

УДК 616-007-053.1

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОЭТАПНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С
СИНДРОМАМИ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ МИКРОСОМИИ.**

Мамедов М.А.

Стоматологический факультет, 5 курс, 8 группа

Кафедра детской челюстно-лицевой хирургии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И.Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научные руководители к. м. н, ассистент Имшенецкая Н.И., к. м. н. Угаров И.В.

**IMPROVEMENT OF STAGE-BY-STAGE REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH
CRANIOFACIAL MICROSOMIA SYNDROMES**

Mamedov M.A.

The aim of the study was to improve the quality of care for patients with craniofacial microsomia (CFM) syndromes. According to the data obtained, the stage-by-stage approach of surgical treatment of patients with CFM syndromes within the period 2015 – 2018 was the following: bone grafting of the body, the angle and branches of the mandibular bone–osteotomy of the mandibular bone with fixation of the bone CDA– reconstructive auriculoplasty. Musculoskeletal system of the children with CFM syndromes is developing slower than in healthy children. Bone grafting of the body of the angle and branch of the mandibular bone is possible in children with mean width value of the bone part of 6th, 7th, 8th and 9th ribs as 9 mm, 10.5 mm, 11 mm and 12 mm, respectively. The size of the cartilaginous part of ribs for conducting reconstructive auriculoplasty should be on average: 6th – 65 mm, 7th– 70 mm, 8th – 81 mm and 9th – 72 mm. The xGenCloud program allows optimizing differential diagnosis, which makes the procedure of genetic consulting easier to patients with CFM syndromes.

Ключевые слова: врожденные пороки, совершенствование, поэтапное, реабилитация, синдром краниофациальной микросомии, congenital malformations, improvement, incremental, rehabilitation, craniofacial syndrome microsomia

Цель исследования: совершенствование качества оказания помощи пациентам с синдромами краниофациальной микросомии (КФМ).

Задачи исследования. 1. Провести анализ данных архива кафедры ДЧЛХ МГМСУ с 2015 по 2018 годы с целью статистической обработки данных по выполненным операциям пациентам с синдромами КФМ. 2. Определить средний возраст для проведения различных этапов

хирургического лечения пациентов с синдромами КФМ. 3. Изучить плоскостные рентгенограммы грудной клетки и МСКТ органов грудной клетки у детей с синдромами КФМ в сравнении с контрольной группой здоровых детей. 4. Определить ширину костной части ребер у детей с синдромами КФМ с целью прогнозирования эффективности проведения костной пластики с использованием реберного аутотрансплантата. 5. Определить средние значения размеров хрящевой части ребер у детей различных возрастов. 6. Протестировать программу xGenCloud для проведения дифференциальной диагностики пациентам с синдромами КФМ.

Материалы и методы. Проведена статистическая обработка данных пациентов, оперированных на базе кафедры ДЧЛХ МГМСУ им. А.И.Евдокимова с синдромами КФМ. Было изучено 2176 операционных протоколов в период с 2015 по 2018 годы. Проведен анализ рентгенологических исследований (ОПТГ), плоскостных рентгенограмм грудных клеток, МСКТ органов грудных клеток. Были измерены костные и хрящевые части ребер, диаметры грудных клеток пациентов. Изучены результаты морфометрии грудных клеток пациентов с КФМ. Проведено тестирование компьютерной программы xGenCloud.

Результаты исследования. С 2015 по 2018 годы было проведено 80 операций 47 пациентам с синдромами КФМ. Средний возраст для проведения костной пластики тела, угла и ветви нижней челюсти составил 10 лет, для проведения остеотомии нижней челюсти с фиксацией на костного компрессионно-дистракционного аппарата – 11 лет, для проведения реконструктивной аурикулопластики – 12 лет. Хрящевые и костные части ребер детей с синдромами КФМ были меньшего размера, в сравнении с величинами хрящевых и костных частей ребер здоровых детей того же возраста. Средние значения ширины костной части 6, 7, 8 и 9 ребер у пациентов, которым проводилась костная пластика реберным аутотрансплантатом, составляли: 6 – 9 мм, 7 – 10,5 мм, 8 – 11 мм, 9 – 12 мм. Были определены средние значения хрящевой части 6, 7, 8 и 9 ребер пациентов, которым проводилась реконструктивная аурикулопластика: 65 мм, 70 мм, 81 мм и 72 мм соответственно. 94% пациентам, чьи симптомы вводились в программе xGenCloud, была проведена достоверная дифференциальная диагностика между синдромами Гольденхара, Тричера-Коллинза-Франческетти и гемифациальной микросомией.

Выводы: 1. По полученным данным, этапность проведения хирургического лечения пациентов с синдромами КФМ с период с 2015 по 2018 годы была следующей: костная пластика тела, угла и ветви нижней челюсти – остеотомия нижней челюсти с фиксацией на костного КДА – реконструктивная аурикулопластика. 2. По полученным данным, в ходе исследования, костно-мышечный скелет детей с синдромами КФМ развивается медленнее, чем у здоровых детей. 3. Проведение костной пластики тела угла и ветви нижней челюсти

возможно у детей со средним значением ширины костной части 6, 7, 8 и 9 рёбер – 9 мм, 10,5 мм, 11 мм и 12 мм. 4. Размеры хрящевой части ребер для проведения реконструктивной аурикулопластики должны составлять в среднем: 6 – 65 мм, 7 – 70 мм, 8 – 81 мм, 9 – 72 мм. 5. Программа xGenCloud позволяет оптимизировать дифференциальную диагностику, что облегчает процедуру генетического консультирования пациентов с синдромами КФМ.