

На правах рукописи

**Ходжаев
Зиёратшоҳ Муродшоевич**

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
БОЛЬНЫХ С СИНОСТОЗНОЙ ЛОБНОЙ
ПЛАГИОЦЕФАЛИЕЙ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ
С РАСЩЕЛЕНИЕМ НЁБА**

14.01.14 – стоматология

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Душанбе – 2019

Работа выполнена в Научно - практическом центре медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы Департамента Здравоохранения г. Москвы, на кафедре челюстно–лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПО СЗ РТ, на базе отделения детской нейрохирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан.

Научный руководитель: доктор медицинских наук

Шакиров Мухамеджан Нигматович

Научный консультант: доктор медицинских наук

Бердиев Рустам Намазович

Официальные оппоненты: **Радкевич Андрей Анатольевич** - доктора медицинских наук, профессора кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Красноярского государственного медицинского университета имени В.Ф. Войно-Ясенецкого

Бессонов Сергей Николаевич - доктора медицинских наук, профессор заведующего кафедрой клинической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Ярославского Государственного медицинского университета.

Ведущая организация: ФГБОУ «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «__» _____ 2019 года в «__» часов на заседании диссертационного совета Д 737.006.03 Государственного образовательного учреждения «Институт последипломого образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» по адресу: 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ИПОвСЗ РТ и авторефератом на сайтах: www.ipovszrt.tj, vak.ed.gov.ru

Автореферат разослан «__» _____ 201__ г

**Учёный секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских
наук, доцент**

Хамидов Джура Бутаевич

Общая характеристика работы

Актуальность темы. Врожденные деформации черепно-лицевой области наиболее часто встречаются у новорожденных и сопровождаются многочисленными функциональными эстетическими недостатками, которые пагубно влияют на рост и развития ребёнка [Бельченко В.А. с соавт., 2012; Proffp. et al. 2006; Бельченко В.А. с соавт., 2012].

Статистическими исследованиями последних лет доказано, что на территории Российской Федерации и независимых государств содружества ежегодно рождаются около 15 тысяч детей с черепно-лицевыми деформациями. Причем частота краниостенозов среди этой категории составляет 2-3 случая на 1000 новорожденных [Брусова Л.А. с соавт., 2009; Демикова Н.С. с соавт., 2011; Мамедов Э.В. 2005]. Ухудшение экологии окружающей среды, рост различных патологий среди женщин репродуктивного возраста, снижение уровня их благосостояния, может способствовать увеличению рождаемости таких пациентов.

Синостозное лобное плагиоцефалией условиях республики Таджикистан считается вторым по степени распространенности среди всех форм краниостенозов и встречается 0,4-1 случай на 1000 новорожденных.

Повышенный интерес к курации данной категории больных были заложены ещё в начале 70 годов прошлого столетия Р. Tessier-ом, который обосновал необходимость и возможность проведения у этих больных сложных черепно-лицевых реконструктивных хирургических вмешательств. Использование его новаторских идей в практике способствовало созданию стройной системы организации оказания медицинской помощи данному контингенту.

Однако в настоящее время относительно существует ряд неизученных проблем, касающихся влияния преждевременного синостозирования некоторых швов черепа на рост и развитие, а также

возникновение изменений конфигурации соседних анатомических костных образований черепно-лицевой области. Кроме этого, имеется необходимость детального изучения патогенеза возникших деформаций в зависимости от поражения того или иного конкретного шва, определения порога их влияния на происхождение изменений свода основания черепа и костей лица.

На сегодняшний день все ещё не полностью разработаны четкие показания и не определены оптимальные объемы и сроки проведения хирургических вмешательств у этой категории больных, не разработан их алгоритм. Кроме того, критерии диагностики, определяющие объем проведения хирургических вмешательств у этой категории, базируются в основном на субъективных данных как нейрохирурга, так и черепно-лицевого хирурга.

При проведении данного исследования необходимо было дополнительно решить следующие вопросы:

1. В каком возрасте целесообразно проводить хирургические вмешательства?
2. В какой степени оперативные вмешательства, проводимые в том или ином возрасте, влияют на рост костей черепа?
3. Какие последствия психосоциального характера могут возникнуть у пациента в результате позднего проведения оперативного вмешательства?
4. В какой последовательности планировать оперативные вмешательства при наличии сопутствующей патологии лицевой части больных с лобной синостозной плагиоцефалией?
5. Влияет ли раннее проведение корригирующих операций дефекта лицевой части и нёба на процессы синостозирования швов черепа?

Все разработанные и предложенные на сегодняшний день методы хирургических операций, используемых для лечения этой категории больных, отличаются достаточно высоким уровнем осложнений [Li Y. et al.,

2006; Proff P. et al., 2006; Reddy K. et al., 1990; Togari A. et al., 2012]. Поэтому тщательная подготовка больного и планирование операции являются залогом предупреждения таких осложнений. Немаловажное значение для получения хороших исходов лечения этой категории больных имеет использование современных методов хирургической техники, медицинских материалов, предназначенных для этих целей.

Цель исследования: улучшение результатов лечения детей с синостозной плагиоцефалией путем совершенствования диагностики, существующих и разработки новых методов.

Задачи исследования:

1. Разработать комплекс специальных методов диагностики, позволяющих полноценно определить у больных характер изменений при синостозной лобной плагиоцефалии, а при наличии у них расщелины нёба определение его индекса.

2. Обосновать алгоритм проведения ранних хирургических вмешательств у детей с синостозной лобной плагиоцефалии.

3. Разработать малоинвазивный метод пластики расщелины неба у больных при синостозной лобной плагиоцефалией с применением сетчатого никелида титана.

4. Определить причины осложнений и неудачных исходов оперативных вмешательств.

5. Внедрить в клиническую практику рациональные методы коррекции деформаций мозгового и лицевого черепа.

Научная новизна.

- Впервые в условиях Республики Таджикистан проводятся исследования по изучению патологической анатомии черепа у 37 пациентов с синостозной лобной плагиоцефалией.

- Научно обоснован алгоритм проведения ранних хирургических вмешательств, предназначенных как для коррекции мозгового, так и для лицевого черепа.

- Разработан метод малоинвазивной техники проведения пластики расщелин нёба у больных с синостозной лобной плагиоцефалией с применением сетчатого никелида титана (патент на изобретение № ТЖ 772).
- Впервые проведено сравнительная оценка использованных ранее и применяемых в настоящий момент методов лечения больных.
- Разработаны новые методы устранения деформаций мозгового и лицевого черепа у пациентов с синостозной лобной плагиоцефалией.

Практическая значимость.

- Работа имеет реальный выход в практику лечебных учреждений и её ценность состоит в разработке нового и усовершенствовании известных методов лечения больных с синостозной лобной плагиоцефалией, что позволило до минимума снизить количество осложнений, улучшить функциональные и эстетические результаты их лечение.
- Составлен и предложен алгоритм проведения хирургических вмешательств по коррекции мозгового и лицевого черепа. Совершенствованы методы хирургических операций на губе и нёбе. Предлагается малоинвазивный метод пластики расщелин нёба у этой категории больных с применением сетчатого никелида титана.
- Для практического здравоохранения предлагается усовершенствованный блок предложений по медицинской, психологической и социальной реабилитации больных с краниостенозами.

Положения, выносимые на защиту.

1. Изучено патологическое состояние костей черепа у больных с синостозной лобной плагиоцефалией и особенностей клинического проявления сопутствующей ей расщелины нёба способствуют, определит объём предстоящих хирургических вмешательств и составлять алгоритм их проведение.

2.Обоснование и проведение ранних хирургических вмешательств по коррекции мозгового и лицевого черепа, повышают эффективность лечения больных с синостозной лобной плагиоцефалии и оптимизируют ее результаты.

3.Разработанные методы коррекции деформации мозгового и лицевого черепа расширили арсенал хирургических вмешательств используемых для этих целей и совершенствуют тактику курации больных с синостозной лобной плагиоцефалией.

Внедрение результатов диссертационного исследования.

Результаты диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность научно-практического центра медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы г. Москвы, отделения нейрохирургии детской городской клинической больницы № 9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы, отделения детской нейрохирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан.

Материалы диссертационного исследования используются при проведении практических, семинарских занятий и лекционного курса при обучении студентов старших курсов лечебных и стоматологических факультетов РНИ МУ, ТГМУ им. Абуали ибни Сино, а также ординаторов, аспирантов, курсантов кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУИПО в СЗ РТ.

Степень достоверности и апробация результатов. Достоверность полученных результатов обусловлена применением в достаточном объеме адекватных методов исследования и статистики у конкретного количества курируемых больных, а также согласованностью с результатами опубликованных ранее исследований по данному направлению. Материал и основные положения работы доложены и обсуждены на: VI-ом Международном Симпозиуме «Актуальные вопросы детской черепно-лицевой хирургии и нейропатологии» (Москва, 2008 г). III

Всероссийской научно-практической конференции. «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей актуальные вопросы комплексного лечения» (Москва, 2009 г). Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Медицинские материалы и имплантаты с памятью формы в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии» посвященной 24-летию Государственной независимости Республики Таджикистан (Душанбе, 2015). На совместном заседании кафедр челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией, и кафедра нейрохирургии Таджикского государственного медицинского университете им. Абуали ибни Сино, а также на межкафедральном экспертном Совете по стоматологическим дисциплинам ГОУ ИПО в СЗ РТ.

Личное участие автора в разработке проблемы. Личный вклад автора заключается в проведении подробного обзора отечественных и зарубежных литературных источников по теме диссертационного исследования.

Самостоятельно проводил осмотр и клиническое обследование всех курируемых им больных, непосредственно осуществлял хирургические вмешательства по коррекции деформаций мозгового и лицевого черепа, а также пластику расщелины нёба с применением разработанного им метода. Проводил динамическое наблюдение за пациентами в ближайшие и отдаленные сроки после проведения операций. Обработка и интерпретация полученных результатов выполнено лично автором. Все главы написаны автором самостоятельно.

Публикации: По теме диссертации опубликовано 13 работ, из них 4- в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ. Получен 1 патент на изобретение.

Связь исследования с проблемными планами: Работа выполнена по плану научно-исследовательских работ ГОУ ИПО в СЗ РТ. Номер государственной регистрации: № ГР – 0114ТJ00377

Структура и объем диссертации: Диссертация изложена на 110 страницах, и состоит из введения, внедрения, 4-х глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

Работа содержит 61 рисунок, 4 таблиц, библиографический указатель включает 128 работ, из них 71 иностранной печати.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Основу диссертационного исследования составили результаты лечения 37 пациентов с синустозной лобной плагиоцефалией. Все пациенты находившихся на обследовании и лечении в отделении нейрохирургии Научно-Практического Центра медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы (г. Москва), а также в отделении детской нейрохирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан в период с 2009 г. по 2015 г. Из общего количества больных девочек было - 18 (48,7%) , мальчиков-19 (51,3%). Возраст пациентов от 2 недель до 17 лет. Период наблюдения охватывал до 3-х лет.

Таблица 1. Распределение обследованных больных по полу и возрасту.

Характер деформации	Количество	Возраст	Пол
Плагиоцефалия	37 пациентов	2 нед. - 17 лет	19 мальчиков (51,3%) 18 девочек (48,7%)

Из общего количества клинически обследованных больных у 7 (18,9%) гемикоронарный синустоз сочетался с укорочением кивательных мышц. Причем у 4-х (10,8%) из них данная патология была выявлена на стороне противоположной синустозу, а у 3-х (8,1%)-на стороне синустоза.

У всех наблюдаемых нами больных предоперационная подготовка проводилась по стандартной схеме. Перед хирургическим вмешательством у девочек старше 5-6 лет волосы на голове выбривали в виде дорожки в ширину 3 см по проекции коронарного шва, простирающийся от одной ушной раковины до другой.

У мальчиков и девочек младше 5-6 лет волосы на голове сбривали полностью. Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. У пациентов, имеющих гипертензию внутричерепного давления, предварительно проводили люмбальную пункцию.

Как правило, бикоронарный разрез проводили по подготовленной выбритой дорожке, как уже было упомянуто выше, от одной ушной раковины до другой несколько позади коронарного шва. При необходимости проведения круговой орбитотомии концы бикоронарного разреза продлевали до нижнего края козелка ушных раковин.

Если синостозная лобная плагиоцефалия у больных сочеталась с врождённой расщелиной нёба, то к пластическому её восстановлению приступали отдельно, после проведения хирургической коррекции черепно-лицевой деформации. Такая тактика с одной стороны была обусловлена тем, что само содержание краниопластики относится к разряду травматичных и длительных по времени проведения хирургических вмешательств. С другой стороны, как показывают клинические наблюдения, у данной категории больных, как правило, расщелины твердого и мягкого нёба были представлены чрезвычайно широкими и сопровождалась выраженным недостатком тканей, индекс расщелины составляет 1,5 – 2,0, при которых проведения традиционных методик была неэффективным. В таких случаях одновременное совместное проведение 2-х сложных по содержанию хирургических вмешательств в один этап считается нецелесообразными и рискованным.

Все наблюдаемые нами больные до операции осматривались мультидисциплинарной бригадой специалистов, включающей

краниофациального хирурга, нейрохирурга, челюстно-лицевого хирурга, офтальмолога, оториноларинголога, педиатра, ортодонта, невропатолога, анестезиолога, логопеда, рентгенолога, а также генетика.

Стоматологические обследования больным проводили как подготовительные мероприятия для санации полости рта к предстоящей операции, а при наличии у них расщелины твёрдого и мягкого нёба для определения индекса расщелины и индекса нёба и оценки имеющих функциональных нарушений.

Для уменьшения внутричерепного давления и кровопотери у всех больных с гипертензией непосредственно после интубации трахеи проводили люмбальную пункцию в положении пациента лёжа на боку согнутыми и приведёнными бедрами к животу с приведением головы пациента. Данная манипуляция уменьшало интраоперационно внутрижелудочковое давление, что облегчало ретракцию лобных долей головного мозга при остетомии дна передней черепной ямки.

Лечение больных с синостозной лобной плагиоцефалией

Многие пластические хирурги становятся сторонниками ранних реконструкций некоторых первичных врожденных деформаций. Это особенно важно при дефектах, которые остаются не устраненными в течение многих лет, и приводят к "вторичным" анатомическим и физиологическим нарушениям. Иногда они возникают в нормальных частях патологически гипоплазированной области, когда прилежащая нормальная часть постепенно деформируется нормальными силами роста. Примером может служить ГКС черепа и возникающая при этом плагиоцефалия. Известно, что одиночный синостоз черепа, которым и является ГКС, не изменяя роста и массы головного мозга приводит к изменению его формы. При раннем закрытии коронарного шва, компенсаторно появляются вторичные лобные и затылочные выбухания. Кроме этого, деформация, в данном случае, распространяется на структуры лицевого скелета - компенсаторно опуская глазницу на "не пораженной" стороне. В этой связи становится понятным,

что прогрессирующая деформация растущего черепа должна быть исправлена в максимально раннем возрасте. Должно быть ясно, что коррекция даже простого синостоза предпринимается для исправления функциональных и эстетических проблем. Однако, проведение только линейной краниоэктомии (выкусывание “дорожки” в области синостоза) неэффективно для устранения уже возникшей деформации. Форму черепа можно кардинально изменить, только проведя остеотомию и реконструкцию деформированных участков.

Кроме того, у 3 (8,1%) больных, когда синостозная лобная плагиоцефалия сочеталась с врождёнными расщелинами твёрдого и мягкого нёба, восстановление её целостности проводилось с использованием разработанного нами метода. Обоснованием к его применению явилось значительной недостаток объёма тканей при индексе расщелины 1,5 – 2,0. Хирургические вмешательства этим больным проводили отдельным этапом под общим обезболиванием после проведения основной коррекции деформации черепа. При этом раневая поверхность до формирования оптимального свода нёба велась закрытым путём с использованием защитной пластинки. Прооперированным больным в послеоперационном периоде с целью профилактики общих и местных осложнений назначали антибиотики согласно чувствительности. Кроме того они получали десенсибилизирующие, общеукрепляющие лечения.

Результаты исследования и обсуждения

Лечение больных с синостозной лобной плагиоцефалией согласно проведенному исследованию показали хорошие результаты. В послеоперационном периоде у всех наблюдаемых нами больных отмечено первичное заживление раны. В первые сутки после проведения хирургического вмешательства у 2 (5,4%) больных под кожным лоскутом были обнаружены гематомы, которые были, эвакуировали без каких-либо дальнейших осложнений.

У 29 (78,37%) больных в отдаленные сроки после операции на волосистой части головы были отмечены гипертрофия рубцов, которые удобно маскировались под волосами.

Известно, что у больных с синостозной лобной плагиоцефалией при проведении реконструктивных операций, расширение черепной ямки выполняется с одномоментным выдвижением лобной кости. Данная тактика способствует к ушиванию бикоронарного лоскута под некоторым натяжением, что в дальнейшем приводит к образованию гипертрофических рубцов.

Кроме того у 1(2,7%) пациента с брахиоцефалией и орбитальным гипертелоризмом после проведения круговой орбитотомии получено усугубление состояния сходящегося косоглазия. Однако спустя 3 года после проведения хирургического вмешательства повторный осмотр не выявил глазо-двигательных нарушений.

У 1 (2,7%) больного с краниостенозом сочетающейся с гипертелоризмом в послеоперационном периоде отмечалась назальная ликворея связанная с повреждением твердой мозговой оболочки при мобилизации её от ситовидной пластинки. У другого пациента во время операции случайно было перфорирование слизистой оболочки носа. В обоих случаях глухое ушивания повреждений, а также последующее проведение симптоматического лечения приводило к купированию процесса ликвории.

В таблице № 2 представлены частота и виды наблюдаемых нами осложнений после проведения реконструктивных операций у больных с синостозной лобной плагиоцефалией.

Частота и виды осложнений у больных после реконструктивных вмешательств.

Таблица № 2

1.	Гематома	2 (5,4%)
2.	Гипертрофия рубца	29 (78.37%)
3.	Ликворея	1 (2,7%)
4.	Нарушение целостности надкостницы глазницы	3 (8,1%)

Следует отметить, что проведение остеотомии или удаления дна передней черепной ямки у больного может привести к скоплению воздуха в эпидуральном пространстве и возникновению таких грозных осложнений как менингит, остеомиелит. Эти осложнения наблюдаются непосредственно в ближайшем послеоперационном периоде и связаны с повышением атмосферного давления в рото-носовой области тампонами используемые для их obturации. При этом воздух прорывается через слизистую носа и глотки и скапливается в эпидуральном пространстве, который в дальнейшем может привести к развитию пневмокраниума. Для его предотвращения во время операции ротовая полость должна быть открытой или же носовая находиться в функциональном состоянии.

При синостозной лобной плагиоцефалии односторонняя коррекция проведена у 2-х больных (5,4%), у всех остальных пациентов был использован метод двухсторонней коррекции. Однако у одного пациента в возрасте 1 года после проведения односторонней коррекции потребовалось проведение второй операции – двухстороннего выдвижения верхнеглазничных краев с ремоделированием лба. Контрольный осмотр этого же пациента через 4 года выявил удовлетворительное состояние формы черепа.

У второго пациента в возрасте 5 месяцев выполнялось одностороннее выдвижения верхне-глазничного края глазницы и ремоделирование лба с хорошим функционально-эстетическим результатом, что в последующем отсутствовала необходимости проводить, какую либо дополнительную коррекцию.

Во всех остальных случаях независимо от возраста пациентов проводилось двухстороннее выдвижение верхне-глазничных краев и ремоделирование лба с выкраиванием костного лобного бандо.

Фиксацию костных фрагментов в новом положении осуществляли с использованием минипластин и минишурупов, которых удаляли детям до 1 года в среднем через 3-4 месяца остальным через 6 месяцев. Осложнения в виде нарушения целостности надкостничного мешка содержимого глазниц с выпучиванием в рану жировой клетчатки было отмечено у 3 больных (8,1%). При этом выпученный жир маленькими порциями возвращали в мешок, дефект надкостницы ушивали викриловыми швами.

В послеоперационном периоде нами у больных ни в одном случае не было отмечено инфицирование раны, что было обеспечено тщательным разделением внутричерепной и носовой полостей с использованием слизисто-надкостничных лоскутов носовых костей и остотомией пирамидки носа в области ситовидной пластинки. Такая тактика надежна, создавало условия для адекватного разделения полостей.

В профилактике инфекционных осложнений огромную роль играет и активное дренирование эпидурального пространства. Для этого устанавливаемые нами в передней черепной ямке силиконовых трубки с активной эвакуацией там, скопившихся жидкостей оказались весьма полезными и необходимыми. Данная манипуляция обеспечивала нам исключать скопления раневой жидкости столь важного для размножения бактерий и сузить пространство за счет создаваемого отрицательного давления, позволяющего улучшить регенераторные процессы. Кроме того

они позволяли адекватно промывать антисептическими растворами возникшие во время операции мертвое пространство.

У 3-х (8,1%) больных когда синостозная лобная плагиоцефалия сочеталась со сквозными расщелинами твердого и мягкого неба, когда имелся огромный дефицит тканей, которая позволяла, проводить традиционную пластику нёба, при индексе расщелины 1,5-2,0 разработанная нами методика с применением сетчатого никелида титана показала высокую свою эффективность. Регенерация поверх материала в виде наплыва тканей неба от периферии к центру начиналась на 2-3 сутки после операции и завершалась полным закрытием имплантационного материала на 10-12 сутки.

Результаты проведенных хирургических вмешательств по пластическому восстановлению целостности твердого и мягкого неба у больных с синостозной лобной плагиоцефалией показали свое эффективное превосходство. У всех больных были получены полноценное «длинное нёба» с восстановлением затворной функции небного кольца, восстановление речи, глотания и жевания. Ни в одном случае нами не были выявлены, какие либо осложнения кроме синюшности цвета слизистой неба, которая сохранялась течение 6 месяца и 1 года, и проходила самостоятельно по истечению указанного срока.

ВЫВОДЫ

1. Полноценное выявление функциональных и эстетических нарушений при синостозной лобной плагиоцефалии устанавливается при проведении комплексного мультидисциплинарного обследования больных включая клинического, рентгенологического, МРТ и МСКТ исследование, фотографирования лица в различных проекциях при наличии у них расщелины нёба определение ее индекса.

2. Детальное изучение характера синостозирование швов свода черепа у больных с синостозной лобной плагиоцефалией позволяет выбрать адекватный метод хирургической коррекции и составить его алгоритм.
3. Разработанный малоинвазивный метод пластики широких расщелин неба с применением сетчатого никелида титана у больных с синостозной лобной плагиоцефалией, позволяет более качественно и надёжно восстанавливать целостность неба.
4. Тщательное разделение внутричерепной и носовой полостей во время операции, активное дренирование эпидурального пространства, рациональная антибиотикотерапия, соблюдение алгоритма проведения хирургического вмешательства позволяет до минимума снизить количество осложнений и неудачных его исходов.
5. Разработанные способы остеотомии и ремоделированием черепа, у больных с синостозной лобной плагиоцефалией позволяют полноценно устранять деформацию мозгового и лицевого черепа.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Дифференциальный диагноз различных форм плагиоцефалии рекомендуем проводить с выявлением гемикоронарного, гемилямбовидного и метопического синостоза. При этом объём оперативного вмешательства следует составлять в зависимости степени выраженности деформации с ее минимизацией при микроцефалии.
2. Пациентом с синостозной лобной плагиоцефалией в возрасте старше 1 года всегда следует проводить двухстороннюю коррекцию с ремоделированием лба и глазницы.
3. Пластику широких расщелин неба у больных с синостозной лобной плагиоцефалией целесообразно проводить с использованием сетчатого никелида титана.
4. Выполнение люмбальной пункции после введения в наркоз и до начала операции дает возможность минимизировать кровотечение и облегчает

проведение диссекции твердой мозговой оболочки от внутренней поверхности черепной коробки.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Бельченко В.А., Цыганова Н.А., Притыко А.Г., Хаджаев З.М. Преимущества использования костной стружки мембранозного происхождения, смешанной с венозной кровью пациента, для закрытия небольших послеоперационных дефектов костей свода и основания черепа. Журнал «Стоматология детского возраста и профилактика» (рецензируется ВАК). 2006., № 3-4., с 39-41.
2. Бельченко В.А., Притыко А.Г., Хелминская Н.М., Рабухина Н.А., Хаджаев З.М. Клинико-рентгенологические характеристики синостозной лобной плагиоцефалия. Журнал «Вестник рентгенологии и радиологии» (рецензируется ВАК). 2008 г., № 2, с. 10-14.
3. Бельченко В.А., Притыко А.Г., Асадов Р.Н., Хаджаев З.М. Использование костной стружки мембранозного происхождения для закрытия небольших послеоперационных дефектов костей свода и основания черепа. Материалы VI Международного симпозиума «Актуальные вопросы черепно-челюстно-лицевой хирургии и нейропатологии», Москва. 2008г., с.47.
4. Бельченко В.А., Притыко А.Г., Асадов Р.Н., Хаджаев З.М., Дистракционный остеосинтез при лечении детей с синдромальными формами краниосиностозов. Материалы VI Международного симпозиума «Актуальные вопросы черепно-челюстно-лицевой хирургии и нейропатологии», Москва. 2008г., с. 47.
5. Бельченко В.А., Притыко А.Г., Хаджаев З.М. Лечение больных с синостозной лобной плагиоцефалией. Материалы III Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная

- патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. Москва. 2009 г., с. 33.
6. Бельченко В.А., Притыко А.Г., Фурман М., Ходжаев З.М. Функциональные нарушения при краниосиностозах. Материалы III Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. Москва. 2009 г., с. 35-36.
 7. **Бельченко В.А., Притыко А.Г., Асадов Р.Н., Ходжаев З.М. Лечение детей с синостозной лобной плагиоцефалией. Журнал «Стоматология детского возраста и профилактика». (рецензируется ВАК). Москва, 2009 Том VIII, 1(28), с.31-36.**
 8. **Ходжаев З.М. Особенности лечения детей с синостозной лобной плагиоцефалией. Журнал «Вестник педагогического университета». Душанбе-2015 №2 (63-2), с. 222-225.**
 9. Ходжаев З.М., Бельченко В.А., Бердиев Р.Н. Использование мембран, изготовленных из костных стружек, для закрытия небольших послеоперационных дефектов костей свода и основания черепа. Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 24-летию Государственной независимости Республики Таджикистан. Душанбе, 18 сентября 2015г. с. 131-132.
 10. Ходжаев З.М., Бельченко В.А., Бердиев Р.Н. Дистракционный остеосинтез при лечении детей с синдромальными формами краниосиностозов. Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 24-летию Государственной независимости Республики Таджикистан. Душанбе, 18 сентября 2015г. с.133.
 11. Ходжаев З.М., Начбиддинов М.Д., Ризоев И.М. Тактика лечения больных с синостозной лобной плагиоцефалией. Материалы республиканской научно-практической конференции с

международным участием, посвященной 24-летию Государственной независимости Республики Таджикистан. Душанбе, 18 сентября 2015г. с.134-136.

12. Ходжаев З.М., Каримходжаев Н. Особенности хирургической тактики устранения врожденных сквозных расщелин неба у больных с синостозной лобной плагиоцефалией. Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 24-летию Государственной независимости Республики Таджикистан. Душанбе, 18 сентября 2015г. с.137-138.
13. Ходжаев З.М., Шакиров М.Н., Джонибекова Р.Н., Абдурахимов А.Х., Мангутов И.Х., Олимов А.М. Хирургия врожденных расщелин неба у больных с различными формами краниостенозов с применением сетчатого никелида титана. Материалы конференции биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в челюстно – лицевой хирургии и онкологии. Красноярск–Томск 2016 г., с.222 – 224.