
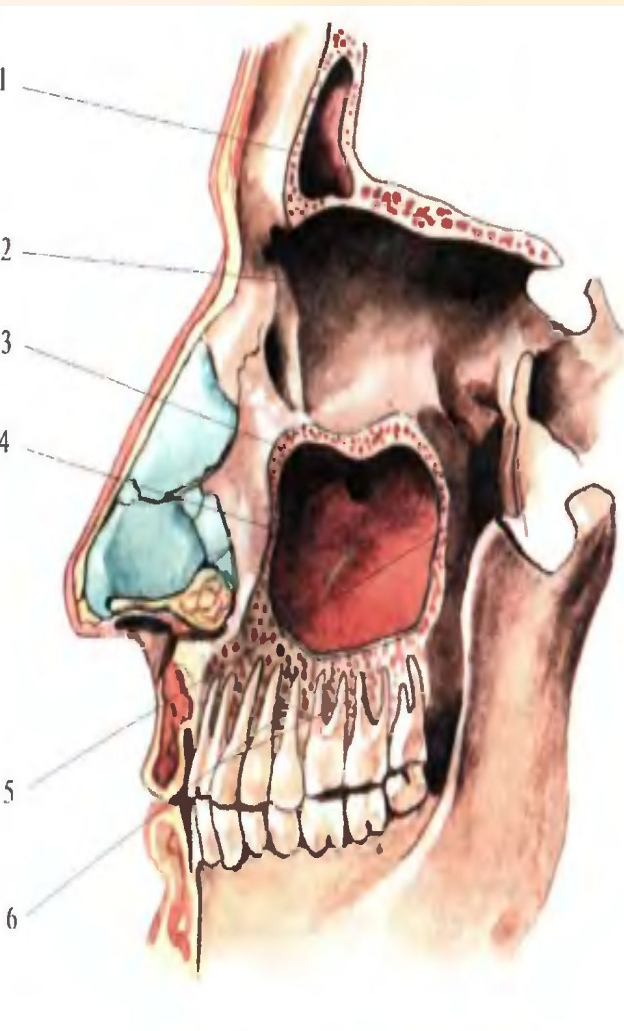


Операції на лиці. Трепанації
верхньощелепної та лобової
пазух. Пластика при аномаліях
розвитку. Клінічне
обґрунтування розрізів при
флегмонах.

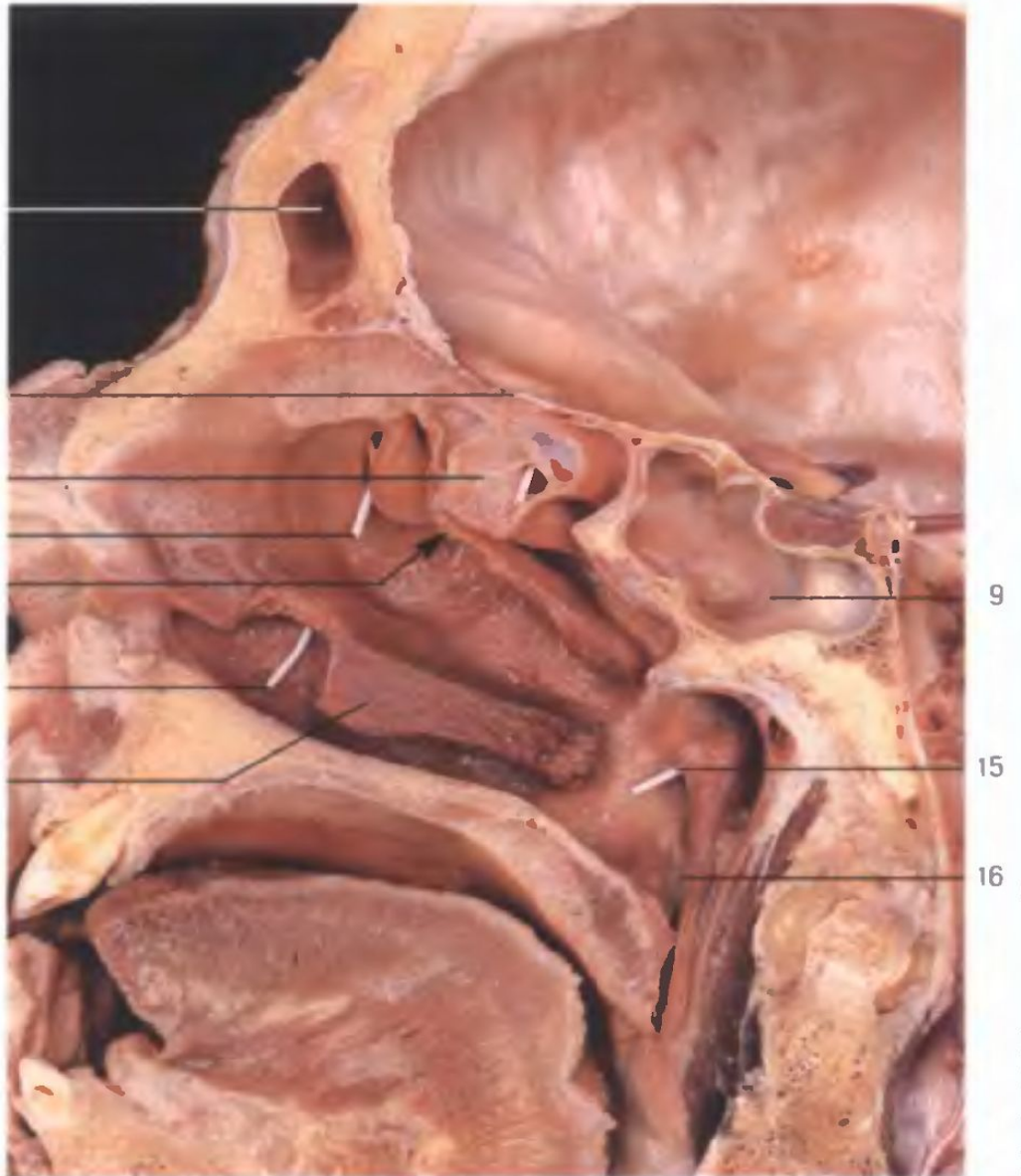
A decorative graphic element consisting of several horizontal lines of varying lengths and colors (teal, white, and yellow) extending from the right side of the text area towards the center.

ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНА ПАЗУХА (SINUS MAXILLARIS) розташована в тілі верхньої щелепи. Розвиток її починається з 10-й тижні ембріонального життя і закінчується до 12–13 років. У дорослого об'єм порожнини складає 4,2–30 см³ і має три- або чотиригранну форму піраміди..



- Передня стінка утворюється передньою поверхнею верхньої щелепи з найбільш тонкою частиною у ділянці іклової ямки (fossa canina), де розташований п.infraorbitalis разом з однойменними кровоносними судинами. Тут виконують гайморотомію і формують отвір для відтоку гною.
- Верхня стінка - одночасно є нижньою стінкою очної ямки, в якій є містить підочноямковий канал (canalis infraorbitalis) з однойменним нервом. При запальних процесах (гаймориті) можуть виникати невралгія цього нерва.
- Нижня стінка верхньощелепної пазухи представлена альвеолярним відростком щелепи, відповідає кореням 2-го малого і переднього великого кутнього зубів. Кісткова пластинка, відділяюча порожнину від кореня, нерідко виявляється стоншеною, іноді має щілину. Ці умови сприяють розповсюдженню інфекції з уражених коренів зубів при їх карієсі, інфекція може проходити у гайморову порожнину, пояснює випадки проникнення зуба в пазуху у момент екстірпації. Дно пазухи може знаходитися на 1–2 мм вище за дно носової порожнини

ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНА ПАЗУХА (SINUS MAXILLARIS)

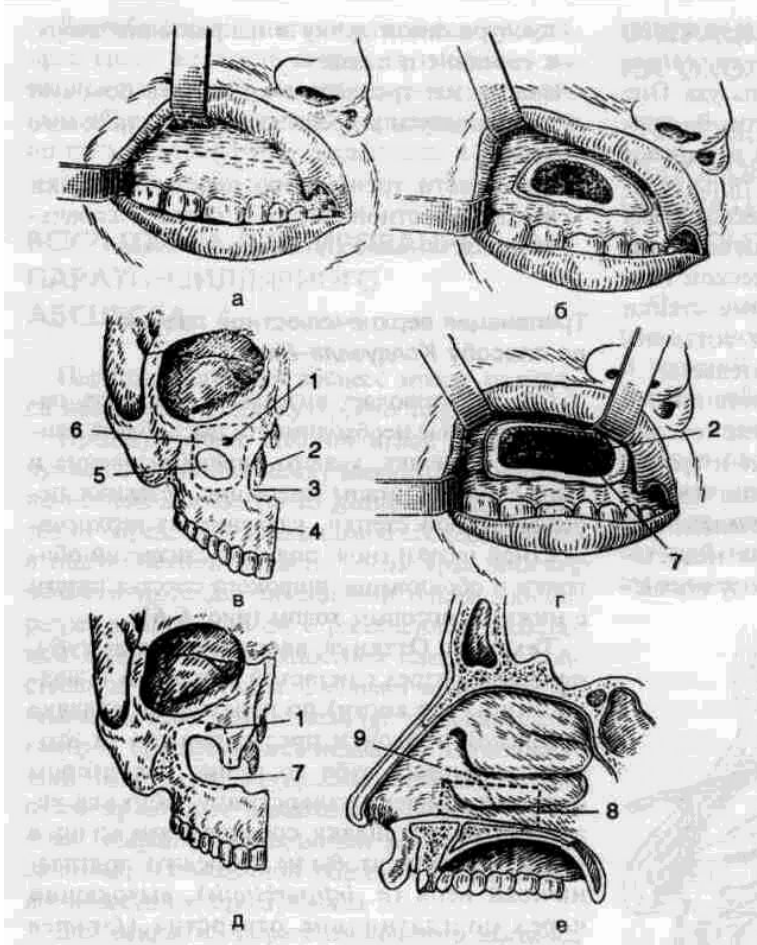


- Медіальна стінка верхньощелепної пазухи прилежить до середнього і нижнього носових ходів. Стінка нижнього носового ходу суцільна, але тонка. Тут відносно легко вдається пунктирувати гайморову пазуху. Стінка середнього носового ходу на значному протязі не має кісткової основи і має перетинкову будову, тут знаходиться отвір, що сполучає пазуху з порожниною носа. Довжина отвору 3—19 мм, ширина 3—6 мм.

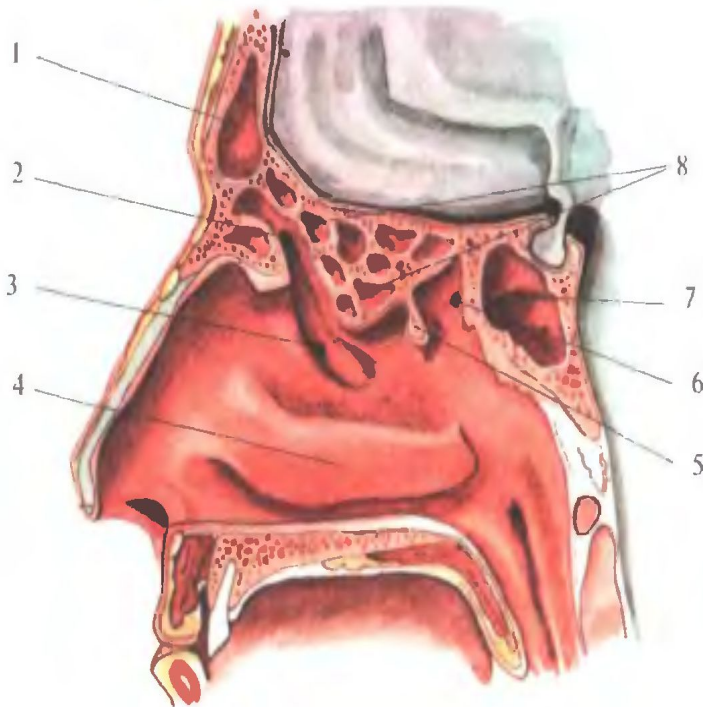
Трепанация верхньющелепной пазухи за Колдуелл-Люка

Основные этапы операции:

- резекция передне-боковой стенки,
- удаления из верхньющелепной пазухи гноя, полипов, слизистой оболочки
- образование широкого соустья пазухи с нижним носовым ходом.



ЛОБОВІ ПАЗУХИ (SINUS FRONTALIS) розташовані в товщі лобової кістки відповідно надбрівним дугам. Вони мають вид тригранних пірамід з підставою, направленою вниз. Формування пазух відбувається в терміни від 5—6 до 18—20 років. У дорослих їх об'єм досягає 8 см³. Вгору пазуха розповсюджується дещо за надбрівні дуги, назовні — до зовнішньої третини верхнього краю орбіти або до очної вирізки і вниз опускається в носовий відділ кістки.



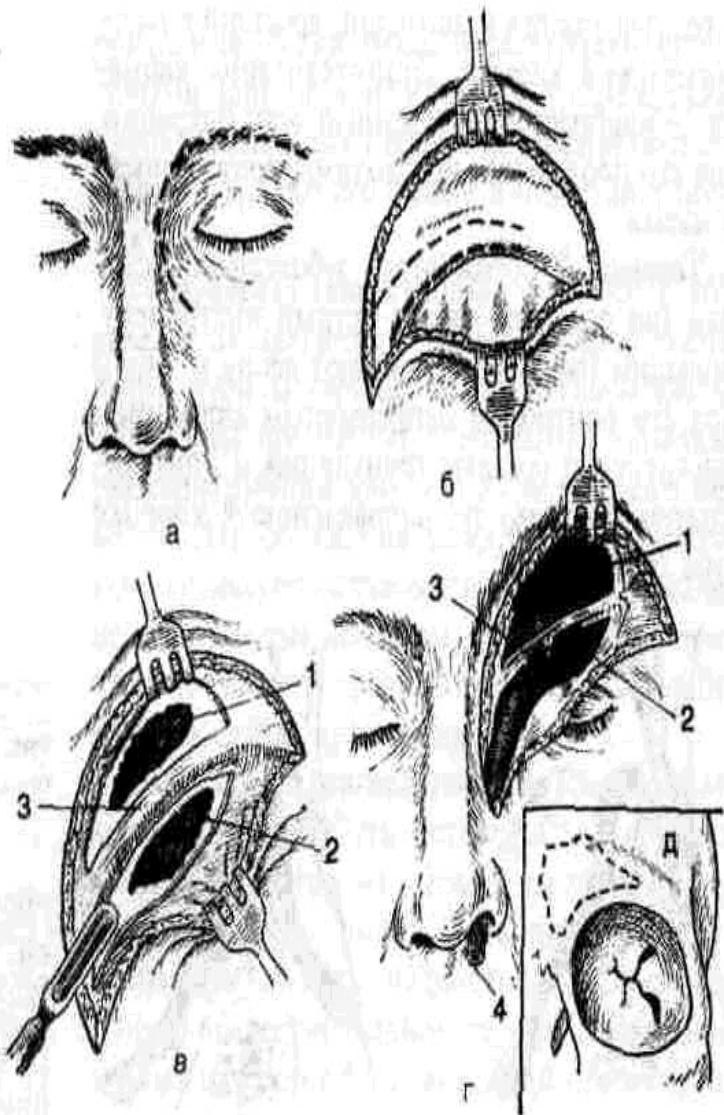
- Передня стінка пазухи представлена надбрівним горбом,
- задня - відносно тонка і відділяє пазуху від передньої черепної ямки,
- нижня стінка - частина верхньої стінки очної ямки, у середньої лінії тіла — межує з комірками решітчастої кістки та порожниною носа;
- внутрішня стінка є перегородкою, що розділяє праву і ліву пазухи.
- Верхня і бічна стінки відсутні, оскільки передня і задня її стінки сходяться під гострим кутом.

Рис. 5.20. Лобная и клиновидная околоносовые пазухи (по Неттеру, с изменениями).

1 — sinus frontalis; 2 — infundibulum ethmoidale; 3 — hiatus maxillaris; 4 — concha nasalis inferior; 5 — concha nasalis media (удалена); 6 — apertura sinus sphenoidalis; 7 — sinus sphenoidalis; 8 — cellulae ethmoidales.

Трепанация лобной пазухи за Киллианом.

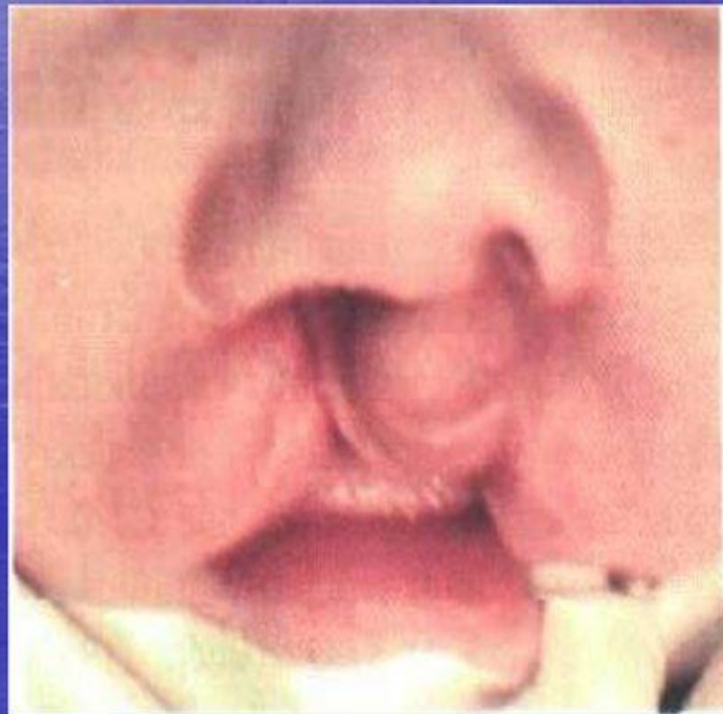
- Тампонують носову порожнину (задня тампонада). Шкірний розріз проводять по довжині брови і завертають медіальний на носовий відросток до нижнього кінця носової кістки (необхідно щадити *п. і а. supraorbitalis*). Розтягнув краї рани, надсікають окістя паралельно верхньому краю очної ямки і вище його на 5—7 мм, другий розріз окістя проводять по самому краю очної ямки. Распатором зсовують окістя вгору і вниз. Трепанацию пазухи проводять через нижню стінку, оскільки вона тонше передній. Після підтвердження діагнозу хронічного гнійного запалення долотом або фрезою видаляють передню стінку пазухи. Руйнують всі перегородки порожнини, видаляють гній і гострою ложкою *Фолькманна* вискрібають змінену слизову оболонку і грануляції (Рис. 5.32). Другий етап операції — резекція лобового відростка верхньої щелепи, після чого утворюється достатнє сполучення з порожниною носа. В лобову пазуху вставляють дренаж, його кінець виводять в отвір носа. Рану тампонують. Накладають шви на шкіру.



ВРОДЖЕНІ ВАДИ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ



Принципи проведення хейлоринопластики (мається на увазі не ринопластика у повному обсязі, а часткове усунення деформації носа, оскільки формується лише дно носового ходу та змінюється положення перегородки, крила носа чи обох його крил, але не ліквідується деформація кінчика).



✓ Операция при частичной односторонней расщелине верхней губы по А. А. Лимбергу.
а, б, в — этапы операции.



✓ Операция при полной расщелине верхней губы по Лимбергу — Обуховой.
А, Б, В — этапы операции

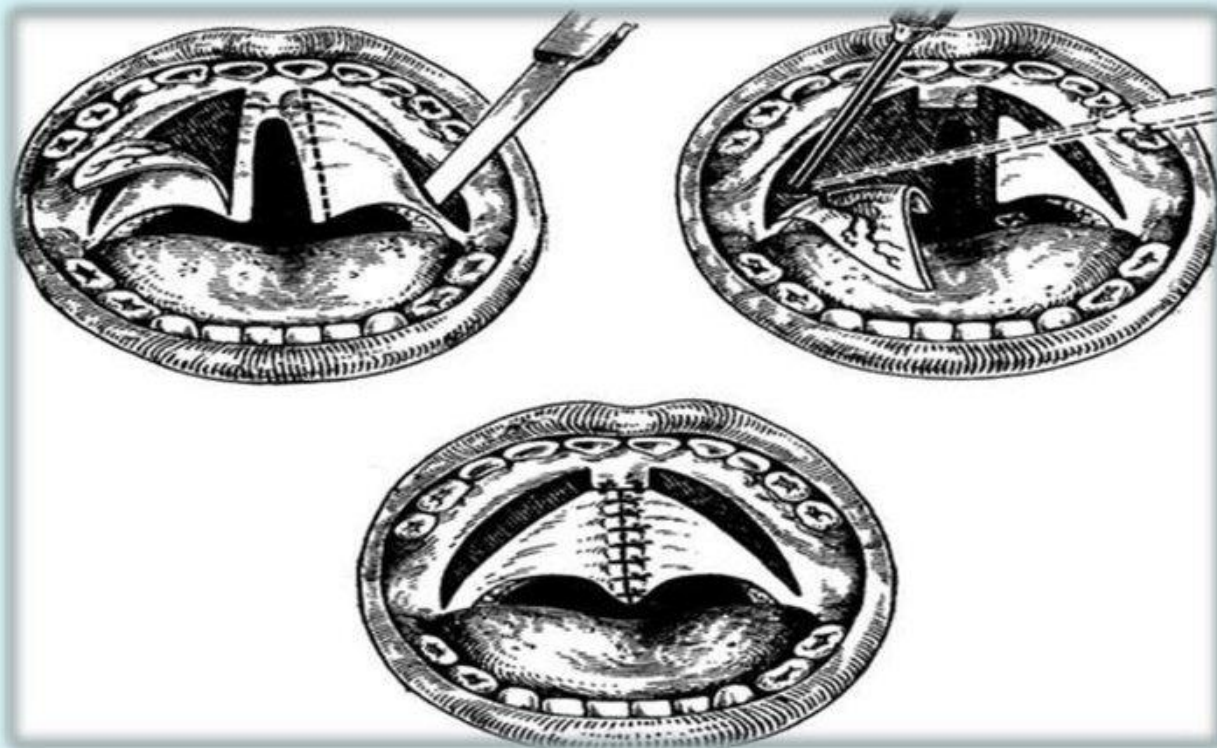


Принципи та методи хірургічного лікування вроджених незрощень піднебіння

- Основним принципом щадної ураностафілопластики є ефективна ретротранспозиція м'якого піднебіння, яка дозволяє оптимально звузити глоткове кільце, чим досягається необхідне піднебінно-глоткове змикання, тобто відновлення функції.
- **Базова методика** щадної ураностафілопластики передбачає проведення таких етапів: 1 етап — викроювання слизово-окісних клаптів (залежно від виду незрощення): одного — у разі незрощення задньої третини твердого та м'якого піднебіння, двох — за умови всіх інших видів вад; 2 — відшарування цих клаптів до межі твердого та м'якого піднебіння, 3 — відокремлення їх від заднього краю горизонтальних пластинок піднебінної кістки; 4 — остеотомія задньої стінки піднебінного отвору і виведення судинно-нервового пучка; 5 — зняття з гачка крило-піднебінного відростка клиноподібної кістки сухожилля м'яза-натягувача піднебінної завіски

✓ *Операция при расщелине неба по А. А. Лимбергу.*

Показаны направления разрезов, выкраивание лоскутов, увеличение костных отверстий и принцип выполнения швов.



Абсцес - гнійний процес в клітковинних просторах лица, обмежений грануляційною капсулою або фасцією. Не має тенденції до розповсюдження в сусідні ділянки.

Флегмона - гнійний процес в клітковинних просторах лица, що немає капсули і дифузно просочує м'які тканини. Розповсюджуються в сусідні ділянки голови і шиї.

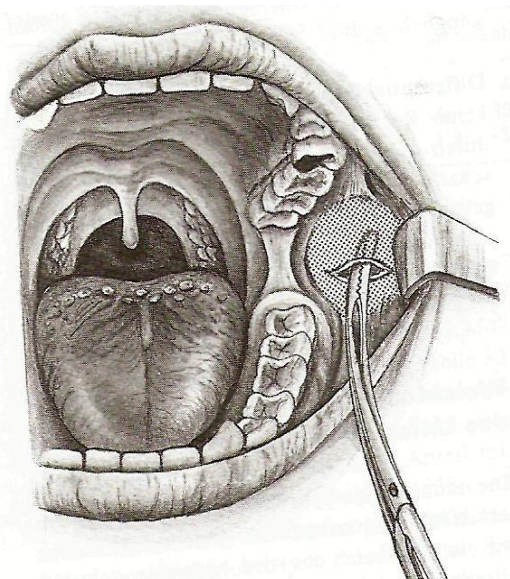
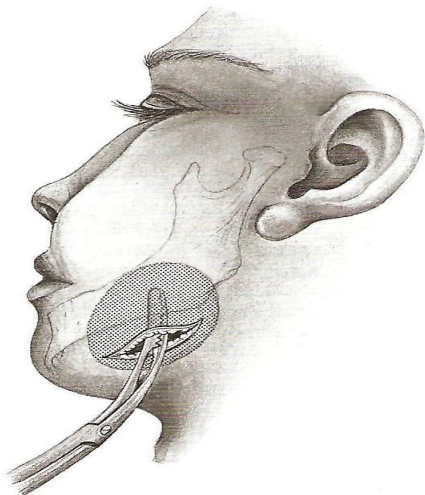
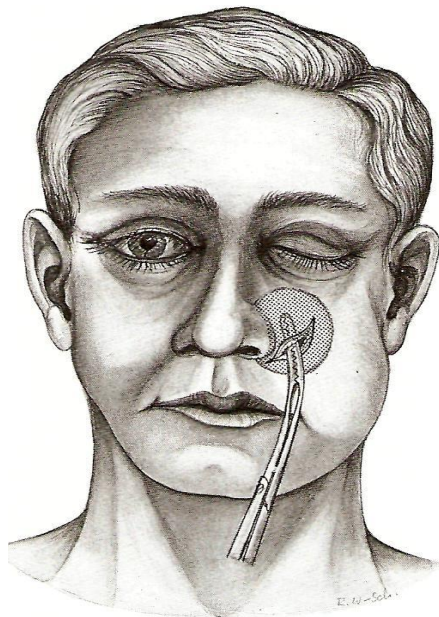
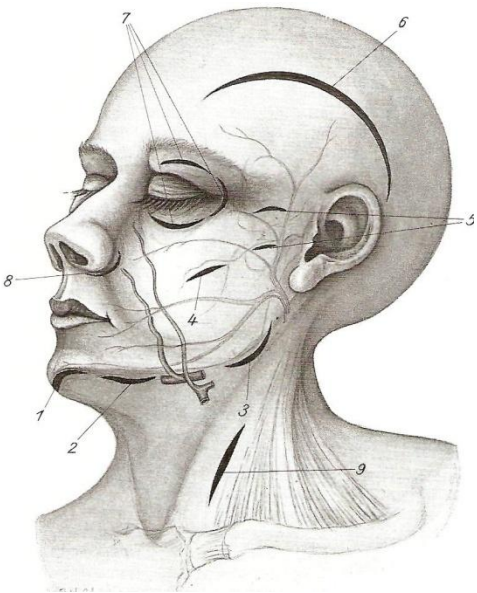
Оперативний доступу повинен забезпечити:

- найкоротший шлях до гнійного вогнища;
- створення найкращих умов для евакуації і відтоку гнійного ексудату через дренаж.
- найменшу помітність розрізу в післяопераційному періоді;
- уникнення пошкодження органів і функціонально важливих структур, в першу чергу гілок лицьового нерва:
- **Розкриття гнійного вогнища здійснюють**
 - Поза ротовим зовнішнім способом (доступ з боку шкірних покривів)
 - Внутрішньо ротовим способом (доступ з порожнини рота)

Етапи розкриття абсцесу (флегмони) лица

- роблять **діагностичну пункцію** гнійного вогнища
- гостро розтинають над гнійним вогнищем шкіру або слизову оболонку за ходом гілок лицьового нерва і лицевої артерії
- **тупо розшаровують** і відсікають м'язи від місця прикріплення до кістки (m. temporalis, m. buccalis).
- **тупо розшаровують** і розсовують клітковину і фасції над гнійним вогнищем.
- рану промивають антисептиком,
- при поза ротових доступах гнійну порожнину вводять дренаж **в напрямках можливого розповсюдження в сусідні ділянки**
 - дренують трубчастими перфорованими вакуум-дренажами
 - дренують марлевим гіпертонічним дренажем і на рану накладається пов'язка з гіпертонічним розчином.
 - В рану вводять гумові смужки і на рану накладається пов'язка з гіпертонічним розчином.
- при внутрішньо ротових доступах гнійну порожнину
 - в рану вводять тампони с сильними антисептиками
 - в рану вводять і фіксують мікроірригатор для полоскання порожнини
 - постійно полоскають порожнину

Вскриття і дронування абсцесів і флегмон щічної ділянки.



Позаротовий спосіб.

- Розрізи шкірних покривів в щічній ділянці мають радіальний напрям: від козелка вуха до зовнішнього кута щілини вік, до кінчика носа і до кута рота, а також паралельно нижньощелепного краю і на 1—1,5 см нижче його. При абсцесі і флегмоні поверхневого клітковинного простору нижнього відділу щічної ділянки використовують розріз в під нижньощелепній ділянці на 1—1,5 см нижче за краю щелепи. Розкриття гнійного вогнища здійснюють шляхом розшарування підшкірної клітковини над щічним м'язом кровоспинним затиском у напрямку до центру запального інфільтрату.

Внутрішньоротовий спосіб.

- При абсцесі і флегмоні глибокого клітковинного простору щічної ділянки розріз слизової оболонки проводять вище або нижче ходу вивідної протоки привушної слинної залози. Клітковину розшаровують кровоспинним затискачем, гній евакуюють і вогнище дрелують.



В клітковинні простори орбіти інфекція проникає:

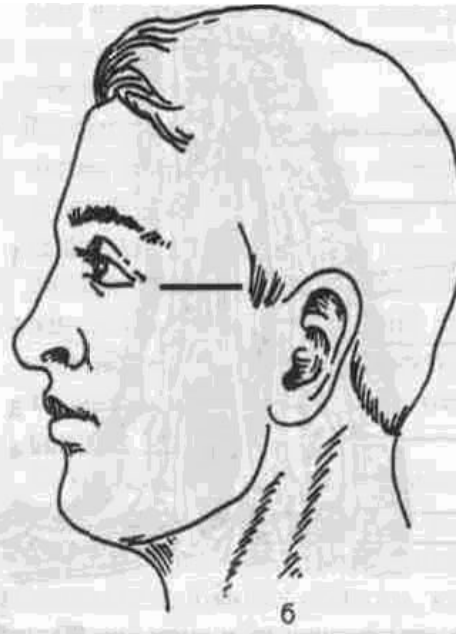
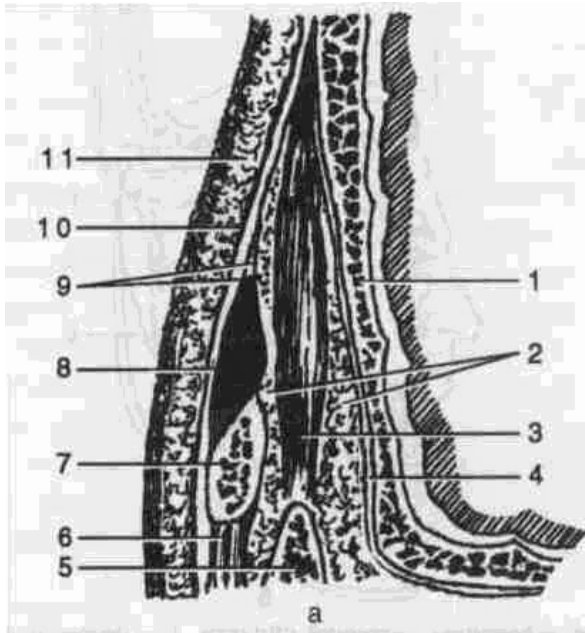
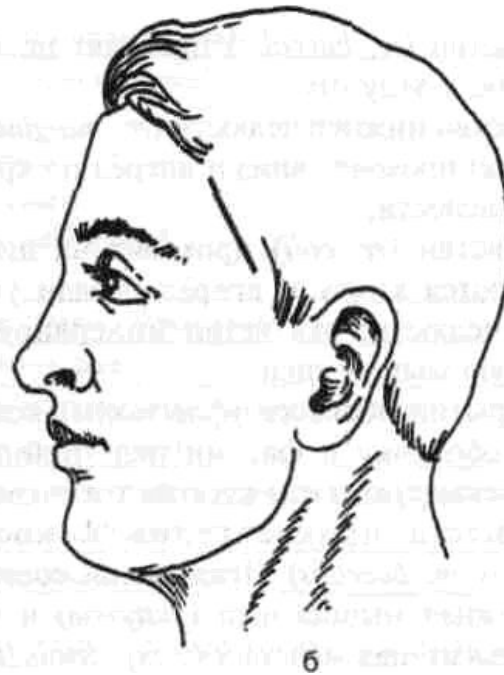
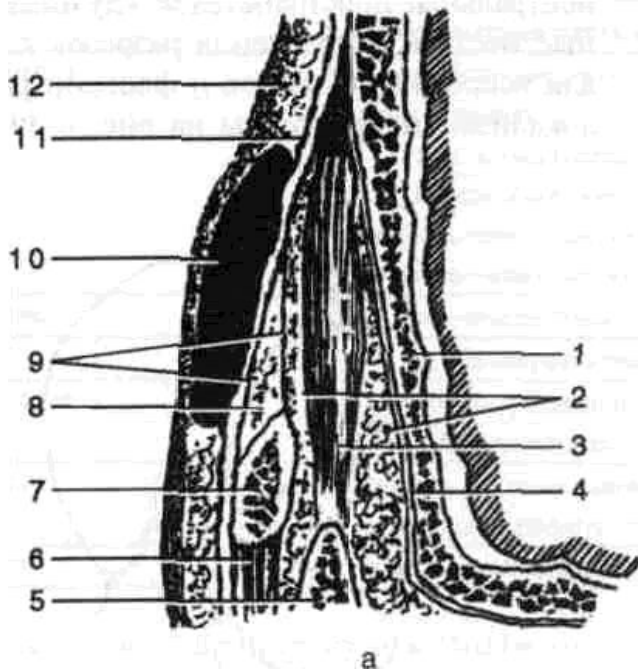
- а/ по ходу кутової вени лица при тромбофлебітах;
- б/ зі сторони гайморової порожнини через задню стінку в крилопіднебінну ямку, а звідти через нижню очну щілину в очницю;
- в/ цим же шляхом інфекція проникає при одонтогенних флегмонах підскроневої і крилопіднебінної ямок;
- г/ із "собачої" ямки по нижньому орбітальному каналу.

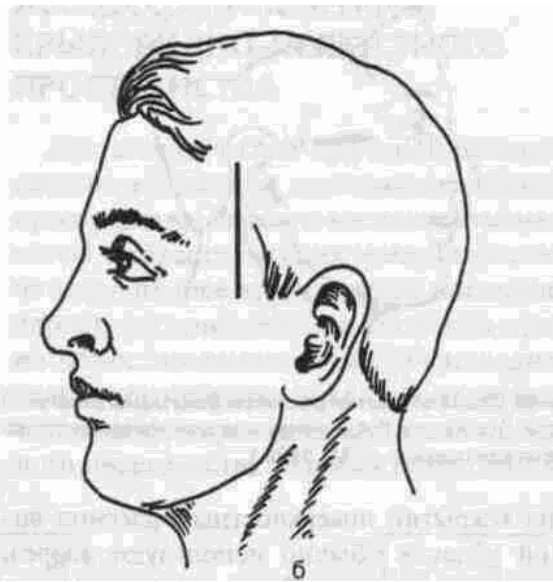
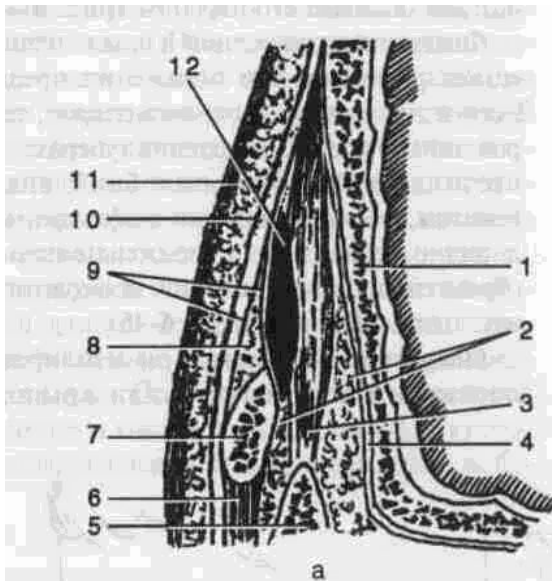
Абсцеси і флегмони орбітальної ділянки

- Хірургічне розкриття гнійника проводять по нижньозовнішньому краю очниці.
- Хірургічне вскриття абсцесів повік проводять за місцем, найбільших змін /випинання, почервоніння шкіри/, направлення лінії розрізів - по шкірних складках повік навколо очного яблука. Потім проводять глибоке шарування тканин повіки тупим шляхом до появи гною і вводять дренажну гумову полосу.

Вскрытие і дренування абсцесів і флегмон скроневої області.

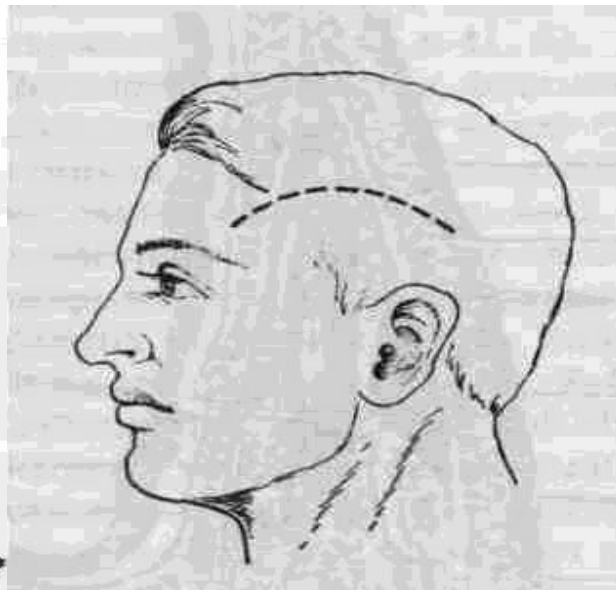
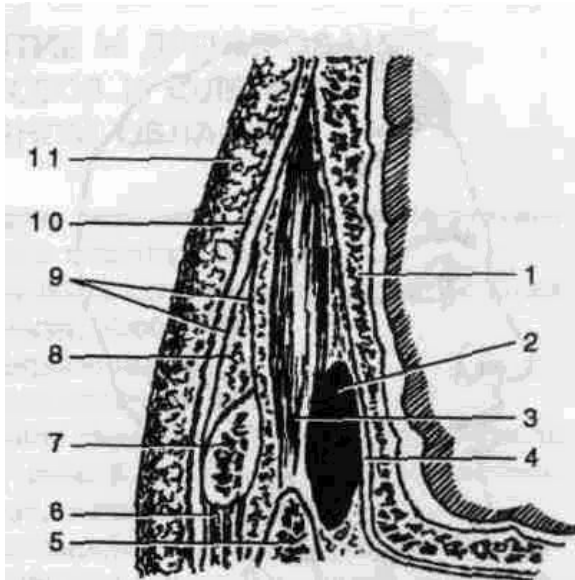
- Поверхнева флегмона (між шкірою і власною скроневою фасцією) – розкривають розрізом позаду лобового відростка виличної кістки .
- Міжапоневротична флегмона (між пластинками скроневого апоневрозу) - розкривають розрізом уздовж верхнього краю виличної дуги.





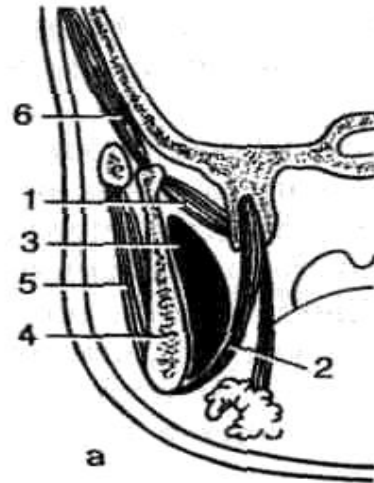
Вскрытие і дренування абсцесів і флегмон скроневої області.

Підапоневротична флегмона (під глибокою пластинкою власної скроневої фасції - розкривають радіальним розрізом через середину запального інфільтрату.



Глибока флегмона (між скроневим м'язом і окістям) - розкривають дугоподібним розрізом вздовж лінії прикріплення скроневого м'яза до скроневої кістки.

Вскриття і дренивання абсцесів і флегмон крило-щелепного простору ■

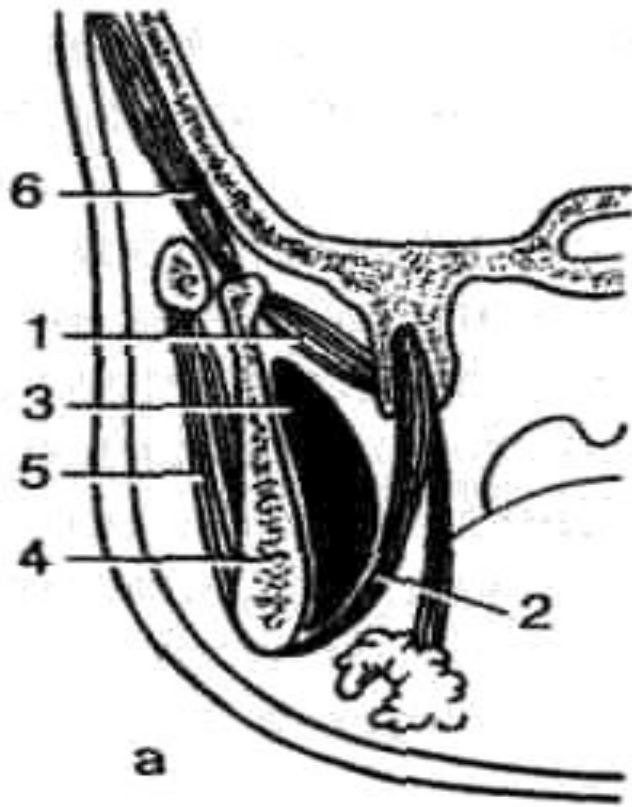


Позаротовий спосіб.

- Розріз - навколо кута нижньої щелепи розріз завдовжки 6—7 см, відступивши близько 2 см від її краю.
- Пошарово розтинають підшкірну клітковину, першу фасцію з підшкірним м'язом і другу фасцію шиї, розшаровують м. pterygoideus medialis і проникають в крилоподібно-щелепний простір.
- Після евакуації гною простір дрениують.

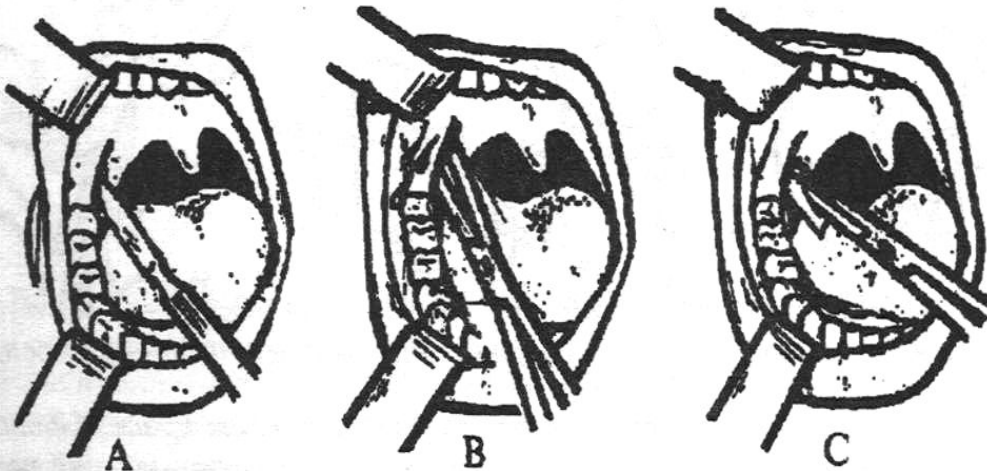


Вскриття і дронування абсцесів і флегмон крило-щелепного простору.

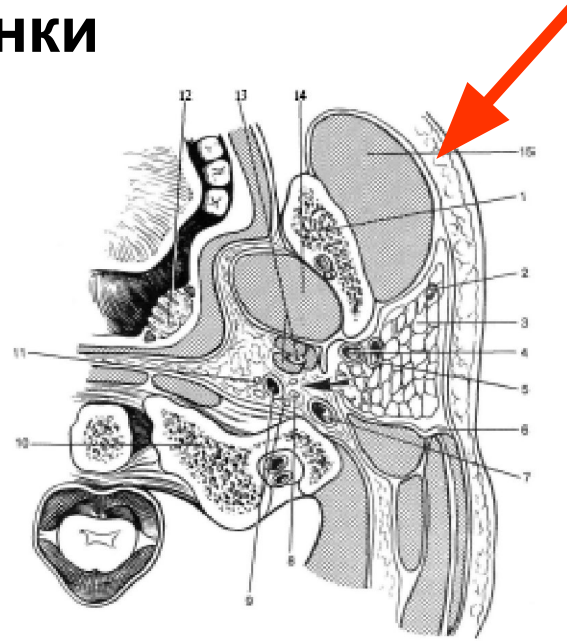


Внутрішньоротовий доступ.

- Розріз - уздовж крилоподібно-щелепної складки і проникають уздовж внутрішньої поверхні гілки нижньої щелепи до запального вогнища
- Після евакуації гною простір дронується.

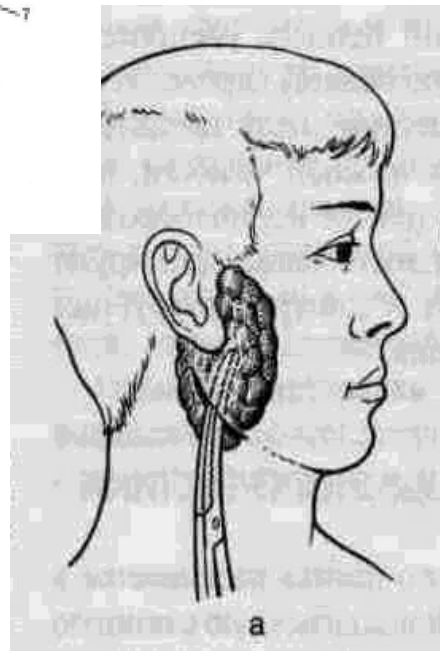
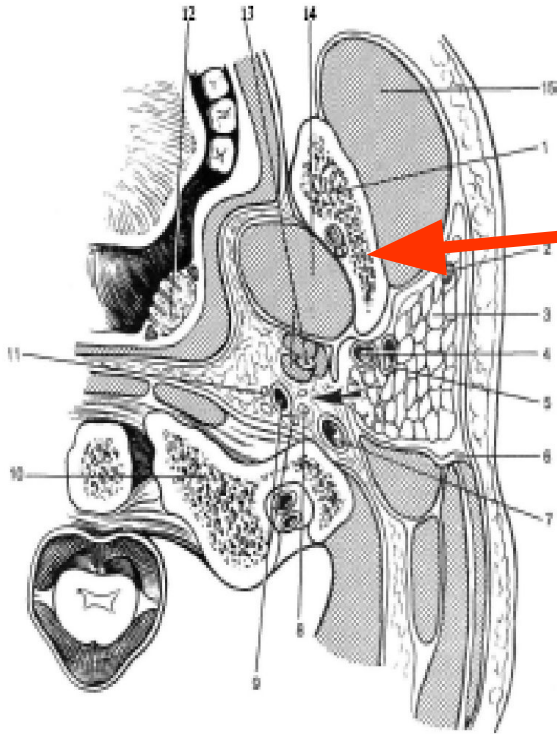


Вскриття і дронування абсцесів і флегмон привушно-жувальної ділянки



- Розкриття і дронування поверхневих флегмон і абсцесів привушно-жувальної ділянки проводять пошаровим радіальним розрізом шкіри, підшкірної клітковини і привушно-жувальної фасції (*fascia parotideo-masseterica*), оскільки лицьовий нерв проходить під фасцією. Потім щоб уникнути пошкодження лицьового нерва до центру гнійного вогнища тупо розшаровують м'які тканини.

Вскриття і дренування абсцесів і флегмон привушно-жувальної ділянки



- Для розкриття глибоких абсцесів і флегмон привушно-жувальної ділянки проводять розріз навколо кута нижньої щелепи, перетинають сухожилок жувального м'яза і, відшарувавши м'яз від кістки, проникають в піджувальний простір, розташований між латеральною поверхнею гілки нижньої щелепи і жувального м'язу (Рис.5.26).

Вскриття і дренажування флегмони дна порожнини рота

