rate of postoperative complications. Associated CM of other organs and systems were treated electively by specialized professionals from regional pediatric rehabilitation centers within the Bonum structure. Their interventions were coordinated through multidisciplinary case conferences at all stages of high-tech medical care.

Conclusions. The proposed strategy for follow-up care of patients with congenital OFC complicated by associated CM allowed for the systematization of therapeutic and rehabilitative measures, optimization of the timing, methods, and extent of primary surgical interventions, and improvement of specialized care outcomes for this patient population.

Key words: congenital orofacial cleft, associated congenital malformations, follow-up care, comprehensive rehabilitation.

For citation: Rogozhina YuS, Blokhina SI, Bimbas ES. Objectives and potential of follow-up care for patients with congenital orofacial clefts complicated by associated congenital malformations. *Pediatric dentistry and dental prophylaxis*. 2025;25(1):92-101 (In Russ.). DOI: 10.33925/1683-3031-2025-866

***Corresponding author:** Yulia S. Rogozhina, “Bonum” Multiprofile Clinical Medical Center (MCMC), 9a Academic Bardin Str., Yekaterinburg, Russian Federation. For correspondence: rogozhina.u@mail.ru

Conflict of interests: The authors declare no conflict of interests.

Acknowledgments: The authors declare that there was no external funding for the study. There are no individual acknowledgments to declare.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Диспансерное наблюдение, как системный процесс поэтапного исполнения комплекса мероприятий лечебно-диагностического и реабилитационного характера для пациентов с врожденной расщелиной челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) в сочетании с аномалиями других органов, постоянно совершенствуется с точки зрения ранней диагностики состояния плода, психоэмоциональных решений со стороны родителей по сохранности «отягощенной» беременности и комплаентности в вопросах рождения и оздоровления малыша с множественными пороками развития (ПР).

Современная медицина позволяет понять взаимосвязь комбинаций врожденных орофациальных расщелин в сочетании с другими ПР, диагностировать их, начиная с периода эмбриогенеза, принять оптимальное решение в вопросах завершения беременности или ее прерывания, а также скорректировать способы и механизмы восстановления здоровья указанных пациентов [1-8].

В настоящее время исследователи отмечают повышение интереса к данной проблеме в связи с частотой сочетания расщелины с врожденными аномалиями других органов и систем у 1/3 новорожденных данной группы. Представленная ситуация подчеркивает не-

обходимость более углубленного пренатального обследования, предполагая возможность регистрации дополнительных ПР к выявленной расщелине ЧЛО.

В источниках литературы подчеркивается, что раннее выявление – врожденных дефектов ЧЛО и связанных с ними сопутствующих аномалий прерогатива диспансеризации в условиях персонифицированного режима наблюдения как за беременными, так и за новорожденными. Такая позиция предусматривает дополнительную уточняющую диагностику вида и локализации порока, тактику хирургии врожденной расщелины на фоне сочетанных аномалий и координацию технологий и сроков устранения сопутствующих врожденных дефектов [9–16].

В научной литературе отмечается интерес к ранним срокам оперативной помощи детям с врожденной расщелиной верхней губы (ВГ) и/или неба, выполненной на фоне сопутствующих аномалий. Их приоритет объясняется появлением более благоприятных возможностей реабилитации сочетанной патологии [17, 18].

Процесс восстановления здоровья пациентов с сочетанными ПР предполагает длительный реабилитационный период, прогностически пошагово моделируемый в системе алгоритма специализированной помощи, исполняемого в условиях диспансерного наблюдения с определенным временным режимом амбулаторно-поликлинического и стационарного лечения, персонифицированным в зависимости от вида и тяжести сочетанных ПР.

Данная система позволяет получить наибольший эффект, способствующий выздоровлению, при сочетании нескольких факторов: максимально раннее выявление патологии; маршрутизация новорожденного в учреждение высокотехнологичной медико-социальной структуры, исполняющей современные технологии коррекции врожденных нарушений ЧЛО и анатомо-функциональной патологии других органов и систем, то есть структуры многопрофильного клинического медицинского учреждения.

Ведущую роль в практике устранения врожденной расщелины ЧЛО на фоне дополнительных аномалий играет технология комплексирования с профильными реабилитационными центрами детской врожденной патологии, наиболее часто встречаемой и сопутствующей врожденной расщелине ВГ и/или неба. Данная позиция усиливает возможности персонифицированного плана лечения с учетом особенностей патологии каждого ПР.

Таким образом, совмещенная тактика ведения указанной группы пациентов с учетом персонифицированной методологии и профессиональной компетенции профильных специалистов в условиях диспансеризации сохраняет свою актуальность.

Цель исследования. Улучшить результаты реабилитации детей с расщелиной ЧЛО в сочетании с ПР других органов и систем за счет инноваций диспансерного наблюдения и лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе многофункциональной структуры МКМЦ «Бонум» (г. Екатеринбург). Проанализированы данные медицинской документации 2475 пациентов с врожденной расщелиной ВГ и/или неба за 25 лет (1998–2022 гг.), находящихся на диспансерном наблюдении и лечении в отделениях восстановительной реабилитации и челюстно-лицевой хирургии. Проведенные ретроспективный (1998–2017 гг.) и проспективный анализы (2018–2022 гг.) указанной документации зарегистрировали 823 (33,25%) случая сочетания расщелины с ПР других органов и систем.

При анализе медицинской документации 823 пациентов оценивали анамнез новорожденного и его матери, карты стационарного лечения с учетом клинико-морфологической характеристики сопутствующей патологии и сроков первичного исполнения хейлорино-велоуранопластики.

Проведен дополнительный анализ эпикриза, оценивающего состоятельность каждого этапа комплексной многофункциональной помощи, что позволило суммарно сделать заключение о полноте восстановительных процессов разнонаправленной реабилитации за период диспансерного наблюдения в условиях центра.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди 823 обследуемых пациенты мужского пола составили 449 (54,56%) человек, женского – 374 (45,44%).

Распределение соотношения видов расщелины ЧЛО среди 823 обследуемых в соответствии с классификацией расщелин (Рогожиной Ю. С., Блохиной С. И., Бимбас Е. С., 2019) представлено в таблице 1.

Таким образом, наибольшее число случаев составила расщелина неба: у 453 пациентов из 823 (55,04%), из них 260 (57,40%) девочек и 193 (42,60%) мальчика. На втором месте полная расщелина ВГ, альвеолярного отростка (АО) и неба, которая диагностирована у 333 (40,46%) детей.

У 823 обследуемых с расщелиной ЧЛО зарегистрировано в среднем три-четыре дополнительных сопутствующих ПР, что совпадает с данными литературы [7, 15].

При этом патология лор-органов выявлена у 809 (98,30%) человек, из них изолированная расщелина неба зарегистрирована у 447 пациентов, а расщелина ВГ, АО и неба – у 328 детей.

У 769 человек (93,44%) из 823 выявлена патология нервной системы. Из них изолированная расщелина неба зарегистрирована у 415 пациентов, расщелина ВГ, АО и неба – у 319 детей.

Патология опорно-двигательного аппарата (ОДА) диагностирована у 664 (80,68%) из 823 обследуемых, при этом 358 пациентов с изолированной расщелиной неба и 273 ребенка с расщелиной ВГ, АО и неба.

В группу обследуемых с патологией органов зрения попали 630 (76,55%) детей из 823, изолированная расщелина неба диагностирована у 328 человек, а расщелина ВГ, АО и неба – у 269 пациентов.

Патология ССС выявлена у 237 (28,80%) человек, из них 131 ребенок с изолированной расщелиной неба и 94 пациента с расщелиной ВГ, АО и неба.

Патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выявлена у 3 человек (0,36%) из 823, при этом изолированная расщелина неба диагностирована у 1 ребенка, а расщелина ВГ, АО и неба – у 2 человек.

Таким образом, в подавляющем большинстве случаев сопутствующая патология наблюдается при изолированной расщелине неба и комбинированной расщелине ВГ, АО и неба.

Среди 823 случаев сочетания врожденной расщелины ЧЛО с различными ПР других органов и систем у 104 (12,64 %) пациентов диагноз расщелины сочетался с определенным синдромом, у троих из них выявлено наличие сразу двух синдромов (рис. 1).

Как видно из рисунка 1, в исследуемой группе пациентов при наличии синдрома большую часть (96 из 107

Таблица 1. Структура челюстно-лицевой патологии среди 823 обследуемых

Table 1. Distribution of orofacial clefts among the 823 examined patients

Вид расщелины Type of cleft	Количество детей / Number of children	
	Абсолютное число Absolute number	%
Расщелина ВГ / Cleft lip	9	1,09
Из них / Of them:		
Односторонняя / Unilateral	8	–
Двусторонняя асимметричная / Bilateral asymmetric	1	–
Расщелина ВГ и АО (односторонняя) / Cleft lip and alveolus (unilateral)	24	2,92
Полная расщелина ВГ, АО, неба / Cleft lip, alveolar process and palate	333	40,46
Из них / Of them:		
Односторонняя / Unilateral	302	–
Двусторонняя / Bilateral	31	–
Расщелина неба / Cleft palate	453	55,04
Из них / Of them:		
Скрытая / Hidden	23	–
Частичная / Partial	231	–
Полная / Full	199	–
Атипичная расщелина в сочетании с расщелиной ВГ, АО, неба Atypical cleft in combination with cleft of the upper lip, alveolar process, palate	4	0,49
ВСЕГО / TOTAL	823	100

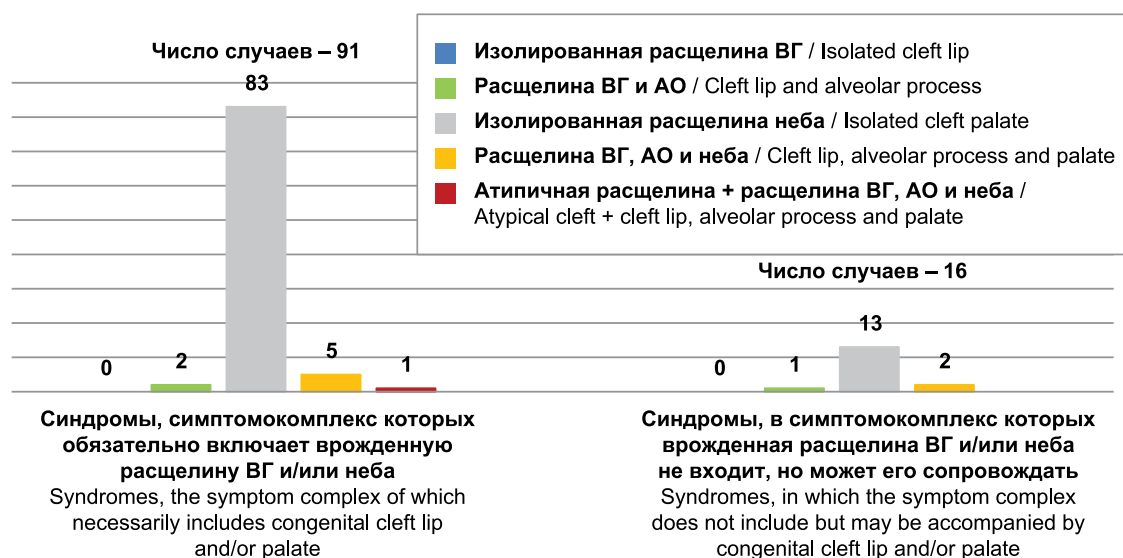


Рис. 1. Структура врожденной челюстно-лицевой патологии среди случаев синдромальной патологии

Fig. 1. Distribution of congenital orofacial clefts among cases of syndromic conditions

Таблица 2. Сроки хирургического лечения расщелины ЧЛО при различных видах сопутствующей патологии
Table 2. Timing of cleft repair surgery for different types of associated malformations

Вид оперативного вмешательства Type of surger	Сроки операции Time of surger	Вид сопутствующей патологии / Type of comorbidity						
		Патология лор-органов ENT disorders	Патология нервной системы Nervous system disorders	Патология ОДА Musculoskeletal defects	Патология органов зрения Eye disorders	Патология ССС (в том числе врожденные пороки сердца) Cardiovascular abnormalities (including congenital heart defects)	Патология развития ЖКТ Malformation of the gastrointestinal tract	Общее число Total
ПЕРВИЧНАЯ ХЕЙЛОРИНОПЛАСТИКА (количество пациентов, абс. число, %) PRIMARY CHEILORHINOPLASTY (number of patients, abs. number, %)								
Нуждается в операции In need of surgery	–	362 (100)	354 (100)	306 (100)	302 (100)	106 (100)	2 (100)	370 (100)
Операция проведена Operated	–	357 (98,62)	349 (98,59)	303 (99,02)	301 (99,67)	102 (96,23)	2 (100)	365 (98,65)
Операция проведена к возрасту Operated by the age of	1 год 12 months	322 (88,95)	315 (88,98)	274 (84,54)	274 (90,07)	83 (78,30)	1 (50,00)	329 (88,92)
	2 года 24 months	349 (96,41)	343 (96,89)	297 (97,06)	295 (97,68)	99 (93,40)	–	357 (96,49)
	Старше 2 лет Over 24 months	8 (2,21)	6 (1,70)	6 (1,96)	6 (1,99)	3 (2,83)	–	8 (2,16)
Операция не проведена No surgery	–	5 (1,38)	5 (1,41)	3 (0,98)	1 (0,33)	4 (3,77)	–	5 (1,35)
ВЕЛОУРАНОПЛАСТИКА (количество пациентов, абс. число, %) / PALATOPLASTY (number of patients, abs. number, %)								
Нуждается в операции In need of surgery	–	760 (100)	725 (100)	620 (100)	590 (100)	223 (100)	3 (100)	770 (100)
Операция проведена Operated	–	697 (91,71)	657 (90,62)	578 (93,23)	557 (94,41)	190 (85,20)	3 (100)	702 (91,17)
Операция проведена к возрасту Operated by the age of	До 1 года Under 12 months	34 (4,47)	31 (4,28)	30 (4,83)	29 (4,92)	10 (4,48)	–	34 (4,42)
	3 года 3 years	585 (76,97)	556 (76,69)	494 (79,68)	473 (80,17)	163 (73,09)	–	596 (77,40)
	Старше 3 лет Over 3 y. o.	106 (13,95)	95 (13,10)	80 (12,90)	82 (13,90)	25 (11,21)	1 (33,33)	106 (13,77)
Операция не проведена No surgery	–	63 (8,29)	68 (9,38)	42 (6,77)	33 (5,59)	33 (14,80)	–	68 (8,83)
АЛЬВЕОЛОПЛАСТИКА (количество пациентов, абс. число, %) / ALVEOLOPLASTY (number of patients, abs. number, %)								
Нуждается в операции In need of surgery	–	354 (100)	347 (100)	298 (100)	295 (100)	103 (100)	2 (100)	361 (100)
Операция проведена Operated	–	89 (25,14)	87 (25,07)	84 (28,19)	87 (29,49)	9 (8,74)	1 (50,00)	89 (24,65)

Продолжение / Continuation



Вид оперативного вмешательства Type of surgery	Сроки операции Time of surgery	Вид сопутствующей патологии / Type of comorbidity						
		Патология лор-органов ENT disorders	Патология нервной системы Nervous system disorders	Патология ОДА Musculoskeletal defects	Патология органов зрения Eye disorders	Патология ССС (в том числе врожденные пороки сердца) Cardiovascular abnormalities (including congenital heart defects)	Патология развития ЖКТ Malformation of the gastrointestinal tract	Общее число Total
Операция проведена к возрасту Operated by the age of	С 6 до 11 лет включительно 6 through 11 y. o. inclusive	35 (39,32)	35 (40,23)	33 (39,29)	34 (39,08)	4 (44,44)	–	35 (39,32)
	С 12 до 16 лет включительно 12 through 16 y. o.	49 (55,06)	47 (54,02)	47 (55,95)	48 (55,17)	5 (55,56)	1 (100)	49 (55,06)
	Старше 16 лет Over 16 y. o.	5 (5,62)	5 (5,75)	4 (4,76)	5 (5,75)	–	–	5 (5,62)
Операция не проведена No surgery	–	265 (74,86)	260 (74,93)	214 (71,81)	208 (70,51)	94 (91,26)	1 (50,00)	272 (75,35)
Операция не проведена к возрасту No surgery by the age of	18 лет (сняты с учета) 18 y. o.	12 (4,53)	12 (4,62)	11 (5,14)	13 (6,25)	1 (1,06)	–	12 (4,41)
	До 6-7 лет Under 6-7 y. o.	94 (35,47)	94 (36,15)	66 (30,84)	55 (26,44)	51 (54,26)	–	99 (36,40)
Проходят ортодонтическую подготовку к альвеолопластике In the course of orthodontic preparation for alveoloplasty	–	174 (60,00)	154 (59,23)	137 (64,02)	140 (67,31)	42 (44,68)	1 (100)	161 (59,19)

случаев) составляет изолированная расщелина неба (89,72%); расщелина ВГ, АО и неба регистрировалась в 7 случаях из 107 (6,54%), расщелина ВГ и АО встречалась в 3 случаях из 107 (2,80%), а атипичная расщелина диагностирована лишь в 1 из 107 случаев (0,94%).

Лор-патология преобладала в числе сопутствующей патологии у детей с расщелиной ЧЛО.

При изучении нуждаемости 823 пациентов в оперативном устранении расщелины ВГ и/или неба с показаниями к установленным, было отмечено, что первичная хейлоринопластика была необходима 370 детям, велоуранопластика – 770 пациентам.

Сроки проведения первичной операции по устранению расщелины ВГ и/неба представлены в таблице 2, с учетом сопутствующей патологии соматического генеза.

Сопутствующие врожденные поражения других органов и систем, в том числе и способствующие локальным осложнениям первичной хейлорино- и велоуранопластики, устранялись в плановом порядке профильными специалистами детских областных

реабилитационных центров, расположенных на площадях Центра «Бонум» [19]. При этом сочетанные действия специалистов разного профиля по лечению основного и сопутствующего ПР координировались установочным консилиумом на всех этапах комплексирования высокотехнологичной медицинской помощи с учетом возможных рисков снижения результатов завершенности восстановительных процессов здоровья, которые определялись нами с точки зрения объективных и субъективных обстоятельств и подлежали коррекции [16].

Так, например, из 823 случаев сочетания врожденной расщелины ЧЛО с различными ПР других органов и систем оперативное лечение перед операцией по устранению врожденной челюстно-лицевой патологии потребовалось 23 (2,79%) пациентам. При врожденной расщелине неба в сочетании с микрогнатией нижней челюсти и синдроме Пьера Робена 4 детям потребовался компрессионно-дистракционный остеосинтез нижней челюсти с предварительным проведением трахеостомии. Детям с

врожденной расщелиной ВГ и/или неба в сочетании с врожденным пороком сердца в 11 случаях проведено оперативное устранение ПР сердечно-сосудистой системы. При сочетании расщелины с врожденным ПР ЦНС (Spina bifida) оперативное лечение потребовалось 1 ребенку. Перед проведением хейлорино-велоуранопластики у детей с ПР органов зрения (недостаточность или стеноз слезных путей) для профилактики послеоперационных осложнений проведено зондирование слезного канала 4 пациентам. Детям с расщелиной ЧЛО и аномалиями ЖКТ проведена проктопластика в период новорожденности в перинатальном центре в 3 случаях.

Коррекция патологии лор-органов чаще всего проводилась во время пластики неба. Проведение велоуранопластики предполагало шунтирование барабанной полости с одной или с двух сторон с установкой силиконового или титанового шунта для профилактики кондуктивной тугоухости.

ПР ОДА, как правило, не требовали оперативного лечения до устранения расщелины ЧЛО. Чаще всего в таких случаях, например при артрогрипозе, врожденной косолапости или при дисплазии тазобедренных суставов, детям в возрасте с 1 до 5-6 месяцев проводилось лечебное гипсование с последующим динамическим наблюдением и консервативным лечением, которое не нарушало сроки проведения оперативного лечения врожденной челюстно-лицевой патологии.

Таким образом, пошаговое исполнение реабилитационных мероприятий и подготовка к оперативному лечению позволили благоприятно выполнить первичную хейлоринопластику к 1 году у 329 (88,92%) детей из 365 нуждающихся, велоуранопластику к 3 годам – у 596 (77,40%) из 770 нуждающихся, а альвеолопластику – 89 (24,65%) пациентам из 361 нуждающегося в данной операции.

При этом ранний и поздний послеоперационные периоды проведены в соответствии разработанного методологического алгоритма комплексного восстановительного лечения данной группы пациентов и очередности реализации основного и сочетанного ПР [19].

Полноценность предложенной тактики комплексной подготовки и исполнения хирургического лечения пациентов с расщелиной ЧЛО и сопутствующими ПР, подтверждалась небольшим процентом послеоперационных осложнений в период от 6 до 12 месяцев после хирургических вмешательств. Так, уровень остаточных деформаций ВГ и носа после первичной хейлоринопластики составил 16,16%, а послеоперационных осложнений после велоуранопластики в виде остаточных дефектов и небно-глоточной недостаточности диагностировано в 2,46% случаев, что значительно ниже данных литературы [20-22].

Последующие этапы (послеоперационный и оценочно-адаптационный) исполняли роль закрепляю-

щих, включая в себя специальный комплекс реабилитационных мероприятий раннего и отсроченного периодов. При этом персонифицированные назначения, направленные на сохранность соматического здоровья и удержание положительного результата хирургии расщелины ВГ и/или неба, проводились с использованием противорубцовой терапии и физических методов электро-физио-лазеротерапии.

Дальнейшие реабилитационные назначения складывались из инновационных технологий диагностики речевых нарушений и развития речевых и фонематических навыков формирования артикуляционно-речевой структуры, а также назначенной (по показаниям) ортодонтической коррекции.

Так, например, занятия с логопедом у девочек начинали раньше, чем у мальчиков, так как для девочек характерно более раннее начало речи, напротив, мальчики начинают говорить на 2-4 месяца позднее девочек.

Одновременно выявлялась необходимость психосоматической помощи в вопросах социально-психологической адаптации пациента в условиях дальнейшего его жизнеустройства.

В общей структуре комплексной реабилитации пациентов, сочетающих расщелину ЧЛО и аномалии других органов и систем, важное значение имеет завершающий этап, концентрирующий исходы восстановительного лечения в регистре персонифицированных данных и наделенный стратегией профилирующих задач. Функционал завершающего этапа дополнен моделированием прогностического риска рождения ребенка с расщелиной ЧЛО у конкретной пары, когда выбирается целесообразный способ контрацепции на период планирования очередной беременности. Обязательным становится раннее консультирование в медико-генетической центре, с учетом носительства врожденной челюстно-лицевой патологии на фоне сопутствующих соматических нарушений врожденного характера (д. м. н. Калюш А. В., 2000).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, сформированная тактика динамического наблюдения пациентов с врожденной расщелиной ЧЛО, осложненной сопутствующими ПР, позволила систематизировать этапы лечебно-восстановительных мероприятий и улучшить результаты специализированной помощи данной категории пациентов.

Предложенная тактика динамического наблюдения и лечения скорректировала сроки, способы и объемы первичных операций (хейлорино- и велоуранопластики), выполненных с учетом характера и тяжести сопутствующих аномалий, обеспечив низкий уровень послеоперационных осложнений и сохранность основных параметров соматического благополучия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ершова-Павлова АА, Венчикова НА, Гусина АА, Лазаревич АА, Наумчик ИВ. Пренатальная диагностика орофациальных расщелин в предупреждении детской инвалидности и смертности. *Forcipe*. 2022;5(S2):198-199. Режим доступа: <https://ojs3.gpmu.org/index.php/forcipe/article/view/4475>
2. Рогожина ЮС, Блохина СИ, Бимбас ЕС, Набойченко ЕС. Пренатальная УЗ-диагностика и социально-психологическая поддержка в комплексе реабилитационных мероприятий для пациентов с врожденной расщелиной челюстно-лицевой области, осложнённой аномалиями других органов и систем. *Российский медицинский журнал*. 2024;30(2):110-121. doi: 10.17816/medjrf569952
3. Guichoud Y, El Ezzi O, de Buys Roessingh A. Cleft Lip and Palate Antenatal Diagnosis: A Swiss University Center Performance Analysis. *Diagnostics*. 2023;13(15):2479. doi: 10.3390/diagnostics13152479
4. Haj M, Koudstaal MJ, Ramcharan MS, Hoogeboom AJM, Koster MPH, Srebnik MI, et al. Undetected anomalies in fetuses with a prenatal diagnosis of isolated cleft. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2020;49(12):1576-1583. doi: 10.1016/j.ijom.2020.05.005
5. Huanhuan Ding, Weizeng Zheng, Xinfen Xu, Baohua Li. Factors influencing parental pregnancy decision-making due to fetuses with non-syndromic orofacial clefts: a study of Chinese couples. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol*. 2022;49(1):8. doi: 10.31083/j.ceog4901008
6. Maarse W, Rozendaal AM, Pajkrt E, Vermeij-Keers C, Mink van der Molen AB, van den Boogaard MJ. A systematic review of associated structural and chromosomal defects in oral clefts: when is prenatal genetic analysis indicated? *J Med Genet*. 2012;49(8):490-498. doi: 10.1136/jmedgenet-2012-101013
7. Sanchez MLN, Benjamin RH, Mitchell LE, Langlois PH, Canfield MA, Swartz MD et al. Birth Defect Co-Occurrence Patterns Among Infants With Cleft Lip and/or Palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2022;59(4):417-426. doi: 10.1177/10556656211010060
8. Vibert F, Schmidt G, Löffler K, Gasiorrek-Wiens A, Henrich W, Verlohren S. Accuracy of prenatal detection of facial clefts and relation between facial clefts, additional malformations and chromosomal abnormalities: a large referral-center cohort. *Arch Gynecol Obstet*. 2024;309(5):1971-1980. doi: 10.1007/s00404-023-07084-8
9. Топольницкий ОЗ, Чуйкин СВ. Реабилитация детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба в Республике Башкортостан. *Современные проблемы науки и образования*. 2015;(4):360. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23940193>
10. Altunhan H, Annagür A, Konak M, Ertuğrul S, Ors R, Koç H. The incidence of congenital anomalies associated with cleft palate/cleft lip and palate in neonates in the Konya region, Turkey. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2012;50(6):541-544. doi:10.1016/j.bjoms.2011.08.001
11. Fell M, Fitzsimons KJ, Hamilton MJ, Medina J, Butterworth S, Park MH, et al. Cleft lip Sidedness and the Association with Additional Congenital Malformations. *The Cleft Palate Craniofacial Journal*. 2024: 10556656241261918. doi: 10.1177/10556656241261918
12. Ko H, Chang TY, Lussier EC, Olisova K, Sung CY, Chen PK, и др. Multidisciplinary team approach to the prenatal management of orofacial clefts: a single center cohort study in Taiwan. *Sci Rep*. 2020;10(1):13916. doi: 10.1038/s41598-020-70906-1
13. Nasser LS, Martelli DRB, Swerts MSO, Popoff DAV, Barros LM, Martelli Júnior H. Alterações oftalmológicas na fissura lábio palatina. *Rev Bras Oftalmol*. 2016;75(2):94-98. doi: 10.5935/0034-7280.20160021
14. 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
15. Pereira AV, Fradinho N, Carmo S, de Sousa JM, Rasteiro D, Duarte R, et al. 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
16. 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
17. Fan KL, Black CK, Mantilla-Rivas E, Bulas DI, Rubio E, Blask AR, и др. Coordination of the Fetal Medicine Institute and the Cleft and Craniofacial Center: Application to Early Management of Infants With Cleft Lip and Palate. *J Craniofac Surg*. 2019;30(7):2061-2064. doi: 10.1097/SCS.00000000000005950
18. Hammudeh Hammoudeh JA, Imahiyero TA, Liang F, Fahradyan A, Urbinelli L, Lau J, et al. Early Revision of Cleft Lip Correction: A safe and effective approach using a multidisciplinary protocol. *Plastic and Reconstructive Surgery- Global Open*. 2017;5(6):e1340. doi: 10.1097/GOX.00000000000001340
19. 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
20. Чуйкин СВ, Давлетшин НА, Кучук КН, Чуйкин ОС, Гринь ЭА, Муратов АМ. Анализ результатов и осложнений уранопластики у детей с врожденной расщелиной губы и неба. *Проблемы стоматологии*. 2020;16(1):133-138. doi: 10.18481/2077-7566-2020-16-1-133-138

21. Abdurrazzaq TO, Micheal AO, Lanre AW, Olugben-ga OM, Akin LL. Surgical outcome and complications following cleft lip and palate repair in a teaching hos-pital in Nigeria. *Afr J Paediatr Surg.* 2013;10(4):345-57. doi:10.4103/0189-6725.125447

REFERENCES

1. Ershova AA, Venchikova NA, Gusina AA, Lazarev-ich AA, Naumchik IV. Prenatal Diagnosis of Orofacial Clefts in the Prevention of Childhood Disability and Mortality. *Forcipe.* 2022;5(S2):198-199. (In Russ.) Available from:

<https://ojs3.gpmu.org/index.php/forcipe/article/view/4475>

2. Rogozhina YS, Blokhina SI, Bimbass ES, Naboichen-ko ES. Prenatal ultrasound diagnostics and socio-psycho-logical support in a complex of rehabilitation measures for patients with congenital cleft maxillofacial region complicated by anomalies of other organs and systems. *Russian Medicine.* 2024;30(2):110-121. (In Russ.)

doi:10.17816/medjrf569952

3. Guichoud Y, El Ezzi O, de Buys Roessingh A. Cleft Lip and Palate Antenatal Diagnosis: A Swiss University Cen-ter Performance Analysis. *Diagnostics.* 2023;13(15):2479. doi:10.3390/diagnostics13152479

4. Haj M, Koudstaal MJ, Ramcharan MS, Hooge-boom AJM, Koster MPH, Srebniak MI, et al. Undetected anomalies in fetuses with a prenatal diagnosis of isolated cleft. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2020;49(12):1576-1583.

doi:10.1016/j.ijom.2020.05.005

5. Huanhuan Ding, Weizeng Zheng, Xinfen Xu, Baohua Li. Factors influencing parental pregnancy decision-making due to fetuses with non-syndromic orofacial clefts: a study of Chinese couples. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 2022;49(1):8.

doi:10.31083/j.ceog4901008

6. Maarse W, Rozendaal AM, Pajkrt E, Vermeij-Keers C, Mink van der Molen AB, van den Boogaard MJ. A systematic review of associated structural and chro-mosomal defects in oral clefts: when is prenatal genetic analysis indicated? *J Med Genet.* 2012;49(8):490-498.

doi:10.1136/jmedgenet-2012-101013

7. Sanchez MLN, Benjamin RH, Mitchell LE, Lan-glois PH, Canfield MA, Swartz MD et al. Birth Defect Co-Occurrence Patterns Among Infants With Cleft Lip and/or Palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2022;59(4):417-426.

doi:10.1177/10556656211010060

8. Vibert F, Vibert F, Schmidt G, Löffler K, Gasiorek-Wiens A, Henrich W, Verlohren S. Accuracy of prenatal detection of facial clefts and relation between facial clefts, additional malformations and chromosomal ab-normalities: a large referral-center cohort. *Arch Gynecol Obstet.* 2024;309(5):1971-1980.

doi:10.1007/s00404-023-07084-8

9. Topolnitskiy OZ, Chuikin OS. Rehabilitation of chil-dren with congenital cleft upper lip and palate in the Re-public of Bashkortostan. *Modern Problems of Science and Education.* 2015;(4):360. (In Russ.) Available from:

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

22. Omer STE, Ahmed OM, Mahmoud SM, Mohamed AA, Geregandi TM, HabibAlla EH, et al. Cleft Lip Surgery in Sudan: Clinical Presentations, Early Outcomes, and Pa-tient and Professional Satisfaction: A sub-Saharan Afri-can experience. *JPRAS Open.* 2024;41:326-335.

doi: 10.1016/j.jprra.2024.06.016

10. Altunhan H, Annagür A, Konak M, Ertuğrul S, Ors R, Koç H. The incidence of congenital anomalies associated with cleft palate/cleft lip and palate in neo-nates in the Konya region, Turkey. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2012;50(6):541-544.

doi:10.1016/j.bjoms.2011.08.001

11. Fell M, Fitzsimons KJ, Hamilton MJ, Medina J, Butterworth S, Park MH, et al. Cleft lip Sidedness and the Association with Additional Congenital Malfor-mations. *The Cleft Palate Craniofacial Journal.* 2024: 10556656241261918

doi:10.1177/10556656241261918

12. Ko H, Chang TY, Lussier EC, Olisova K, Sung CY, Chen PK, и др. Multidisciplinary team approach to the prenatal management of orofacial clefts: a single center cohort study in Taiwan. *Sci Rep.* 2020;10(1):13916.

doi: 10.1038/s41598-020-70906-1

13. Násser LS, Martelli DRB, Swerts MSO, Popoff DAV, Barros LM, Martelli Júnior H. Alterações oftalmológi-cas na fissura lábio palatina. *Rev Bras Oftalmol.* 2016;75(2):94-98.

doi:10.5935/0034-7280.20160021

14. 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

15. Pereira AV, Fradinho N, Carmo S, de Sousa JM, Rasteiro D, Duarte R, и др. 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

16. Rogozhina YuS, Blokhina SI, Bimbass ES. Predic-tive factors reducing the effectiveness of the rehabili-tation 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

17. Fan KL, Black CK, Mantilla-Rivas E, Bulas DI, Ru-bio E, Blask AR, et al. Coordination of the Fetal Medicine Institute and the Cleft and Craniofacial Center: Appli-cation to Early Management of Infants With Cleft Lip and Palate. *J Craniofac Surg.* 2019;30(7):2061-2064.

doi:10.1097/SCS.0000000000005950

18. Hammoudeh JA, Imahiyero TA, Liang F, Fah-radyan A, Urbinelli L, Lau J, et al. Early Revision of Cleft Lip Correction: A safe and effective approach using a multidisciplinary protocol. *Plastic and Reconstructive Surgery- Global Open.* 2017;5(6):e1340.

doi:10.1097/GOX.0000000000001340

19. Rogozhina YuS, Blokhina SI, Bimbass ES, Galeva KV. Modern tactics of follow-up care and treatment of patients with congenital maxillofacial defects combined with other comorbid conditions. *Pediatric dentistry and dental prophylaxis*. 2023;23(2):92-103. (In Russ.) doi:10.33925/1683-3031-2023-606

20. Chuykin SV, Davletshin NA, Kuchuk KN, Chuykin OS, Grin EA, Muratov AM. Analysis of results and complications of uranoplasty in children with congenital cleft lip and palate. *Actual problems in dentistry*. 2020;16 (1):133-138. (In Russ.) doi:10.18481/2077-7566-2020-16-1-133-138

21. Abdurrazaq TO, Micheal AO, Lanre AW, Olugbenga OM, Akin LL. Surgical outcome and complications following cleft lip and palate repair in a teaching hospital in Nigeria. *Afr J Paediatr Surg*. 2013;10(4):345-57. doi:10.4103/0189-6725.125447

22. Omer STE, Ahmed OM, Mahmoud SM, Mohamed AA, Geregandi TM, HabibAlla EH, et al. Cleft Lip Surgery in Sudan: Clinical Presentations, Early Outcomes, and Patient and Professional Satisfaction: A sub-Saharan African experience. *JPRAS Open*. 2024;41:326-335. doi:10.1016/j.jprra.2024.06.016

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 детского

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. Bimbass, 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>

Поступила / Article received 03.11.2024

Поступила после рецензирования / Revised 15.01.2025

Принята к публикации / Accepted 05.06.2025

Вклад авторов в работу. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE, а также согласны принять на себя ответственность за все аспекты работы. Рогожина Ю. С. – проведение исследования, предоставление ресурсов, визуализация, написание черновика рукописи. Блохина С. И. – разработка концепции, научное руководство. Бимбас Е. С. – научное руководство.

Authors' contribution. All authors confirm that their contributions comply with the international ICMJE criteria and agrees to take responsibility for all aspects of the work. Yu. S. Rogozhina – investigation, resources, visualization, writing: original draft preparation. S. I. Blokhina – conceptualization, supervision. E. S. Bimbass – supervision.