

УДК 616.72-089

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/113/30>

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ВРОЖДЕННОЙ ДЕФЕКТА И ДЕФОРМАЦИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

©**Ешиев А. М.**, ORCID: 0000-0003-2617-8360, SPIN-код: 6447-6287, д-р мед. наук, Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан, eshiev-abdyrakhman@rambler.ru

©**Халмурзаев М. М.**, SPIN-код: 2584-1963, Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан, halmurzaev_marat@mail.ru

©**Ешиев Д. А.**, ORCID: 0009-0004-7472-8675, SPIN-код: 4267-0920, д-р мед. наук, Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан, eshiev8787@mail.ru

©**Азимбаев Н. М.**, ORCID: 0000-0003-2617-8360, SPIN-код: 6447-6287, канд. мед. наук, Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан, _klyk@mail.ru

©**Таалайбеков Н. Т.**, ORCID: 0000-0002-1652-6432, SPIN-код: 6447-6287, канд. мед. наук, Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан, Taalaibekov.nt@gmail.com

©**Мырзашева Н. М.**, ORCID: 0009-0002-2719-7686, SPIN-код: 9390-2926, канд. мед. наук, Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан, nazgulmyrzaseva77@gmail.com

A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CONGENITAL DEFECTS AND DEFORMITIES OF THE MAXILLOFACIAL AREA

©**Eshiev A.**, ORCID: 0000-0003-2617-8360, SPIN-code: 6447-6287, Dr. habil., Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, eshiev-abdyrakhman@rambler.ru

©**Khalmurzaev M.**, SPIN code: 2584-1963, Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, halmurzaev_marat@mail.ru

©**Eshiev D.**, ORCID: 0009-0004-7472-8675, SPIN code: 4267-0920, Dr. habil., Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, eshiev8787@mail.ru

©**Azimbaev N.**, ORCID: 0000-0003-2617-8360, SPIN code: 6447-6287, Ph.D., Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, klyk@mail.ru

©**Taalaibekov N.**, ORCID: 0000-0002-1652-6432, SPIN code: 6447-6287, Ph.D., Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, Taalaibekov.nt@gmail.com

©**Myrzaseva N.**, ORCID: 0009-0002-2719-7686, SPIN code: 9390-2926, Ph.D., Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, nazgulmyrzaseva77@gmail.com

Аннотация. Актуальность комплексного подхода к лечению пациентов с врожденными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области объясняется несколькими важными факторами. Врожденные дефекты, такие как расщелины губы и неба, а также различные деформации челюстей, оказывают значительное влияние на физическое, психоэмоциональное и социальное состояние пациента, что требует многопрофильного вмешательства. Эти аномалии не только нарушают эстетику лица, но также могут приводить к функциональным расстройствам, таким как затруднения при кормлении, нарушению речи и дыхания, а также увеличивают риск развития стоматологических заболеваний. В работе рассматривается комплексное лечение врожденной расщелины губы, неба и деформаций челюстей. Объектом исследования стали 1415 детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области, получающих стационарное лечение в челюстно-лицевой хирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы в период с 2020 по 2025 годы. Цель исследования заключается в комплексном изучении аспектов лечения и реабилитации детей с врожденной расщелиной губы, неба, а также дефектами и деформациями челюстей. Результаты исследования подтверждают, что комплексное лечение и реабилитация детей с врожденными патологиями требуют многоэтапного междисциплинарного взаимодействия

специалистов, включая хирургов, ортодонтон, ортопедов, логопедов, оториноларингологов, педиатров и других. Совместная работа этих специалистов обеспечивает полное восстановление дефектов и деформаций челюстно-лицевой области, что позволяет достичь уровня, не отличающегося от состояния здоровых детей, и значительно улучшает качество жизни пациентов. Для достижения эффективной медицинской и социальной реабилитации детей с расщелинами губы и неба необходимо организовать систематическую методическую работу диспансерных центров, а также разработать единую и взаимосвязанную стратегию взаимодействия всех специалистов, участвующих в реабилитационном процессе.

Abstract. The relevance of a comprehensive approach to the treatment of patients with congenital defects and deformities of the maxillofacial area is explained by several important factors. Congenital defects, such as cleft lip and palate, as well as various jaw deformities, significantly impact the physical, psycho-emotional, and social well-being of the patient, requiring multidisciplinary intervention. These anomalies not only disrupt facial aesthetics but can also lead to functional disorders, such as feeding difficulties, speech and breathing impairments, and an increased risk of developing dental diseases. This work discusses the comprehensive treatment of congenital cleft lip, palate, and jaw deformities. The study involved 1,415 children with congenital pathology of the maxillofacial area who received inpatient treatment in the maxillofacial surgery department of the Osh Interregional Unified Clinical Hospital from 2020 to 2025. The aim of the study is to comprehensively examine aspects of the treatment and rehabilitation of children with congenital cleft lip, palate, and jaw deformities. The research results confirm that comprehensive treatment and rehabilitation of children with congenital pathologies require multi-stage interdisciplinary cooperation among specialists, including surgeons, orthodontists, orthopedic specialists, speech therapists, otorhinolaryngologists, pediatricians, and others. The collaborative efforts of these specialists ensure the complete restoration of defects and deformities in the maxillofacial area, allowing children to reach a level that is indistinguishable from healthy children, significantly improving the patients' quality of life. Conclusion: To achieve effective medical and social rehabilitation of children with cleft lip and palate, it is essential to organize systematic methodological work at dispensary centers and develop a unified, interconnected strategy for the interaction of all specialists involved in the rehabilitation process.

Ключевые слова: врожденная расщелина губы, расщелина неба, деформация челюстей, медицинская реабилитация, междисциплинарное взаимодействие, качество жизни.

Keywords: congenital cleft lip, cleft palate, jaw deformity, medical rehabilitation, interdisciplinary collaboration, quality of life.

Врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГН) представляет собой один из наиболее распространенных врожденных пороков в области челюстно-лицевой хирургии у детей, что приводит к значительным анатомическим и функциональным нарушениям. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), частота рождения детей с ВРГН варьирует от 0,6 до 1,6 случаев на 1000 новорожденных и значительно зависит от географического региона и этнической принадлежности населения.

По результатам исследования авторов Артюшкевич А. С. (2004), наивысшая распространенность данного порока наблюдается среди азиатских, кавказских и африканских популяций. В России ежегодно регистрируется от 3,5 до 5 тысяч новорожденных с подобными аномалиями, из которых до 54% составляют пациенты с врожденными

односторонними сквозными расщелинами верхней губы и неба. Термин ВРГН охватывает несколько форм полигенной мульти факторной патологии, которые могут проявляться как изолированные пороки развития или как часть врожденных синдромов, что требует детального анализа предрасполагающих факторов. Долгосрочные наблюдения, проведенные в период с 1980 по 2000 годы, показали, что у 47,2% детей была диагностирована врожденная расщелина неба, в то время как у 52,8% наблюдались ВРГН, ассоциированные с другими пороками развития нервной, сердечно-сосудистой и костно-мышечной систем. При этом у 63,1% пациентов были выявлены хромосомные аномалии, а у 36,9% — нехромосомные синдромы.

Согласно данным, представленным А. М. Ешиевым (2017), частота возникновения врожденной расщелины верхней губы и неба (ВРГН) среди новорожденных в Кыргызстане составляет приблизительно 1 случай на 1000. Однако в некоторых регионах страны этот показатель может увеличиваться до 1 случая на 750, а в отдельных местностях достигает 2 случаев на 1000 новорожденных.

Лечение врожденной расщелины верхней губы и неба, как отмечает Коноплястая С. Ю. (2016), представляет собой многоэтапный и комбинированный процесс, требующий участия различных специалистов, включая челюстно-лицевых хирургов, терапевтических стоматологов, ортодонтонтов, а также ЛОР-врачей, логопедов и психотерапевтов. В области челюстно-лицевой хирургии и ортодонтической стоматологии наблюдается значительная нехватка квалифицированных специалистов. Эффективное лечение расщелины губы и неба требует комплексного подхода и долгосрочного плана ухода, который включает как хирургические, так и нехирургические методы.

А. В. Богородицкая (2015) подчеркивают необходимость активного наблюдения за детьми с ВРГН с момента их рождения. Учитывая выраженные анатомические, функциональные и косметические проблемы, а также наличие сопутствующей патологии, требуется динамическое наблюдение и лечение различными специалистами, такими как челюстно-лицевой хирург, оториноларинголог, стоматолог, педиатр и логопед. Только совместные усилия врачей различных специальностей могут привести к положительным результатам в лечении таких пациентов.

По данным М. Y. Tang (2016), важную роль в формировании психосоциального развития ребенка с ВРГН играет психоневролог, который начинает взаимодействие с родителями еще в пренатальном периоде, когда известны результаты ультразвуковой диагностики плода. Первоначальную оценку состояния новорожденного осуществляют неонатолог и педиатр, чья задача заключается в правильной оценке состояния пациента с учетом его особенностей и своевременном направлении к соответствующим специалистам.

Согласно исследованию М. М. Халмурзаева (2021), дети, рожденные с расщелиной губы, имеют повышенный риск развития сопутствующих заболеваний, включая нарушения слуха. Одной из наиболее распространенных проблем является накопление жидкости за барабанной перепонкой, что может привести к снижению слуховой функции. В связи с этим, регулярный мониторинг слуха у таких детей является крайне важным. В случае выявления скопления жидкости могут быть рекомендованы слуховые аппараты или установка вентиляционных трубок, известных как гомитамы.

Кроме того, расщелина губы может негативно сказаться на речевом развитии ребенка. Для поддержки правильного формирования речи и языка может потребоваться помощь логопеда или специалиста по языковой терапии. Эти меры помогут ребенку развить необходимые навыки общения и минимизировать возможные задержки в речевом развитии. Логопедическая работа в данном контексте направлена не только на коррекцию речевых

нарушений, но и на их профилактику. Это подтверждается рядом исследований, в частности, работами А. С. Балакиревой (2010) и Е. П. Васильевой (2011), которые утверждают, что ранняя пластика неба создает нормальные физиологические условия для развития речи. Однако для поддержания нормального функционирования артикуляционного аппарата необходим комплекс специальных упражнений. Успех ранних операций по пластике губы и неба привел к тому, что специалисты начали рассматривать расщелину губы и неба как временный анатомический дефект.

Важным аспектом, требующим внимания, является влияние расщелины на стоматологическое здоровье. Согласно исследованию Д. А. Ешиева (2021), дети с данной аномалией могут испытывать трудности, связанные с зубочелюстной системой, что обуславливает необходимость ортодонтического вмешательства для коррекции зубной структуры. Поддержание надлежащей гигиены полости рта имеет критическое значение для предотвращения кариеса и других стоматологических заболеваний. В случае возникновения проблем с прорезыванием постоянных зубов в будущем может возникнуть необходимость в установке брекет-систем.

Таким образом, лечение врожденной расщелины губы и неба представляет собой многогранный процесс, требующий междисциплинарного подхода и постоянного наблюдения за состоянием здоровья ребенка. Своевременное вмешательство и комплексная поддержка могут значительно улучшить качество жизни детей с данной аномалией, способствуя их полноценному развитию и социальной адаптации.

Цель исследования заключается в комплексном изучении аспектов лечения и реабилитации детей с врожденной расщелиной губы, неба, дефект и деформация челюстей.

Материалы и методы исследования

В данном исследовании мы сосредоточимся на анализе данных, собранных в период с 2020 по 2025 год в нашей клинике, где стационарное лечение получили 1415 детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области, включая расщелину губы, неба и дефект деформация челюстей. Возраст пациентов от 6 месяца до 20 лет различной патологии челюстно-лицевой области. Методология исследования включает несколько ключевых этапов:

Сбор данных: все пациенты, поступившие на лечение, были зарегистрированы в базе данных клиники. Для каждого пациента были собраны данные о возрасте на момент операции, типе и степени выраженности расщелины, а также о проведенных хирургических и нехирургических вмешательствах.

Хирургическое вмешательство: операции проводились в зависимости от характера расщелины и включали различные методы, такие как первичная хирургия для коррекции расщелины губы и неба, а также последующие операции для исправления возможных осложнений. Мы проанализируем результаты хирургического вмешательства, включая сроки заживления и возможные осложнения.

Реабилитация: в рамках реабилитационного процесса детям предоставлялась фонотерапия, а также проводились ортодонтические, ортопедические и ортогнатические обследования и лечения. Мы будем оценивать эффективность этих методов в контексте улучшения функциональных и эстетических результатов.

Оценка слуха: все пациенты проходили регулярные обследования слуха, чтобы выявить возможные проблемы, такие как скопление жидкости за барабанной перепонкой. В случае необходимости проводились дополнительные вмешательства, включая установку вентилиционных трубок.

Речевая и языковая терапия: мы исследуем необходимость и эффективность речевой и языковой терапии в процессе реабилитации. Данные о прогрессе в речевом развитии будут собраны через наблюдения и опросы родителей.

Стоматологическое обследование: оценка стоматологического здоровья детей будет включать анализ состояния зубочелюстной системы и необходимость ортодонтического вмешательства. Мы будем отслеживать случаи кариеса и других стоматологических заболеваний.

Статистический анализ: для анализа собранных данных будет использован статистический метод, позволяющий выявить взаимосвязи между различными аспектами лечения и реабилитации. Мы будем использовать описательную статистику для характеристики выборки, а также методы регрессионного анализа для оценки влияния различных факторов на результаты лечения.

Этические аспекты: все исследования будут проводиться в соответствии с этическими стандартами, включая получение информированного согласия от родителей или законных представителей детей.

Таким образом, данная методология позволит нам комплексно оценить эффективность лечения и реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба, а также выявить ключевые аспекты, требующие дальнейшего изучения и улучшения в клинической практике.

Результаты исследование и обсуждения

Хирургическое лечение врожденных расщелин верхней губы, неба и челюсти является вторым этапом реабилитации ребенка после проведения челюстно-ортопедического лечения на ранней стадии. В случае полной расщелины губы и неба оперативное вмешательство обычно осуществляется в два этапа. В возрасте 6 месяцев была проведена пластика расщелины губы, в результате которой нами выполнена хейлопластика по методу Обухова у 280 (19,7%) пациентов с врожденной расщелиной верхней губы без деформации носа. У 230 (16,2%) детей с полной расщелиной губы и деформацией крыла носа была проведена хейлопластика по методу Милларда, а у 56 (3,9%) пациентов с двусторонней расщелиной губы использована методика Мезерю. Далее в возрасте 1-2 лет для 306 (21,7%) детей была выполнена радикальная уранопластика по методу Лимберга, в то время как 86 детей с расщелиной неба прошли модифицированную щадящую уранопластику по нашей методике (Патент КР №1349).

Пластика губы на первом этапе направлена на устранение наиболее заметного с эстетической точки зрения дефекта и формирует основу для всей последующей реабилитации. Эта процедура является одной из самых сложных операций в области челюстно-лицевой хирургии, так как требует значительного хирургического опыта, а также чувства гармонии и эстетики. В процессе операции обе губные культы расщепленной губы сшиваются, формируя преддверие рта. Ключевым аспектом является точное соединение всех слоев тканей. При расщелине губ также наблюдается деформация носового отверстия, что требует хирургического вмешательства для достижения симметрии в структурах носа и формирования дна полости носа. Если в случае расщелины губы основное внимание уделяется эстетическим аспектам, то при расщелине неба на первый план выходят проблемы функционального характера.

Согласно мнению А. А. Баранова (2013), одной из характерных особенностей развития детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба (ВРГН) является наличие значительного сообщения между полостью носа и рта, что препятствует созданию отрицательного давления во время сосания и затрудняет процесс кормления. В результате

большинство таких детей вынуждены находиться на искусственном вскармливании, что может привести к снижению защитных функций иммунной системы, развитию железодефицитной анемии, рахиту, нарушениям формирования кишечной микробиоты и другим формам патологии. Таким образом, сопутствующие пороки развития у детей с ВРГН существенно усугубляют клиническое течение заболевания, а также осложняют лечение и реабилитацию этих пациентов.

Необходимо не только анатомически закрыть расщелину для отделения ротовой полости от носовой, но и создать функционирующее мягкое небо, которое при артикуляции полностью закрывает носоглотку, обеспечивая нормальную речь, беспрепятственное глотание и лучшую вентиляцию среднего уха за счет тяги в евстахиевой трубе. Момент проведения вторичной операции зависит от индивидуального развития пациента, при этом, наряду с ростом, важнейшим фактором при планировании корректирующей операции является уровень развития функций, таких как артикуляция и фонация.

После хирургической пластики врожденной расщелины неба возникает необходимость в дальнейшей реабилитации у логопеда. Отсюда большое значение придается участию педагогаутологии, фониатрии и логопедии в междисциплинарной реабилитации детей. Фониатрия и логопедия-огромное значение слуха и речи. Связи с тем, нами организовано логопедический кабинет. Важной задачей логопеда, как отмечают Т. Я. Мосьпан и О. В. Гинтер (2017), является закрепление навыков ротового и фонационного выдоха, активизация мышц мягкого неба и стимуляция подражательной деятельности. Логопедическое воздействие, согласно рекомендациям специалистов хирургического отделения, осуществляется родителями в домашних условиях. В этом процессе они повторяют с ребенком все упражнения, которые были выполнены на предыдущем этапе, при этом постепенно увеличивая продолжительность и интенсивность занятий.

К сожалению, существует доказанная связь между расщелиной губы, челюсти и неба и повышенной предрасположенностью детей к ослизнению среднего уха. Это состояние может привести к снижению слуховой функции, что, в свою очередь, может вызвать трудности или даже нарушения в речевом развитии. Перед проведением хирургического вмешательства для оценки слуха применяются методы объективной аудиометрии, что позволяет осуществлять проверку слуха даже у младенцев, не требуя от них активного участия в процессе. В ходе фарингоскопического обследования, проведенного ЛОР-врачом, клинические проявления воспалительного процесса небных миндалин и задней стенки глотки были выявлены у 18% пациентов до первого этапа хирургического вмешательства. Гипертрофия аденоидов 1 степени наблюдалась у 15,2% обследуемых. В результате механического повреждения слизистой оболочки была зафиксирована умеренная гиперемия глоточной миндалины и инъекция задней стенки глотки. При этом состояние гортаноглотки и гортани соответствовало норме.

Среди 306 (21,7%) обследованных детей, страдающих врожденной расщелиной твердого и мягкого неба, у 32% наблюдались аномалии в функционировании слуха и слуховой трубы. У 208 детей отмечался тип тимпанограммы «А», прежде проведения операции у 77 детей (25,3%) был зафиксирован тип тимпанограммы «В», что указывало на наличие жидкости в среднем ухе, в то время как у 21 ребенка (7%) был выявлен тип «В и С», свидетельствующий о присутствии жидкости в среднем ухе и деформации барабанной перепонки. Хирургами-отоларингологами была проведена операция по установке шунта в полость среднего уха, что способствовало улучшению дренажа жидкости и введению противовоспалительных препаратов. Послеоперационное обследование показало, что из 98 детей тип тимпанограммы «А» был обнаружен у 83, что свидетельствует о высоко

эффективности проведенных манипуляций и восстановлении функций среднего уха. Результаты отоскопии у этих пациентов также оказались удовлетворительными и соответствовали ожидаемым показателям.

В исследовании, проведенном Н. Э. Махкамовой и К. Д. Миразизовым (2007), было проанализировано влияние типа врожденной расщелины верхней губы и неба на частоту заболеваний ЛОР-органов. При полной врожденной расщелине губы и неба у 118 детей (ВРГН) наблюдалось следующее распределение заболеваний ЛОР-органов: двусторонняя гипертрофия носоглоточной миндалины была зарегистрирована у 48% пациентов, гипертрофия небных миндалин — у 24%, хронический тонзиллит — у 40%, искривление перегородки носа — у 24%, гипертрофия нижних носовых раковин — у 52%. В случае односторонней расщелины гипертрофия носоглоточной миндалины была выявлена у 40% пациентов гипертрофия небных миндалин, преимущественно на стороне расщелины, — у 37,5%, хронический тонзиллит — также у 37,5%.

Исследования показывают, что результаты по частоте сопутствующих заболеваний ЛОР-органов при врожденной расщелине губы и неба практически совпадают с данными, полученными другими исследователями, что подтверждает актуальность и значимость данной проблемы в педиатрической практике.

При длительном вынужденном лечении пациентов с расщелиной губы, челюсти и неба челюстная ортопедия играет ключевую роль. Она направлена на коррекцию неправильного положения челюстей и зубов, что зависит от возраста ребенка, а также на предоставление важной подготовительной, сопроводительной и последующей помощи в области хирургии. В исследуемой группе из 225 (15,9%) пациентов, что составляет 14,5% от общего числа случаев патологии челюстно-лицевой области, были зафиксированы нарушения верхней зубной дуги и аномалии развития верхней челюсти, проявляющиеся в её сужении. В отношении нижней челюсти патология в основном ограничивалась зубоальвеолярной областью, при этом скелетные аномалии не были выявлены. У этих детей восстановление прикуса и коррекция деформаций зубных рядов осуществлялись с помощью ортодонтического лечения.

У 90 (6,3%) детей мезиальное окклюзия (аномалии III класс по Энгля). Лечение проводилось используя способ лечения дистального прикуса по нашей методике (Патент КР №2180). Метод заключался в установке имплантата в область подбородка, который фиксировался к костной ткани с помощью четырех винтов. На имплантат накладывался слизисто-надкостничный лоскут, а рана закрывалась узловыми швами так, чтобы крючки имплантата оставались снаружи с обеих сторон для дальнейшей фиксации резиновых тяг. Второй конец этих тяг крепился к установленным кольцам на шестых молярах верхней челюсти. После операции подбородочные мини-пластины были загружены. Эластики класса III создавали начальное натяжение около 150 г с каждой стороны, которое увеличивалось до 200 г через месяц и до 250 г через три месяца. Пациентов просили заменять резинки как минимум раз в день и носить их круглосуточно.

Результат исследования показал, что использование подбородочного имплантата для лечения мезиального прикуса значительно эффективнее, чем применение подбородочных пращей. Данные о цефалометрических показателях на протяжении всего лечения подтверждают, что подбородочный имплантат демонстрирует лучшие результаты и зарекомендовал себя как более эффективный метод при лечении прогенического прикуса, а также обеспечивает восстановление в два раза быстрее по сравнению с пращами. Таким образом прикус был восстановлен в ортогнатическом положении без хирургического вмешательства.

В возрасте от 9 до 12 лет у детей с челюстной расщелиной (расщелина альвеолярного отростка) была проведена аутокостная пластика, заключающаяся в заполнении расщелины собственной костью. Для этого осуществлялась трансплантация костной ткани с подвздошного гребня в область челюстной расщелины, которая затем покрывалась с обеих сторон методом гингивопластики. Данная процедура была реализована в рамках нашей авторской методики «Способ аутопластики альвеолярного отростка верхней челюсти при врожденной расщелине» (Патент КР №1512). В общей сложности было прооперировано 170 (12,1%) детей.

В рамках исследования было проведено 58 (4,1%) оперативных вмешательств, направленных на коррекцию прогении и недоразвития верхней челюсти, а также на лечение прогении и недоразвития с использованием модифицированного метода вмешательства на ветвях нижней челюсти. Все пациенты были разделены на четыре группы в зависимости от локализации оперативного вмешательства: на нижней и верхней челюстях. Классификация групп основывалась на выборе метода и объема хирургического вмешательства, что соответствовало заранее разработанному плану реконструкции лицевого отдела черепа, целью которого являлось достижение оптимальных функциональных и эстетических результатов.

При формировании групп пациентов не учитывались структурные особенности отдельных элементов зубочелюстной аномалии, таких как параметры сагитальной щели, степень смещения центральной резцовой линии, величина угла нижней челюсти, характер прикуса и другие симптомы, характеризующие нижнюю и верхнюю прогнатию.

Такой подход к формированию клинических групп, по нашему мнению, позволяет избежать стандартизации коррекции отдельных элементов деформации в стремлении достичь так называемой «нормы», что исключает возможность поиска индивидуального решения проблемы для каждого пациента на этапе планирования вмешательства и оценки достигнутых изменений его внешнего вида. В связи с этим, основой формирования каждой группы стал принцип выбора объема и метода оперативного лечения, обеспечивающий возможность достижения согласованных с пациентом эстетических и оптимальных функциональных результатов, включая восстановление окклюзии, сохранение или нормализацию функции височно-нижнечелюстного сустава и минимизацию вероятности рецидива устраненной деформации.

В рамках данного исследования была проведена ретромолярная сагиттальная остеотомия ветви нижней челюсти с полной отслойкой мышц, которая зарекомендовала себя как метод выбора для достижения оптимальных результатов в лечении нижней прогении. У пациентов с верхней прогнатией оперативное вмешательство осуществлялось в объеме фрагментарной остеотомии в переднем отделе верхней челюсти, при этом сагиттальная щель не превышала 0,5 см. В случаях, когда сагиттальная щель превышала указанный размер, применялся метод Г. И. Семенченко. Третья группа пациентов подвергалась оперативному лечению нижней прогнати с одновременной эстетической остеотомией в области подбородка. Четвертая группа пациентов, после ортодонтического лечения, имела восстановленный прикус и нормальное соотношение зубов, однако в подбородочном отделе наблюдались удлинение, укорочение или деформации. Хирургическое вмешательство в области подбородка нижней челюсти проводилось с использованием горизонтальной остеотомии по эстетическим показаниям.

Таким образом, сформированные группы пациентов были классифицированы в зависимости от типа патологии челюстей, и для каждой группы остеотомия определялась с

учетом особенностей деформации, это подход способствовал достижению положительных результатов в лечении. что позволило достигнуть положительных результатов в лечении.

В нашей клинике создан центр, предоставляющий квалифицированную помощь пациентам с дефектами и деформациями челюстей, как врожденного, так и приобретенного характера, с формированием команды специалистов: челюстно-лицевого хирурга, стоматолога-терапевта, ортодонта, ортопеда, логопеда, ЛОР-врача и зубных техников, которые оказывают специализированную помощь.

Заключение

Комплексное лечение и реабилитация детей с врожденными патологиями требуют многоэтапного междисциплинарного взаимодействия специалистов, включая хирургов, ортодонтонтов, ортопедов, логопедов, оториноларингологов, педиатров и других. Совместная работа этих специалистов обеспечивает полное восстановление дефектов и деформаций челюстно-лицевой области, что позволяет достичь уровня, не отличающегося от состояния здоровых детей, и значительно улучшает качество жизни пациентов.

Для эффективной медицинской и социальной реабилитации детей с расщелинами необходимо обеспечить систематическую методическую работу диспансерных центров, а также разработать единую и взаимосвязанную стратегию взаимодействия всех специалистов, задействованных в процессе реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба.

Список литературы:

1. Артющкевич А. С., Гричанюк Д. А. Врожденные расщелины верхней губы и неба: современные аспекты хирургического лечения // Современная стоматология. 2004. Т. 2. С. 20-6.
2. Дарбишев Э. П., Ешиев А. М. Факторы, влияющие на рождаемость детей с врожденными расщелинами губы и неба в Кадамжайском районе Баткенской области // Colloquium-journal. 2017. №7. С. 22-24.
3. Коноплястая С. Ю. Особенности психического развития лиц с врожденными несращениями губы и неба // Современные проблемы речевого дизонтогенеза: психолого-педагогические аспекты. 2011. С. 88-96.
4. Богородицкая А. В., Сарафанова М. Е., Радциг Е. Ю., Притыко А. Г. Тактика ведения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба: междисциплинарная проблема // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2015. Т. 94. №3. С. 78-81.
5. Tang M. Y. P., Chao S. Y. N., Leung W. Y. M., Liu K. W. K., Fung P. G. G., Chan H. B. Routine screening ultrasound in children with cleft palate and/or lip: a single center experience // Journal of Craniofacial Surgery. 2016. V. 27. №1. P. 29-31. <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000002171>
6. Maarse W., Pistorius L. R., Van Eeten W. K., Breugem C. C., Kon M., Van den Boogaard M. J. H., Mink van Der Molen A. B. Prenatal ultrasound screening for orofacial clefts // Ultrasound in obstetrics & gynecology. 2011. V. 38. №4. P. 434-439. <https://doi.org/10.1002/uog.8895>
7. Ешиев А. М., Халмурзаев М. М. Обследование и лечение детей с врожденной расщелиной твердого и мягкого неба с сопутствующей лор-патологией // Евразийское Научное Объединение. 2021. №6-3. С. 168-171.
8. Чиркова Э. Б., Гинжул И. Ю. Логопедия. Ринолалия. 2021.
9. Васильева Е. П. Особенности речевых нарушений у детей при врожденной расщелине губы и неба // Детская больница. 2011. №1. С. 46-48.

10. Ешиев Д. А., Ешиев А. М. Усовершенствованная костная пластика дефектов альвеолярного отростка верхней челюсти // Вестник КГМА им. ИК Ахунбаева. 2018. №3. С. 119-121.
11. Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Ильин А. Г., Булгакова В. А., Антонова Е. В., Смирнов И. Е. Научные исследования в педиатрии: направления, достижения, перспективы // Российский педиатрический журнал. 2013. №5. С. 4-14.
12. Мосьпан Т. Я., Гинтер О. В. Современный подход к логопедическому сопровождению детей раннего возраста с врожденной расщелиной губы и нёба // Специальное образование. 2017. №1. С. 5-16.
13. Макхамова Н. Э., Миразизов К. В. Состояние гортани у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Вестник оториноларингологии. 2007. №5. С. 23-26.
14. Ешиев А. М., Тилас Я. А., Ешиев Д. А. Патент №1549 Кыргызской Республики. Метод закрытия расщелины неба. № 20100012.1; зарегистр. 01.02.2010; опубл. 29.04.2011, Бюл. № 4. С. 5.
15. Ешиев А. М., Ешиев Д. А., Таалайбеков Н. Т., Мурзаibraимов А. К. Патент №2180 Кыргызской Республики. Способ лечения прогении. № 20190025.1; зарегистр. 29.03.2019; опубл. 31.12.2019, Бюл. №12. С. 6.
16. Ешиев А. М., Латипов А. Л. Патент №1512 Кыргызской Республики. Способ аутокостной пластики врожденной расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти. №20120009.1; зарегистр. 06.02.2012; опубл. 31.12.2012, Бюл. № 12. С. 5.

References:

1. Artyushkevich, A. S., & Grichanyuk, D. A. (2004). Vrozhdennye rasshcheliny verkhnei guby i neba: sovremennye aspekty khirurgicheskogo lecheniya. *Sovremennaya stomatologiya*, 2, 20-6.
2. Darbishev, E. P., & Eshiev, A. M. (2017). Faktory, vliyayushchie na rozhdaemost' detei s vrozhdannymi rasshchelinyami guby i neba v Kadamzhaiskom raione Batkenskoi oblasti. In *Colloquium-journal*, (7), 22-24.
3. Konoplyastaya, S. Yu. (2011). Osobennosti psikhicheskogo razvitiya lits s vrozhdannymi nesrashcheniyami guby i neba. In *Sovremennye problemy rechevogo dizontogeneza: psikhologo-pedagogicheskie aspekty* (pp. 88-96).
4. Bogoroditskaya, A. V., Sarafanova, M. E., Radtsig, E. Yu., & Prityko, A. G. (2015). Taktika vedeniya detei s vrozhdennoi rasshchelinoi verkhnei guby i neba: mezhdistsiplinarnaya problema. *Pediatrica. Zhurnal im. GN Speranskogo*, 94(3), 78-81.
5. Tang, M. Y. P., Chao, S. Y. N., Leung, W. Y. M., Liu, K. W. K., Fung, P. G. G., & Chan, H. B. (2016). Routine screening ultrasound in children with cleft palate and/or lip: a single center experience. *Journal of Craniofacial Surgery*, 27(1), 29-31. <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000002171>
6. Maarse, W., Pistorius, L. R., Van Eeten, W. K., Breugem, C. C., Kon, M., Van den Boogaard, M. J. H., & Mink van Der Molen, A. B. (2011). Prenatal ultrasound screening for orofacial clefts. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*, 38(4), 434-439. <https://doi.org/10.1002/uog.8895>
7. Eshiev, A. M., & Khalmurzaev, M. M. (2021). Obsledovanie i lechenie detei s vrozhdennoi rasshchelinoi tverdogo i myagkogo neba s soputstvuyushchei lor-patologiei. *EvrAziiskoe Nauchnoe Ob"edinenie*, (6-3), 168-171.
8. Chirkova, E. B., & Ginzul, I. Yu. (2021). Logopediya. Rinolaliya.

9. Vasil'eva, E. P. (2011). Osobennosti rechevykh narushenii u detei pri vrozhdennoi rasshcheline guby i neba. *Detskaya bol'nitsa*, (1), 46-48.
10. Eshiev, D. A., & Eshiev, A. M. (2018). Usovershenstvovannaya kostnaya plastika defektov al'veolyarnogo otrostka verkhnei chelyusti. *Vestnik KGMA im. IK Akhunbaeva*, (3), 119-121.
11. Baranov, A. A., Namazova-Baranova, L. S., Il'in, A. G., Bulgakova, V. A., Antonova, E. V., & Smirnov, I. E. (2013). Nauchnye issledovaniya v pediatrii: napravleniya, dostizheniya, perspektivy. *Rossiiskii pediatricheskii zhurnal*, (5), 4-14.
12. Mos'pan, T. Ya., & Ginter, O. V. (2017). Sovremennyi podkhod k logopedicheskomu soprovozhdeniyu detei rannego vozrasta s vrozhdennoi rasshchelinoi guby i neba. *Spetsial'noe obrazovanie*, (1), 5-16.
13. Makkhamova, N. E., & Mirazizov, K. V. (2007). Sostoyanie gortani u detei s vrozhdennoi rasshchelinoi verkhnei guby i neba. *Vestnik otorinolaringologii*, (5), 23-26.
14. Eshiev, A. M., Tilas, Ya. A., & Eshiev, D. A. Patent №1549 Kyrgyzskoi Respubliki. Metod zakrytiya rasshcheliny neba. № 20100012.1; zaregistr. 01.02.2010; opubl. 29.04.2011, Byul. № 4. S. 5.
15. Eshiev, A. M., Eshiev, D. A., Taalaibekov, N. T., & Murzaibraimov, A. K. Patent №2180 Kyrgyzskoi Respubliki. Sposob lecheniya progenii. № 20190025.1; zaregistr. 29.03.2019; opubl. 31.12.2019, Byul. №12. S. 6.
16. Eshiev, A. M., & Latipov, A. L. Patent №1512 Kyrgyzskoi Respubliki. Sposob avtokostnoi plastiki vrozhdennoi rasshcheliny al'veolyarnogo otrostka verkhnei chelyusti. №20120009.1; zaregistr. 06.02.2012; opubl. 31.12.2012, Byul. № 12. S. 5.

Работа поступила
в редакцию 11.02.2025 г.

Принята к публикации
17.02.2025 г.

Ссылка для цитирования:

Ешиев А. М., Халмурзаев М. М., Ешиев Д. А., Азимбаев Н. М., Таалайбеков Н. Т., Мырзашева Н. М. Комплексный подход к лечению пациентов врожденной дефект и деформации челюстно-лицевой области // Бюллетень науки и практики. 2025. Т. 11. №4. С. 220-230. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/113/30>

Cite as (APA):

Eshiev, A., Khalmurzaev, M., Eshiev, D., Azimbaev, N., Taalaibekov, N., & Myrzasheva, N. (2025). A Comprehensive Approach to the Treatment of Patients with Congenital Defects and Deformities of the Maxillofacial Area. *Bulletin of Science and Practice*, 11(4), 220-230. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/113/30>