

Севастопольское государственное бюджетное
образовательное учреждение профессионального образования
«Севастопольский медицинский колледж им. Жени Дерюгиной»

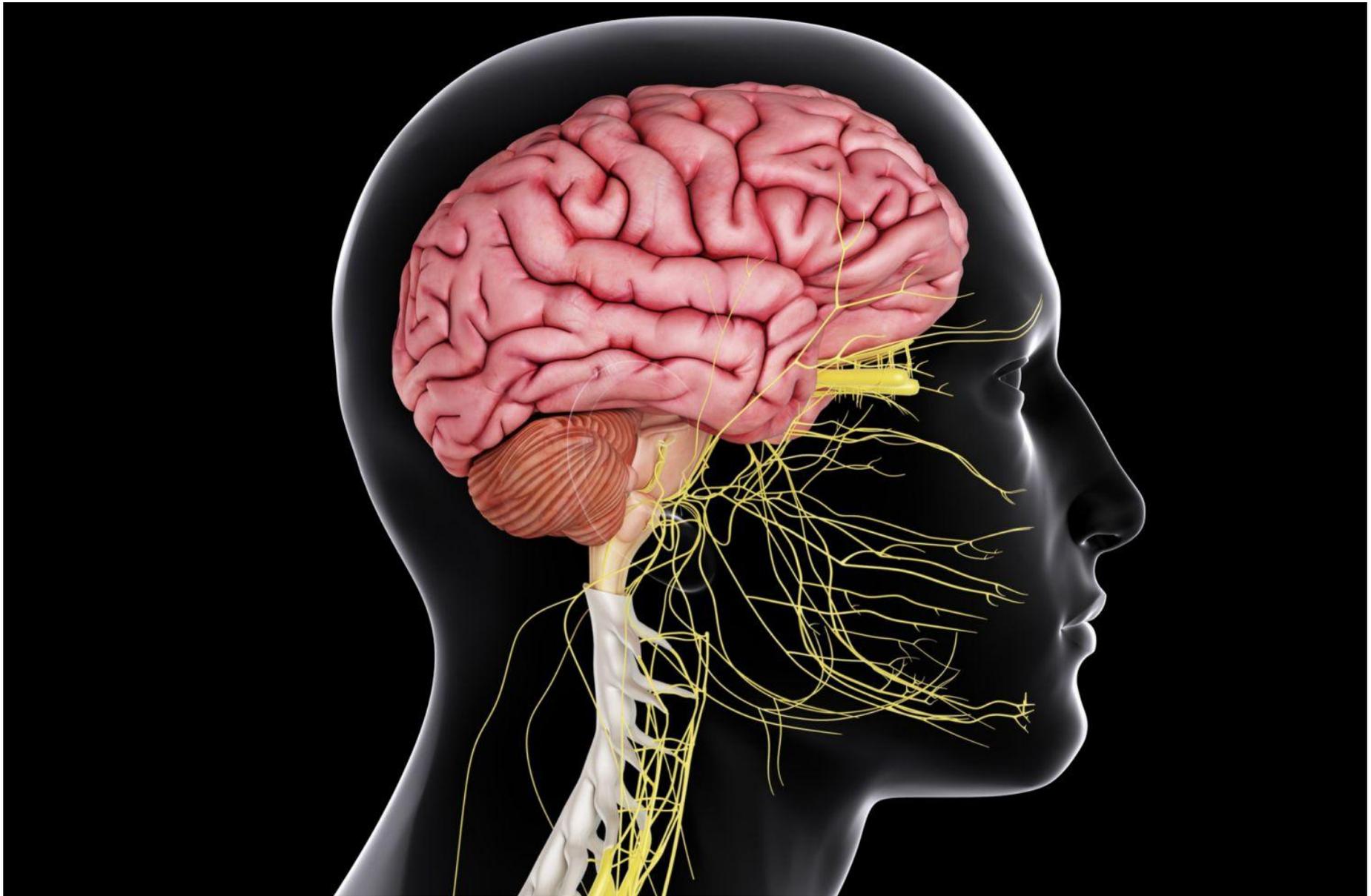
Диагностика в хирургии

Лекция по теме:
Хирургические заболевания головы и
шеи.

Преподаватель
Проурзина А.Д.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

- Головной мозг – главный орган ЦНС. Он контролирует всю деятельность организма человека – как произвольную, так и непроизвольную.
- Выделяют три основных отдела головного мозга: мозговой ствол, мозжечок и большой мозг.
- Мозг состоит из двух полушарий – правого и левого, соединенных между собой мозолистым телом, он определяет интеллект и личность человека, а также двигательные и чувствительные функции.



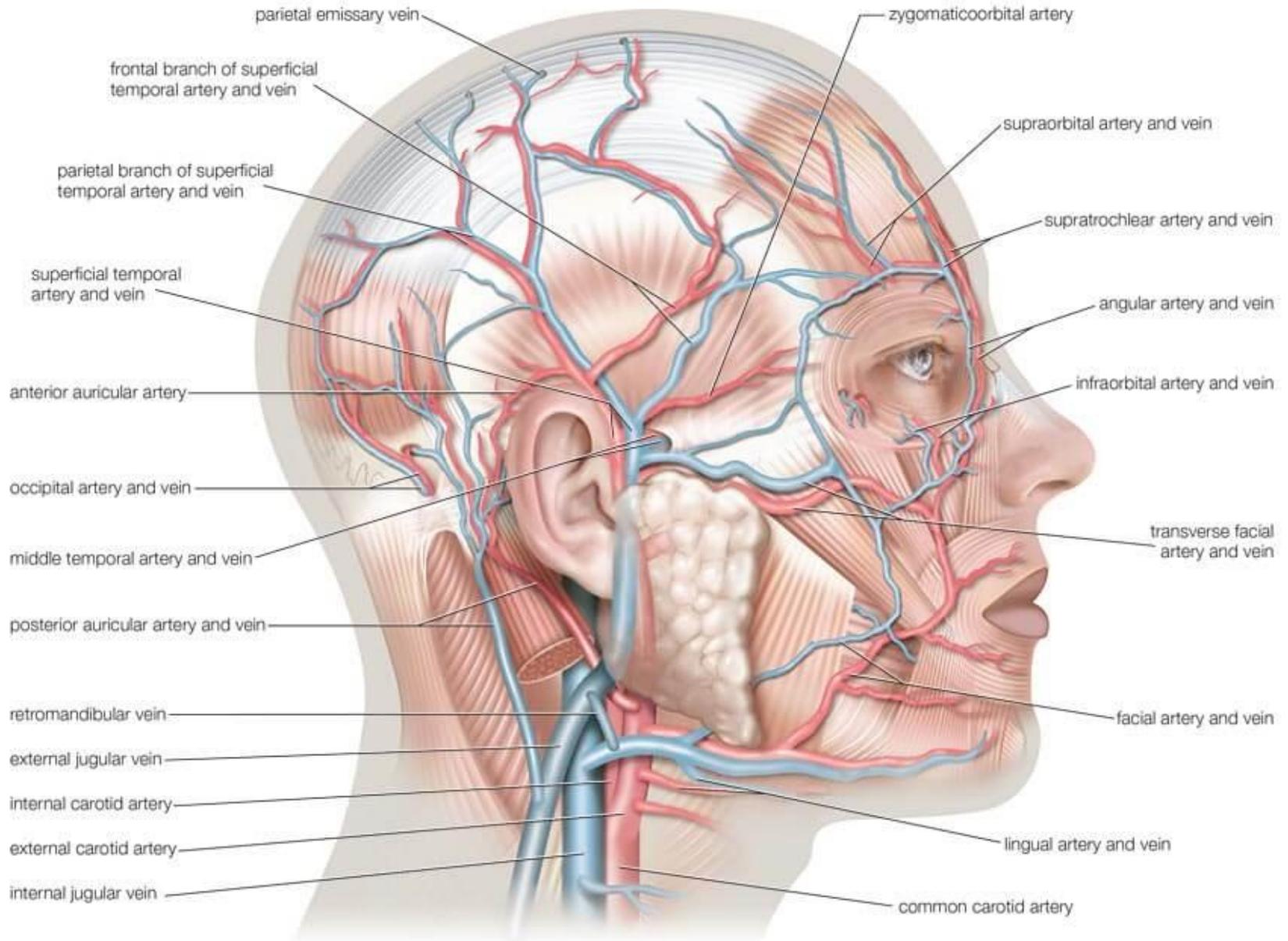
- Мозжечок расположен кзади и ниже большого мозга. Главная его функция – поддерживать тело в определенном положении и координировать движения.
- Ствол мозга – самое древнее образование головного мозга. Состоит из промежуточного, среднего мозга, моста и продолговатого мозга. Он связан с большим мозгом, мозжечком, спинным мозгом проводящими путями.
- Ствол мозга управляет такими жизненно важными функциями, как дыхание, кровообращение, пищеварение

- Масса мозга – 2% от массы тела, при этом мозг забирает на себя 15% сердечного выброса и 20% поглощенного в легких кислорода.
- Головной мозг находится в полости черепа: ткань мозга составляет 80%, кровь – 10%, ликвор – 10%.
- Передненижний отдел головы занимает лицо. Остальная часть подразделяется на свод и основание черепа, содержащие головной мозг со всеми оболочками.

- В коже лица находятся чувствительные окончания тройничного нерва. Поверхностно лежат мимические мышцы, иннервируемые ветвями лицевого нерва. Глубокие отделы лица расположены кнутри от ветви нижней челюсти, здесь находятся жевательные мышцы, иннервируемые ветвями нижнечелюстного нерва.
- Кровоснабжение лица осуществляется преимущественно из бассейна наружной сонной артерии, многочисленными ветвями верхнечелюстной, поверхностной височной, лицевой артерий и некоторых других.

- Венозный отток от мягких тканей лица, полости носа, рта и глотки осуществляется в бассейн позади челюстной вены, наружной и внутренней яремных вен.
- Лимфоотток от кожи лица, от слизистых оболочек полости рта, носа и глотки, от слюнных желез, от придаточных пазух, от слезной железы осуществляется по лимфатическим сосудам вдоль кровеносных сосудов в различные группы лимфатических узлов головы и шеи.

Superficial arteries and veins of face and scalp



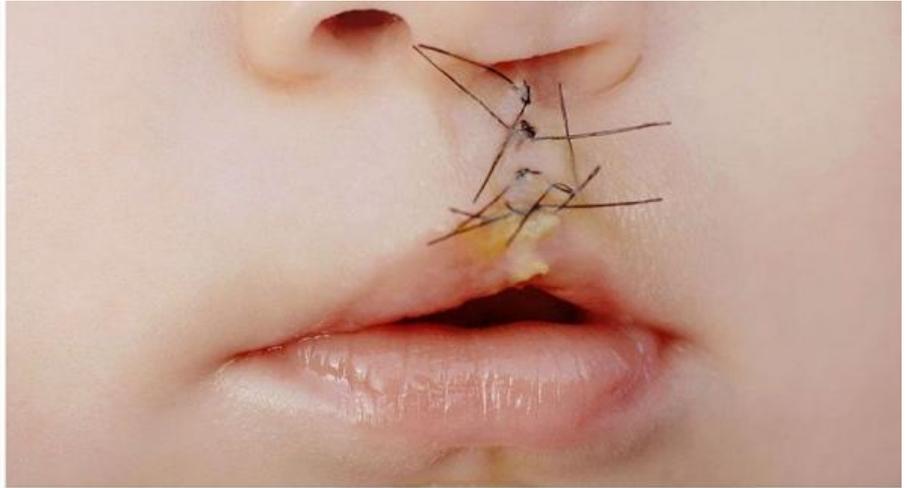
МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

- Методы клинического исследования разделяют на основные и дополнительные. Основные состоят из выяснения жалоб, тщательного сбора анамнеза, в том числе развития заболевания, проводимого ранее лечения, его эффекта.
- Важны все данные анамнеза жизни, перенесенных и сопутствующих болезней.

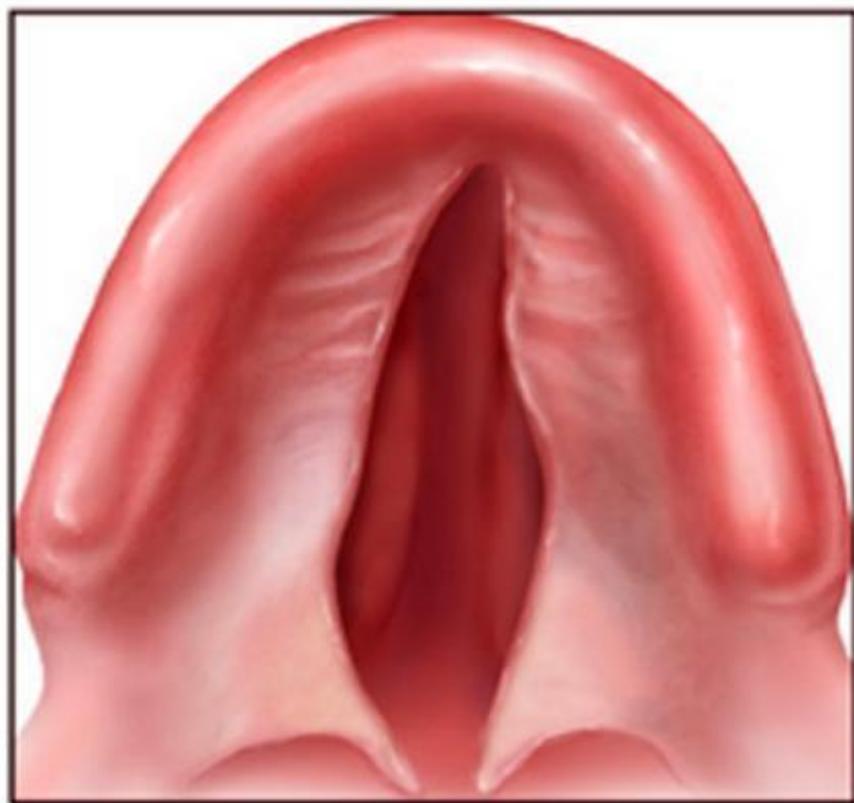
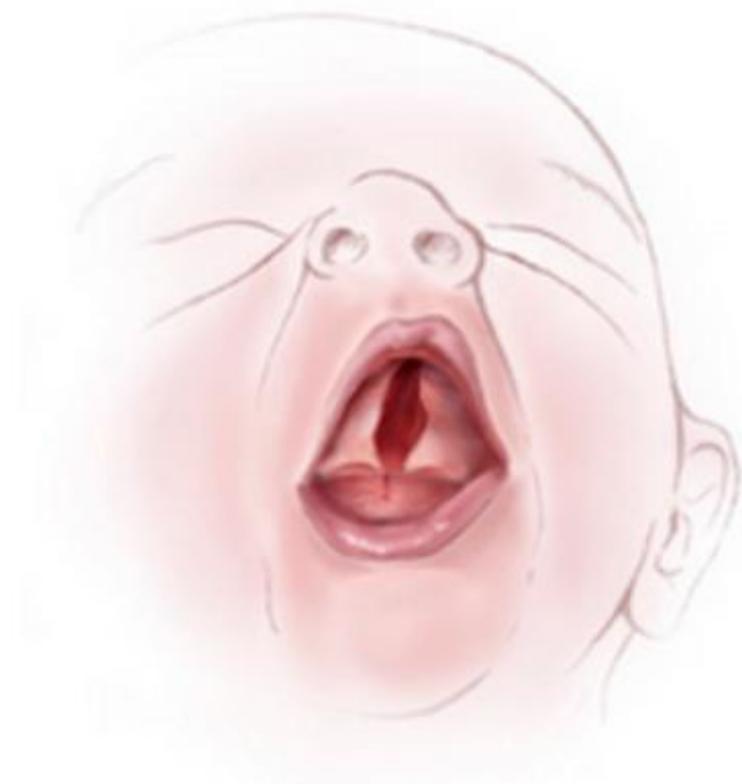
- Объективное обследование больного включает наружный осмотр лица и шеи, пальпаторное исследование околочелюстных мягких тканей, органов и костей лицевого и мозгового отделов черепа, определение функций открывания и закрывания рта, движений в височно-нижнечелюстных суставах, осмотр, пальпацию полости рта и ее составляющих, пальпацию и перкуссию зубов.
- К дополнительным относятся различные инструментальные (рентгенологический, КТ, МРТ, электромиография, ангиография) и лабораторные методы исследования.

ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛИЦА, ПОЛОСТИ РТА

- К врожденным порокам развития лица, полости рта относят врожденные расщелины лица, синдром I – II жаберных дуг и др.
- Врожденные расщелины верхней губы, «заячья губа» - самая распространенная врожденная патология (1:800, 1:1000 новорожденных). Точной причины возникновения данного заболевания на сегодняшний день не известно. Клинически это проявляется несращением тканей верхней губы. Лечение данной патологии только хирургическое. Проводится в первый месяц жизни ребенка, если позволяет общее



- Врожденные расщелины нёба «волчья пасть» – распространенность 1:800-1:1000, встречаются изолированные и вместе с расщелиной верхней губы. Лечение этой патологии также только хирургическое. В последнее время проводится в два этапа. В первый год жизни ребенка осуществляется пластика мягкого неба, а после 10-12 лет твердого неба.

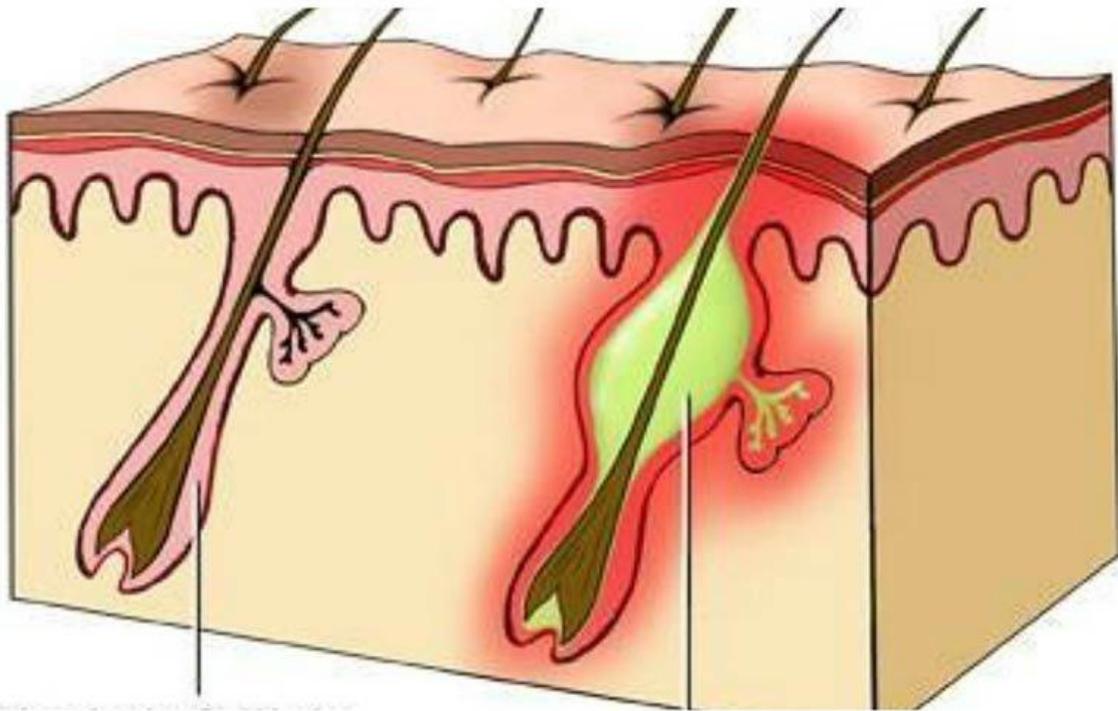


- Синдром I – II жаберных дуг – нарушение развития структурных элементов лица, которые формируются из I и II жаберных дуг.
- Ведущим симптомокомплексом заболевания является нарушение развития уха, нижней челюсти – от нарушения формы ушной раковины до полного ее отсутствия с атрезией слухового прохода, снижением слуха, односторонней нижней микрогнатией.
- Могут наблюдаться асимметрия верхней челюсти, языка, микрофтальмия и др. Лечение хирургическое.



ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

- Чаще всего на лице формируются фурункулы – наиболее типичная локализация – верхняя губа, подбородок, лоб, порог носа.
- В подбородочной области несколько фурункулов могут образовать карбункул.
- Наиболее опасны фурункулы верхней губы, так как возможно развитие флегмита вен лица.



- Тромбоз вен облегчается особенностями строения губы, где мало клетчатки и много переплетающихся и соединенных с кожей мышечных пучков. При воспалении легко происходит сжатие начальных мышечных вен и их тромбирование.
- Флебит поднимается по угловой вене и проникает внутрь черепа в кавернозный синус, где возможно развитие тромбоза синуса с менингитом и энцефалитом. Поэтому все пациенты с гнойно-воспалительными процессами на лице должны быть госпитализированы в стационар. Но, в большинстве случаев, фурункулы заканчиваются благополучно.



Рис. Фурункул верхней губы,
осложненный тромбофлебитом
лицевых вен.

- Абсцессы и флегмоны лица. Причины флегмон лица могут быть одонтогенными и неодонтогенными.
- Неодонтогенные флегмоны чаще бывают при инфицировании ран, попадании инородных тел.
- Чаще встречается флегмона орбиты. Характеризуется отеком век и конъюнктивы, экзофтальмом, резкой болезненностью, лихорадкой.



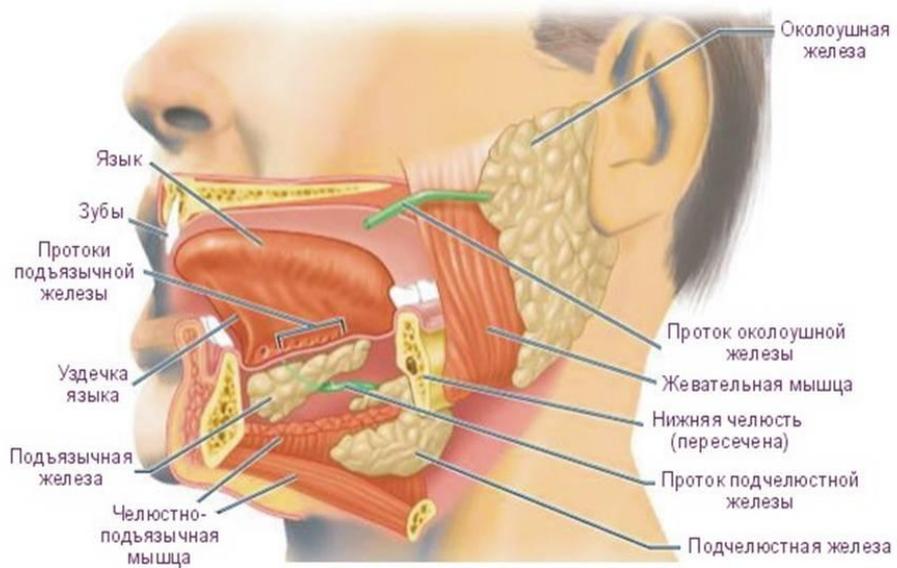
- Острый остеомиелит чаще одонтогенный, возникает при наличии инфекционного воспаления в тканях зуба и пародонта. Развивается достаточно быстро, начинается болями в причинном зубе, переходящими на всю челюсть, общей лихорадкой и развитием поднадкостничного абсцесса.
- При своевременном лечении и удалении очага инфекции (зуба) прогноз благоприятный, при отсутствии адекватного лечения возможно развитие флегмоны лица, чаще клетчаточных пространств с переходом на клетчаточные пространства шеи и в дальнейшем в средостение переднее и заднее с развитием гнойного медиастинита.



**Острый одонтогенный остеомиелит
нижней челюсти справа и флегмона подчелюстной области**

- Воспаление околоушной слюнной железы, что связано с нарушением оттока слюны вследствие слюнокаменной болезни, при общих инфекциях. Проявляется покраснением и отеком околоушной области, из протока мутная слюна с примесью гноя или белых хлопьев.

Слюнные железы



- Стоматит - это название объединяет заболевания слизистой оболочки полости рта различного происхождения и проявления.
- Причиной возникновения стоматитов могут являться различные факторы - те, которые воздействуют непосредственно на слизистую оболочку рта (местное воздействие), а также заболевания организма - болезни желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, ослабление иммунной защиты, аллергические реакции, нарушения обмена веществ и многие другие.

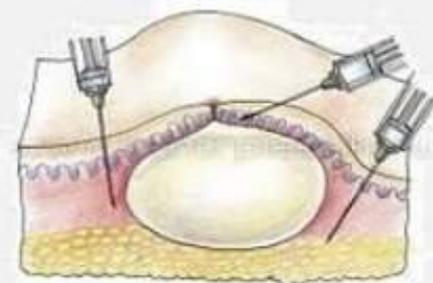
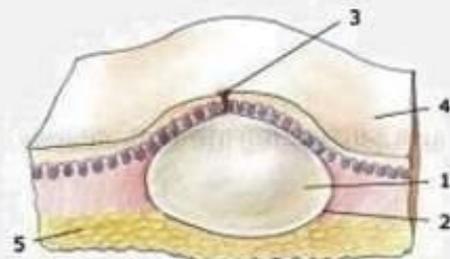


- Рожистое воспаление лица. Начинается ознобом, повышением температуры, тошнотой, затем появляется красное пятно с резко очерченными приподнятыми границами. Появляются признаки общей интоксикации организма: высокая температура, слабость, головная боль, затемнение сознания. Часто появляются пузырьки с прозрачным содержимым, которые вскрываются и на их месте образуются корочки.

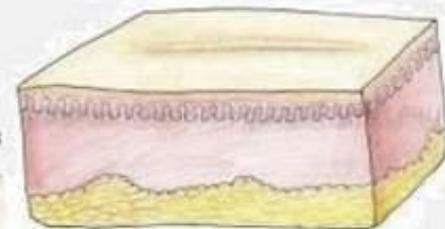
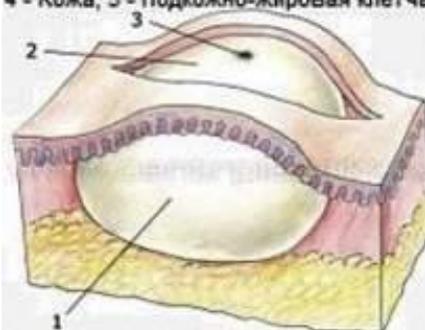


- Атерома - это киста сальной железы. Внешне похожа на опухоль. Встречается часто в среднем и преклонном возрасте. В ее капсуле не удастся найти выводного протока, и нет признаков закупоренного отверстия. Атерома может образоваться и в местах отсутствия сальных желез (например, под надкостницей теменной кости). Наконец, даже при маленьких размерах атеромы над ней на кожных покровах нет волос. Все это дает право говорить о том, что ряд атером является

- Атеромы могут быть одиночными и множественными. При маленьких размерах форма опухоли круглая, позднее она вытягивается в длину.
- Атеромы могут подвергаться нагноению. При раскрытии нагноившейся атеромы может ощущаться специфический запах, обусловленный освобождением жирных кислот. Если нагноившаяся атерома вскрывается самостоятельно, то образуется свищ, который не закрывается до удаления капсулы атеромы.
- Атерома может подвергаться обызвествлению и окостенению. Не исключена и возможность злокачественного перерождения, однако это



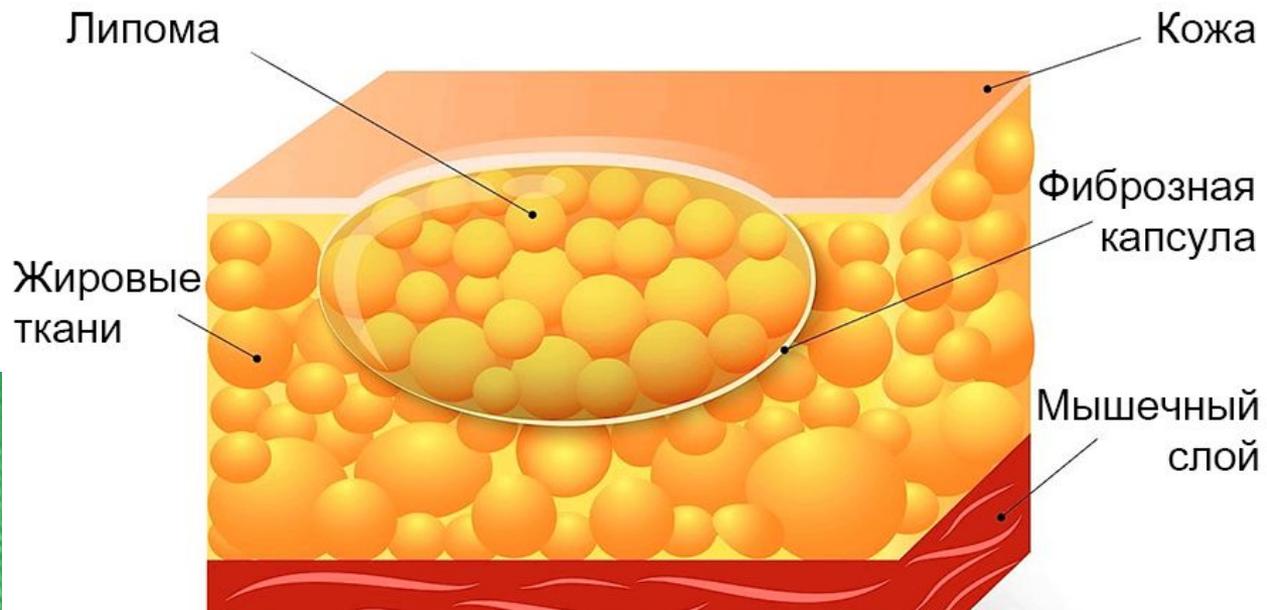
1 - Полость атеромы, содержащая желтую густую массу, которая состоит из ороговевших частиц и кожного сала; 2 - Капсула атеромы; 3 - Отверстие атеромы (бывает не всегда); 4 - Кожа; 5 - Подкожно-жировая клетчатка



1 - Атерома; 2 - Линия окаймляющего разреза кожи; 3 - Отверстие атеромы

1 - Атерома; 2 - Участок кожи, иссекаемый окаймляющим разрезом над атеромой; 3 - Здоровая кожа; 4 - Зажим, который удерживает край удаляемой кожи; 5 - Ножницы

- Липома представляет собой опухоль из жировой ткани. Наиболее типичное место ее нахождения - переднебоковая часть лба.
- Лечение оперативное. Важно убедиться в полном удалении ткани опухоли, так как могут быть рецидивы.



- Гемангиома - сосудистая опухоль.
- Главная локализация - лицо, на втором месте - покровы черепа.



ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ЕГО ОБОЛОЧЕК.

- Менингит - это воспаление мозговых оболочек. Если начальным и основным проявлением заболевания служит поражение мозговых оболочек (например, менингококковый менингит), то это первичный менингит. Вторичные менингиты развиваются как осложнение общих или местных инфекций, черепно-мозговых травм и нейрохирургических операций.

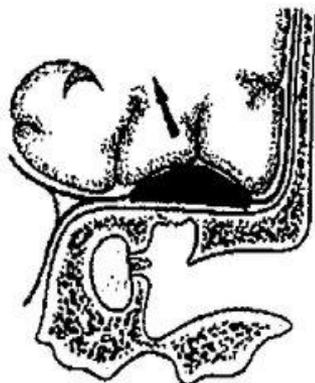
- Энцефалит - это воспаление вещества головного мозга. Первичные энцефалиты вызываются нейротропными вирусами, вторичные - развиваются как осложнение общих или местных ранений черепа и могут носить как очаговый, так и диффузный характер.
- Энцефалит может возникать вскоре после ранения (ранний энцефалит) или в более поздний период (поздний энцефалит).

- Абсцесс мозга - это ограниченное скопление гноя в мозговом веществе.
- Формирование абсцесса может быть обусловлено проникновением инфекции из среднего или внутреннего уха, придаточных пазух носа, гнойных очагов мягких тканей, остеомиелита черепа, тромбофлебита лицевых вен, открытых травм, метастатических абсцессов из внутренних органов, остеомиелита трубчатых костей, сепсиса.
- Клиническая картина проявляется общемозговыми и оболочечными симптомами

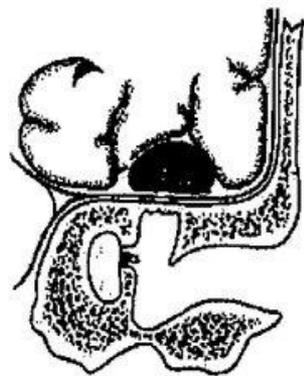
Отогенные абсцессы мозга



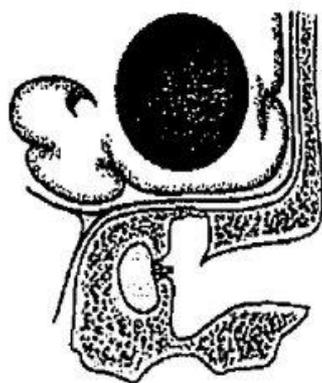
а



б



в



г

- а — открытый экстрадуральный абсцесс;
- б — закрытый экстрадуральный абсцесс;
- в — субдуральный абсцесс;
- г — внутримозговой абсцесс

Шею осматривают со всех сторон при прямом и боковом освещении. Обращают внимание на:

- форму,
- контуры,
- наличие изменений кожи,
- отечности,
- набухания вен,
- пульсации сонных артерий,
- положение гортани и трахеи, которые при необходимости исследуют пальпаторно.

- Короткая и толстая шея характерна для гиперстеников, больных ожирением, микседемой и эмфиземой легких.
- У женщин, страдающих отсутствием половой хромосомы (синдром Шерешевского-Тернера), шея также укорочена с крыловидными кожными складками, идущими от головы к плечам. При этом наблюдается низкая граница роста волос на шее сзади и более низкое, чем в норме, расположение ушных раковин.

- Утолщение шеи при обычной ее длине бывает у больных акромегалией.
- Равномерное увеличение объема шей, ее утолщение и набухание вследствие отека мягких тканей ("воротник Стокса"), чаще всего обусловлено затруднением венозного оттока при тромбозе верхней поллой вены или сдавлении ее извне, например опухолью средостения или скоплением значительного количества жидкости в полости перикарда. При этом кожа шей становится цианотичной, вены ее переполняются кровью, отек распространяется на голову и плечи.

- Утолщение шеи может быть вызвано также воспалительным отеком мягких тканей при заглоточном абсцессе, дифтерии гортани.
- Деформация шеи вследствие локальных выбуханий развивается при значительном увеличении лимфатических узлов или щитовидной железы, при развитии кисты (боковой или срединной), а также при образовании липомы.
- Скопление жировой ткани на передней поверхности шеи у тучных женщин

- К смещению гортани и трахеи в сторону могут приводить аневризма аорты, опухоль средостения, рубцовое сморщивание легкого или массивный плевральный выпот.
- Припухлость и болезненность гортани и трахеи появляются при травме или воспалительном поражении (перихондрит).

- При недостаточности аортального клапана выявляется выраженная пульсация сонных артерий («пляска каротид») у внутренних краев кивательных мышц.
- Отчетливая пульсация сонных артерий иногда заметна также при гипертонической болезни и тиреотоксикозе.

- Набухание шейных (яремных) вен, расположенных латеральнее наружных краев жевательных мышц, обычно бывает у больных с ослабленной сократительной функцией правого желудочка, недостаточностью трехстворчатого клапана, а также при уменьшении присасывающего действия грудной клетки (эмфизема легких, скопление жидкости или воздуха в плевральных полостях).
- У больных люэсом на задней и боковых поверхностях шеи иногда образуются округлые или овальные участки депигментации кожи, сливающиеся между собой в виде своеобразного ожерелья

- Усиление пигментации кожи шеи в виде воротника наблюдается у больных пеллагрой (гиповитаминоз РР).
- При раке внутренних органов на задней поверхности шеи может появиться выраженная пигментация коричневаточерного цвета, сочетающаяся с гиперкератозом кожи и образованием на ней папилломатозных разрастаний.

ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ШЕИ

- Срединная киста шеи принадлежит к аномалиям развития жаберных дуг и их производных (щитовидная и вилочковая железы). Обычно родители замечают такую кисту в возрасте 4-7 лет или позже – в 10-14 лет, что вероятно связано с гормональной перестройкой организма.

- Срединный свищ шеи – это следствие незаращения щито-язычного протока, о чем свидетельствует его связь с подъязычной костью и слепым отверстием языка (в области корня языка). Такой свищ – первичный. Свищ, сформировавшийся в результате нагноения срединной кисты – вторичный. Необходимо знать, что свищ может открыться не только на коже, но и в области корня языка или глотки и «сброс» гнойного содержимого происходить в глотку.

- Срединная киста шеи в спокойном состоянии определяется в верхней трети передней поверхности шеи (иногда в месте перехода шеи в область дна полости рта) как округлое образование. Границы его четкие, консистенция плотноэластическая или тестообразная. Образование смещается при пальпации и при акте глотания вместе подъязычной костью за счет тяжа, соединяющего кость с кистой.

- Достаточно часто срединные кисты могут нагнаиваться и воспаляться. Это может проявляться воспалительными явлениями на передней поверхности шеи с гиперемией кожи над кистой, инфильтрацией тканей, болью при глотании. Такие кисты по клиническому течению напоминают абсцесс.
- Из свища на коже (при его наличии) – гнойное отделяемое. При закрытии отверстия свища формируется абсцесса, который требует немедленного оперативного лечения и антибактериальной терапии по общим принципам лечения абсцессов.

Для диагностики срединных кист шеи применяют:

- УЗИ;
- компьютерную или магнитно-резонансную томографию;
- зондирование или фистулографию с рентгеноконтрастированием;
- диагностическую пункцию кисты.

- Боковая киста шеи. Боковые кисты шеи являются от шнуровавшимися в процессе развития ребенка остатками шейных карманов и располагаются в верхне-боковом отделе шеи по переднему краю кивательной мышцы между внутренней и наружной ветвями сонной артерии.
- Боковые свищи бывают полными и неполными (наружными и внутренними). В области верхне-бокового отдела шеи определяется округлое образование, безболезненное при пальпации, достаточно подвижное, консистенция мягкоэластическая. Кожа над образованием не изменена.

- 1, 2 — срединные кисты;
- 3 — боковая киста;
- 4 — срединная расщелина;
- 5 — дермоидная киста;
- 6 — боковой свищ;
- 7 — хрящевые остатки.

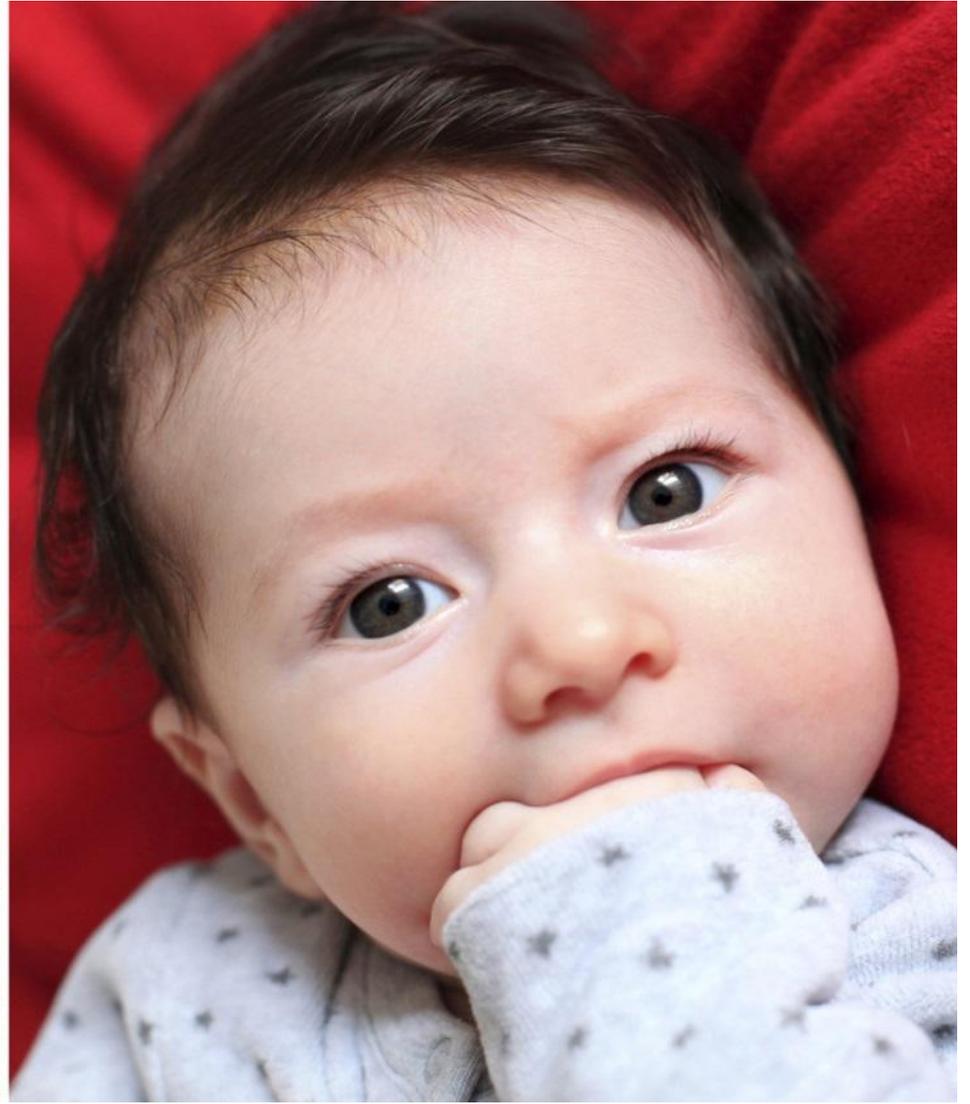
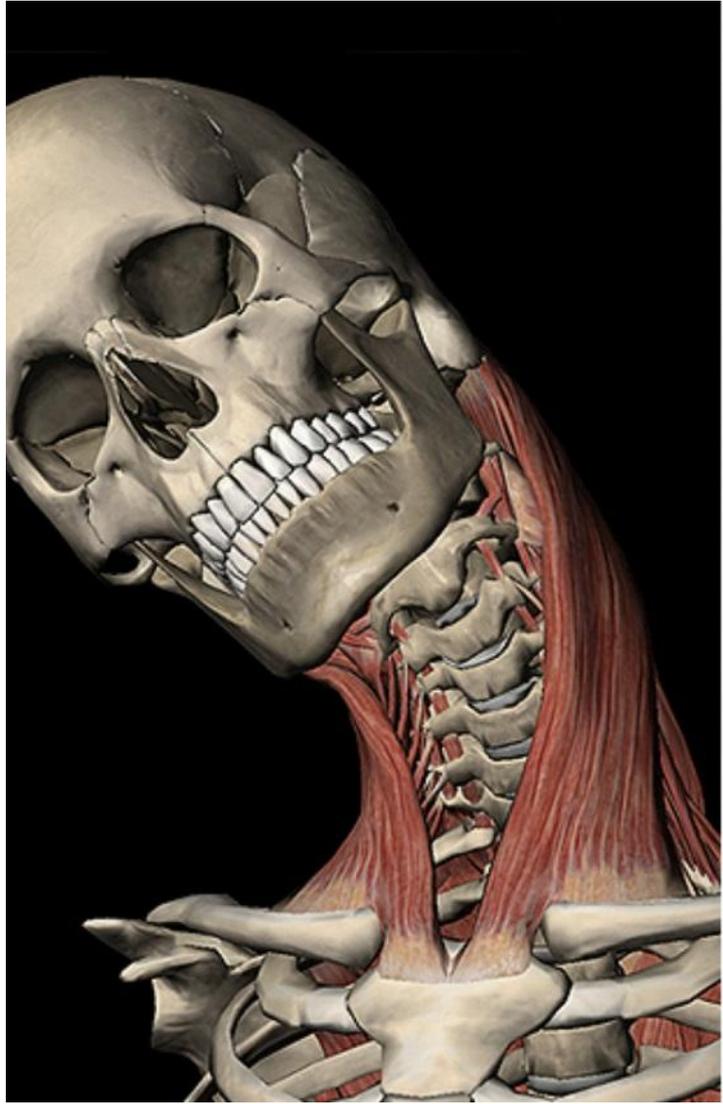


- Врожденная кривошея - достаточно редко встречающаяся патология. Она бывает мышечной и костной.
- Врожденная мышечная кривошея является следствием порока развития грудинно-ключично-сосцевидная мышцы, мышца при этом короткая, плотная, недоразвитая. Обычно на неправильное положение головы у ребенка обращают внимание уже в роддоме и обязательно начинают лечение.

- Врожденная костная кривошея является следствием различных аномалий развития шейного отдела позвоночника (например сращение позвонков, добавочные позвонки, добавочные шейные ребра и т.д.). Это тяжелый врожденный порок развития и довольно редкий. Лечится консервативно, определенных улучшений можно добиться, но вылечить невозможно. Оперативное лечение показано только при сопутствующей тяжелой неврологической патологии.

Кривошея опасна, прежде всего, своими осложнениями, развитием вторичных изменений:

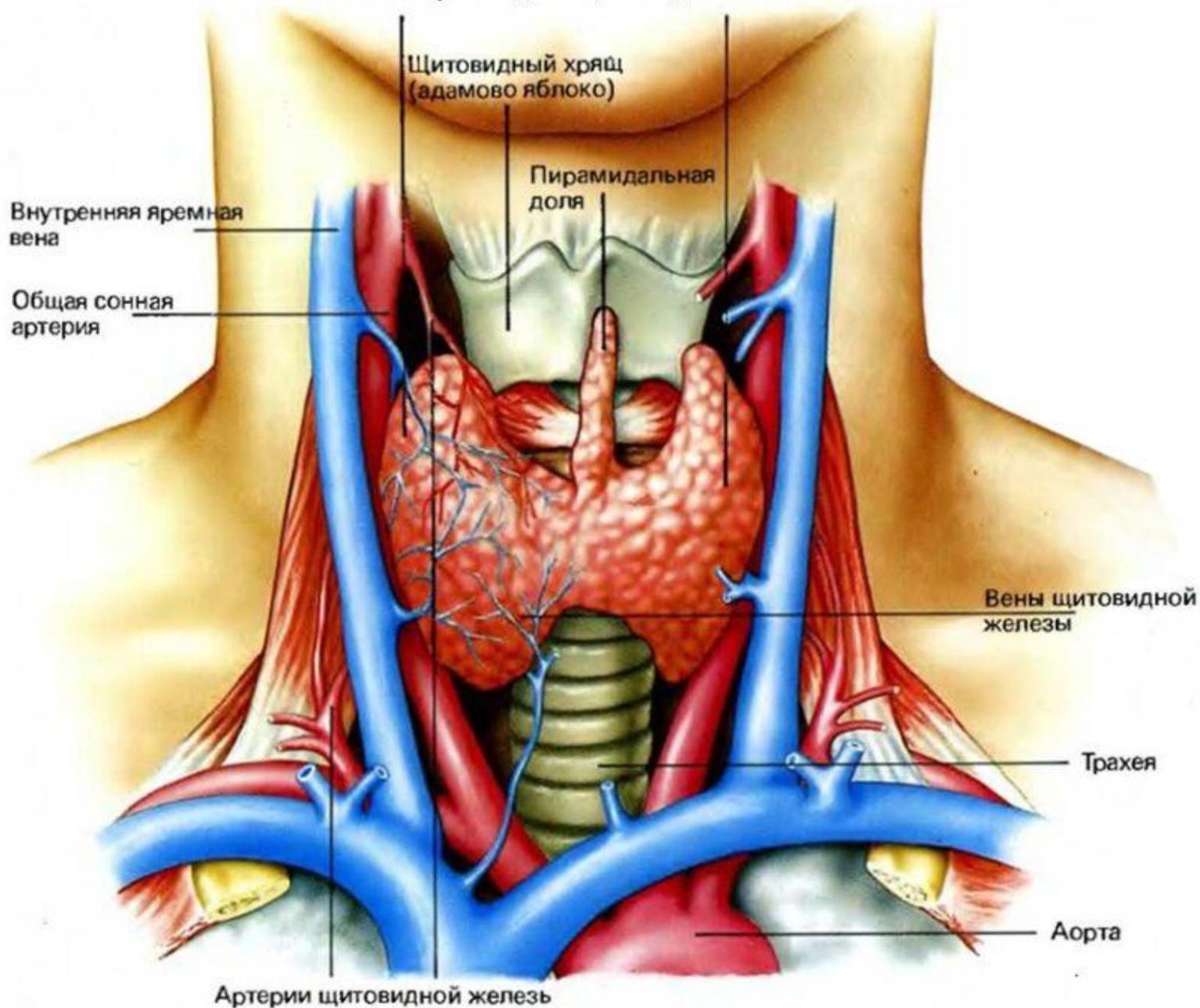
- Может развиваться деформация позвоночника, сколиоз с переходом в тяжелых случаях в кифосколиоз.
- Часто кривошея провоцирует лордозы, заболевания, заболевания глаз.
- Сопровождаться кривошея может головными болями, повышенной утомляемостью.



Щитовидная железа

- Щитовидная железа непарный эндокринный орган, функция которого регулируется центральной нервной системой и тиреотропным гормоном передней доли гипофиза.
- Железа располагается в области переднего треугольника шеи, ограниченного сверху основанием нижней челюсти, снизу - яремной вырезкой грудины, по бокам - передними краями правой и левой грудино-ключично-сосцевидных мышц.

Левая и правая доли щитовидной железы



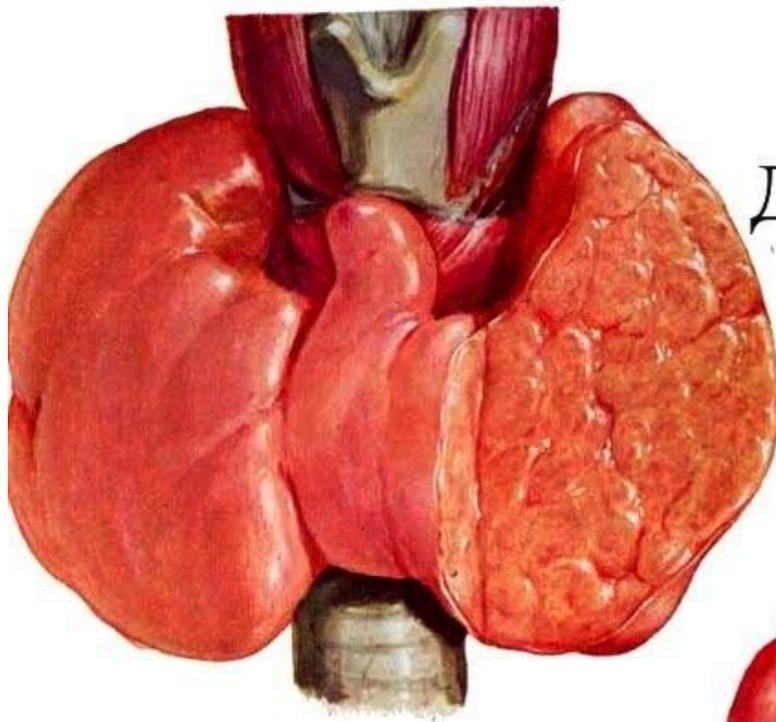
- Щитовидная железа состоит из двух долей и перешейка между ними. В 30-35% случаев наблюдается добавочная пирамидальная доля. Щитовидная железа при пальпации - плотная и упругая.
- Нормальная щитовидная железа при осмотре не видна, однако перешеек ее доступен для ощупывания.

В норме при пальпации щитовидной железы боковые доли ее не определяются, а перешеек прощупывается в виде поперечно лежащего, гладкого, безболезненного валика плотноэластической однородной консистенции.

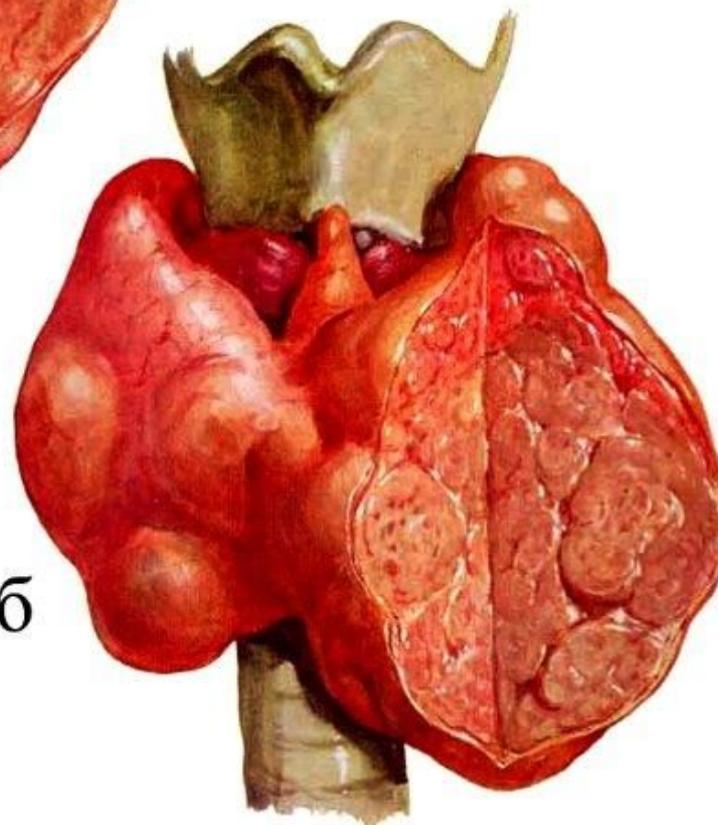
- Ширина перешейка не превышает ширину среднего пальца руки.
- Железа не спаяна с кожей и окружающими тканями, легко смещается при глотании.

Увеличение щитовидной железы называется зобом. Выделяют пять степеней зоба:

- I — железа визуально не определяется, однако перешеек ее расширен, утолщен и отчетливо пальпируются боковые доли железы;
- II — умеренно увеличенная железа становится заметной при глотании;
- III — увеличенная железа сглаживает контуры передней поверхности шеи и выполняет яремную ямку ("толстая шея");
- IV - значительно увеличенная железа выходит за наружные края кивательных мышц и за пределы яремной вырезки грудины, изменяя конфигурацию шеи;
- V — резко выраженное увеличение железы приводит к значительной деформации шеи и обезображиванию ее контуров.



Диффузный зоб



Узловой зоб

Увеличение размеров щитовидной железы наблюдается при тиреотоксикозе (болезни Базедова, или болезни Грейвса), тиреоидите и опухолевом поражении.

- У больных тиреотоксикозом щитовидная железа увеличивается равномерно либо преимущественно увеличивается одна из ее долей. Однако железа при этом сохраняет нормальную консистенцию, не спаяна с кожей и окружающими тканями, хорошо смещается и безболезненна.
- При тиреоидите железа увеличивается неравномерно, становится плотной, болезненной, покрывающая кожа может быть гиперемизированной, горячей на ощупь.



- У больных раком щитовидной железы в толще ее прощупывается плотное узловатое или бугристое образование, спаянное с кожей, прорастающее в окружающие ткани и не смещающееся при глотании. При этом изменяется голос и появляется затрудненное с шумным вдохом дыхание.

Фолликулярный рак



Благодарю за внимание