

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ



Первый заместитель Министра

Д. Л. Пиневиц

«*15 июля*» 2018 г.

Регистрационный № *084-0718*

**МЕТОД КРАНИОПЛАСТИКИ**  
(инструкция по применению)

**УЧРЕЖДЕНИЕ - РАЗРАБОТЧИК:**

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

**АВТОРЫ:**

д.м.н., профессор О.П. Чудаков; Се Суюкай

Минск, 2018

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д. Л. Пиневиц  
07.09.2018  
Регистрационный № 084-0718

**МЕТОД КРАНИОПЛАСТИКИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Белорусский государственный  
медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. О. П. Чудаков; Се Сьюйкай

Минск 2018

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод краниопластики, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на лечение пациентов, страдающих травматическими дефектами костей лицевого и мозгового черепа.

Инструкция предназначена для врачей-анестезиологов, врачей-стоматологов-хирургов, врачей-челюстно-лицевых хирургов, врачей-нейрохирургов и врачей-реаниматологов учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам с травматическими дефектами костей лицевого и мозгового черепа в стационарных условиях.

### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

1. Титановый имплантат в виде перфорированной пластины BT1-00 (ГОСТ 19807-91).
2. Шовный материал, инструменты для наложения швов.
3. Наконечник с дисковыми пилами, костный распатор.
4. Стоматологический угловой наконечник для боров со скоростью 400,000 об/мин, установка для бормашины, фрезы или боры.
5. Хлоргексидин биглюконат или аналог, новокаин гидрохлорид или аналог, бриллиантовый зеленый или аналог.
6. Дыхательный аппарат для общей анестезии; лекарственные средства для общей анестезии — закись азота, галотан, тиопентал натрий, кетамин.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Показаниями для применения метода являются следующие клинические ситуации:

- перелом основания черепа (S02.1);
- перелом других лицевых костей и костей черепа (S02.8);
- перелом костей глазницы (S02.1, S02.3, S02.8);
- перелом костей носа (S02.2);
- перелом скуловой кости и верхней челюсти (S02.4);
- множественные переломы костей черепа и лицевых костей (S02.7).

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

1. Острая сочетанная черепно-мозговая травма и черепно-челюстно-лицевая травма тяжелой степени.
2. Сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации.
3. Заболевания крови с гипокоагуляцией.
4. Заболевания или патологические состояния и иные противопоказания, соответствующие таковым для применения лекарственных средств и медицинских изделий, необходимых для реализации метода, изложенного в настоящей инструкции.

## ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Методы, изложенные в настоящей инструкции, выполняются в несколько этапов:

1. Предоперационная подготовка: снятие повязки, освобождение от одежды, определение артериального давления, осмотр пациента.

2. Положение пациента на операционном столе — лежа на спинке с валиком под шейей.

3. Выполнение обезболивания.

Под эндотрахеальным наркозом или инфильтрационной региональной анестезией с премедикацией нейролептаналгезией или атаралгезией и 0,5 % раствором новокаина гидрохлорида (или аналог) в количестве 40 мл с целью гидравлической препаровки тканей.

4. Выполнение хирургической операции:

- по периметру дефекта или старому посттравматическому рубцу производят послойно разрез мягких тканей до кости. При помощи кровоостанавливающего зажима «москито» послойно раздвигают мягкие ткани. Созданный кожно-апоневротический лоскут отворачивают по направлению надбровных дуг, удерживая его крючками за края раны;

- по периметру дефекта костей черепа при помощи распатора отслаивают надкостницу на расстоянии от 1,0 до 1,5 см. При помощи фрезы или фиссурного твердосплавного бора «освежают» края костного дефекта, свободные от надкостницы. Для исключения дополнительной травматизации окружающей надкостницы, ее удерживают микрохирургическими крючками для разведения краев раны. Затем проводят инстилляцию операционной раны водным 0,05 % раствором хлоргексидина биглюконата (или аналог);

- титановый имплантат укладывают на «освеженные» края костного дефекта поднадкостнично по принципу «вложения в конверт». Для обеспечения достаточной стабильности при первичной фиксации титанового имплантата накладывают крест-накрест два лигатурных шва из рассасывающегося монофиламентного материала с периодом рассасывания 180 сут, что соответствует сроку формирования молодого костного регенерата. Это обеспечивает в процессе вживления дополнительную биологическую фиксацию титанового имплантата за счет репаративной регенерации костной ткани;

- кожно-апоневротический лоскут укладывают на место и послойно фиксируют отдельными узловыми швами.

5. Манипуляции после хирургической операции.

В область послеоперационной раны между швами вводят дренажи из стерильной перчаточной резины, которые удаляют на 2-е сут после хирургической операции. На послеоперационную рану накладывают повязку.

6. Манипуляция в послеоперационном периоде.

Швы снимают на 8–10-е сут.

## **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

При соблюдении перечня названных показаний и противопоказаний, а также точном выполнении техники вышеуказанного вмешательства, изложенных в инструкции, осложнения исключены.