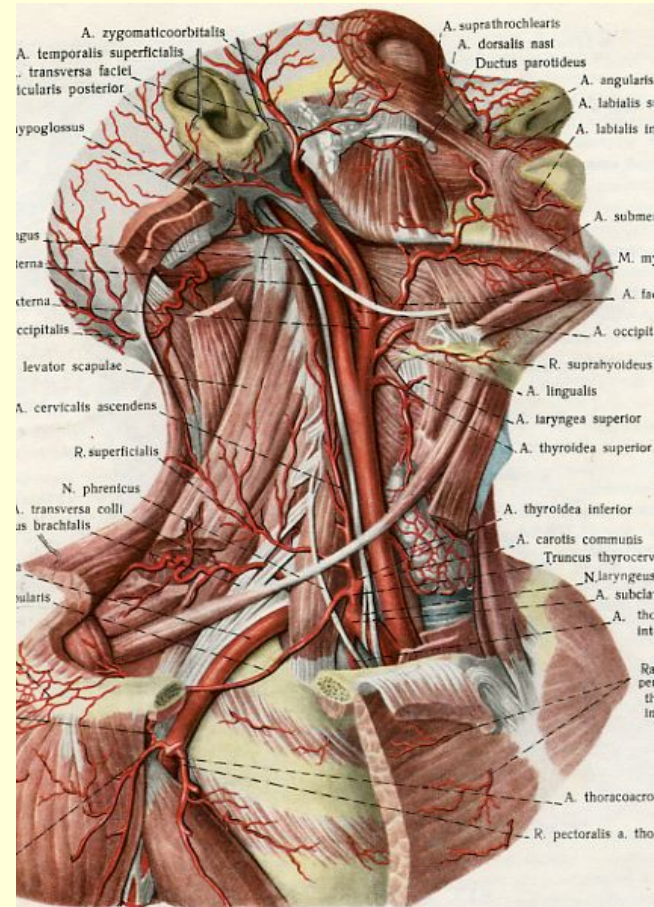


ЛЕКЦИЯ КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ШЕИ

лектор: доцент Киблаев И.Г.



КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС ОПЕРАЦИЙ НА ШЕЕ

Операции на некоторых органах шеи производились еще в глубокой древности. Так, Асклепиад два тысячелетия назад предложил вскрытие дыхательной артерии при удушье. Эту операцию впервые в истории описал Гален, который назвал ее ларинготомией. Имеются предположения, что в IV веке нашей эры Антилл вскрыл трахею поперечным разрезом у больного, погибающего от удушья. Выполнив им операцию он назвал фаринготомией. Впервые трахеостомия, подтвержденная документально, была произведена итальянцем Брассоволой у больного, задыхающегося в результате абсцесса гортани. Французский хирург Абиго в 1620 году вскрыл дыхательное горло у ребенка, спасая его от удушья, обусловленного инородным телом в верхнем отделе пищевода. Произведенную им операцию он назвал бронхотомией.



Гален Клавдий (129 – 199) — римский врач и естествоиспытатель. Родился в семье богатого греческого архитектора. Изучал философию, медицину, естественные науки. Для получения врачебных знаний путешествовал, побывал в Коринфе, Смирне, Александрии. Медицинскую помощь оказывал по преимуществу гладиаторам. В 164 г. переехал в Рим, где стал придворным врачом у императора Марка Антония, а после его смерти — у его сына Коммода. Развивал учение о пневмах и соках организма.

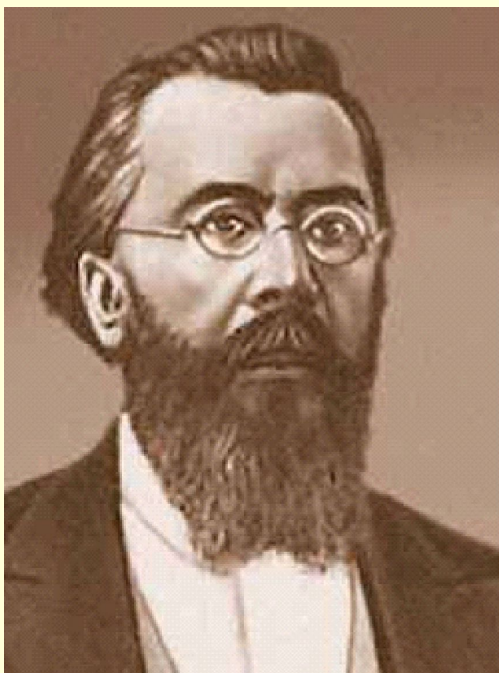
КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС ОПЕРАЦИЙ НА ШЕЕ

Однако до начала XIX века сообщения о трахеостомии были большой редкостью, и лишь с первой четверти XIX столетия, когда в число показаний для выполнения этого оперативного вмешательства был включен круп при дифтерии гортани, количество публикаций о применении трахеостомии значительно возросло.

Первое эффективное горлосечение в России было сделано воспитанником Петербургской медико-хирургической академии профессором В.В. Пеликаном 7 октября 1819 года. С помощью тирео-коники-крики-трахеотомии он извлек у больного из трахеи наконечник от музыкального инструмента. В 1844 году Н.И. Пирогов дважды произвел трахеостомию у детей при крупе. Пять лет спустя В.А. Басов повторил эту операцию. С середины XIX века трахеостомия стала широко применяться в России.

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС ОПЕРАЦИЙ НА ШЕЕ

В 1866 году Уотсон впервые произвел полное удаление гортани при поражении ее сифилисом. При раке гортани за рубежом первым выполнил эту операцию в 1873 году Бильрот, в России – П.Я. Мультановский в 1875 году. Много нового и ценного в технику ларингэктомии внесли отечественные хирурги и ларингологи: П.И. Дьяконов, Н.М. Волкович, М.Я. Харшак, В.И. Воячек, Ф.С. Бокштейн и другие.



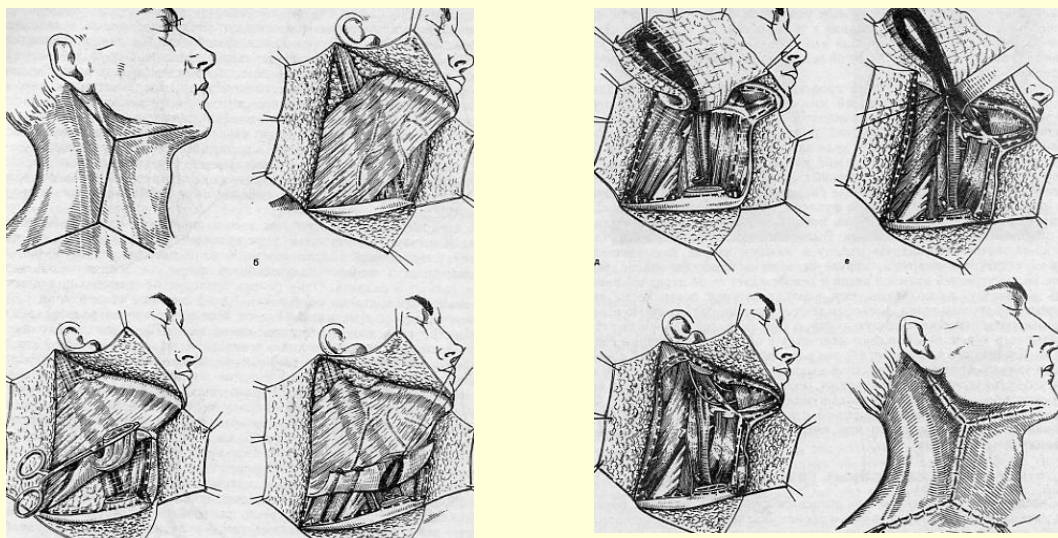
Николай Васильевич Склифосовский

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС ОПЕРАЦИЙ НА ШЕЕ

Большую роль русские хирурги сыграли и в разработке операций на глотке. Н.Ф. Склифосовский в 1889 году впервые в России произвел поперечную подподъязычную фаринготомию.

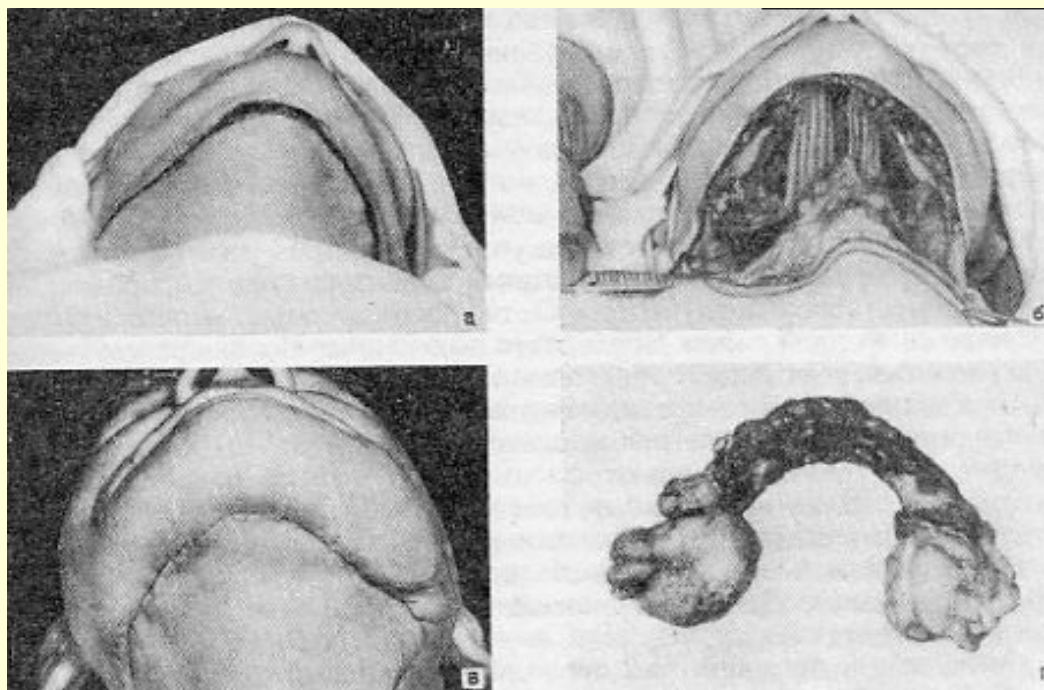
второй половины XIX столетия, когда появились первые сообщения о поражении шейных лимфатических узлов при раке нижней губы, начали производиться операции на регионарном лимфатическом аппарате шеи при метастазах рака.

В 1906 году американский хирург Крайль разработал методику операции радикального удаления шейных лимфатических узлов в виде целостного блока тканей шеи.



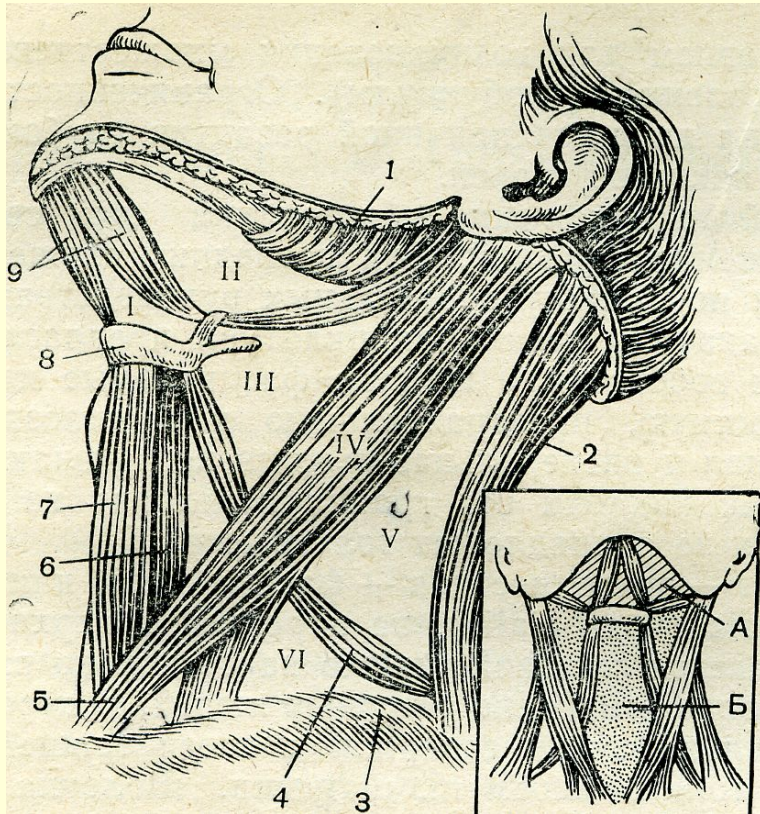
КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС ОПЕРАЦИЙ НА ШЕЕ

Отечественным хирургом Р.Х. Ванахом в 1911 году была предложена новая методика хирургического удаления подчелюстного лимфатического аппарата при раке нижней губы.



В X веке арабский врач Абуль-Казим впервые осуществил удаление зоба. Листер в 1877 году первым в Европе в асептических условиях произвел иссечение зоба. В 1933 году О.Н. Николаев разработал метод субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы, который в настоящее время является наиболее распространенным

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ШЕИ



Оперативные вмешательства на органах шеи имеют свои характерные черты. Это во многом связано с топографо-анатомическими особенностями шеи. Последняя отличается сложностью своего анатомического строения. Здесь располагаются начальные отделы органов пищеварения, внешнего дыхания, щитовидная железа, много лимфатических сосудов. В этой области имеются крупные сосуды и сплетения спинномозговых нервов, нервные сплетения спинномозговых нервов, нервные сплетения органов и сосудов. Причем сосудисто-нервные стволы и лимфатические пути прикрыты только мягкими тканями, а потому спереди и с боков сравнительно беззащитны.

ГРАНИЦЫ ШЕИ

Верхняя: край нижней челюсти – ее угол – сосцевидный отросток – верхняя выйная линия – наружный затылочный выступ

Нижняя: яремная вырезка – верхний край ключицы – акромион – остистый отросток С7

Области шеи: передняя и задняя

Треугольники шеи (передней области):

Латеральный: лопаточно-трапециевидный- 5

лопаточно-ключичный- 6

Медиальный: поднижнечелюстной- 1 →

тр. Пирогова (a.lingualis)

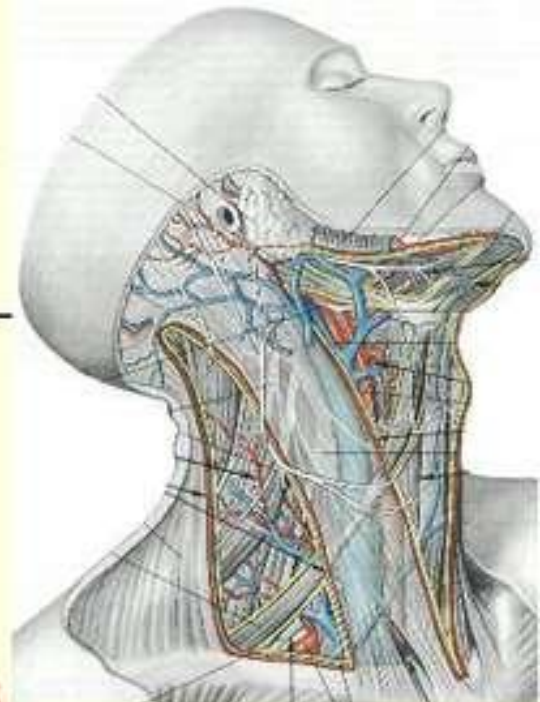
подподбородочный- 2

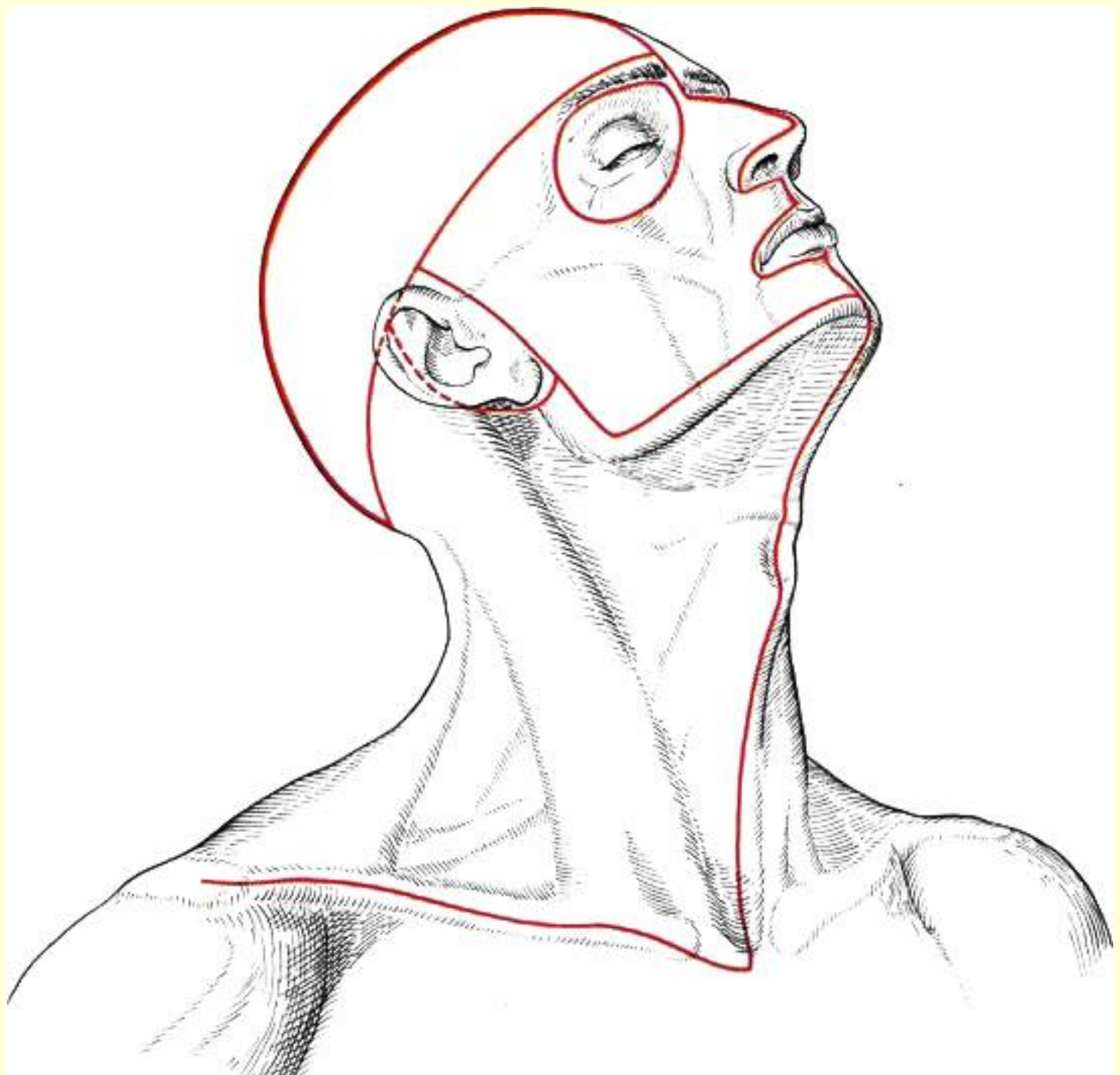
сонный- 3

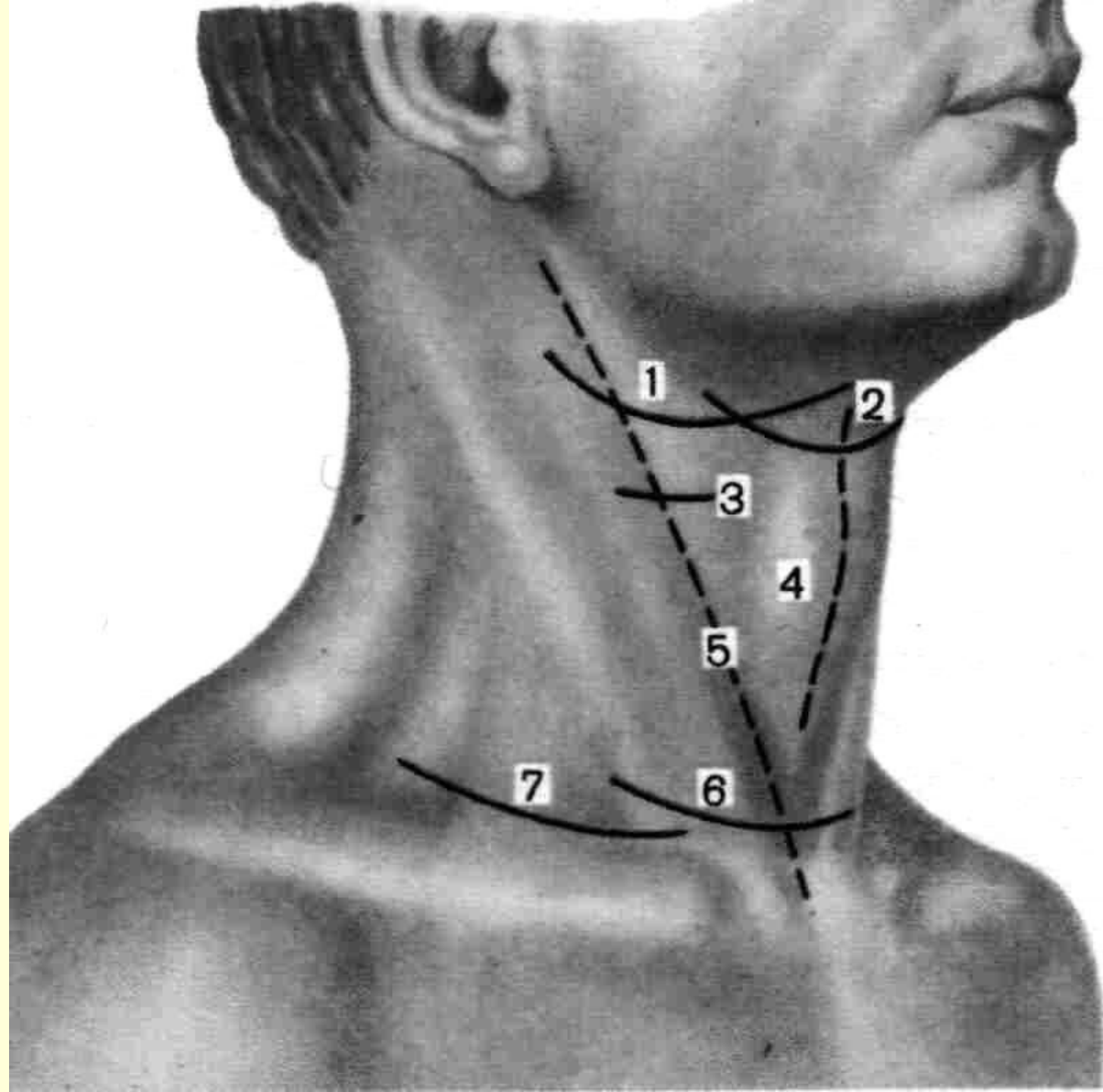
лопаточно-трахеальный- 4

лестнично-позвоночный

(в глубоких отделах кивательной области - 7)

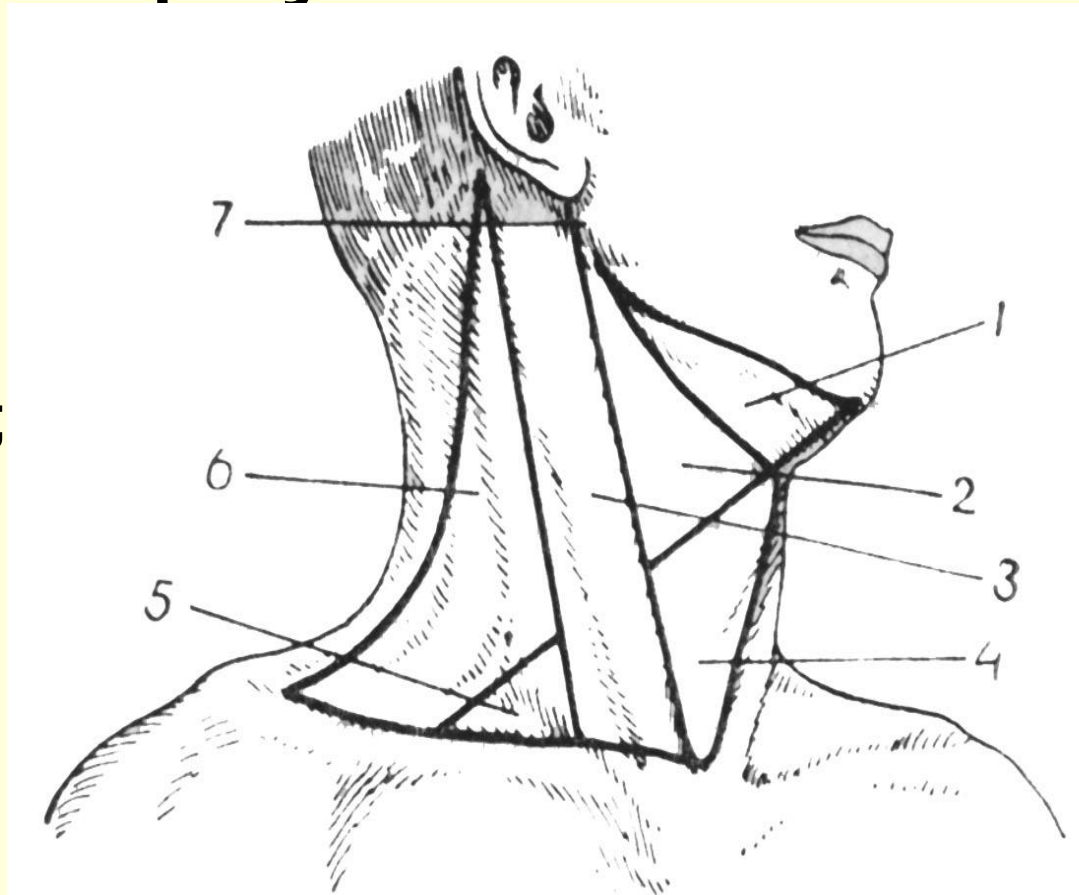


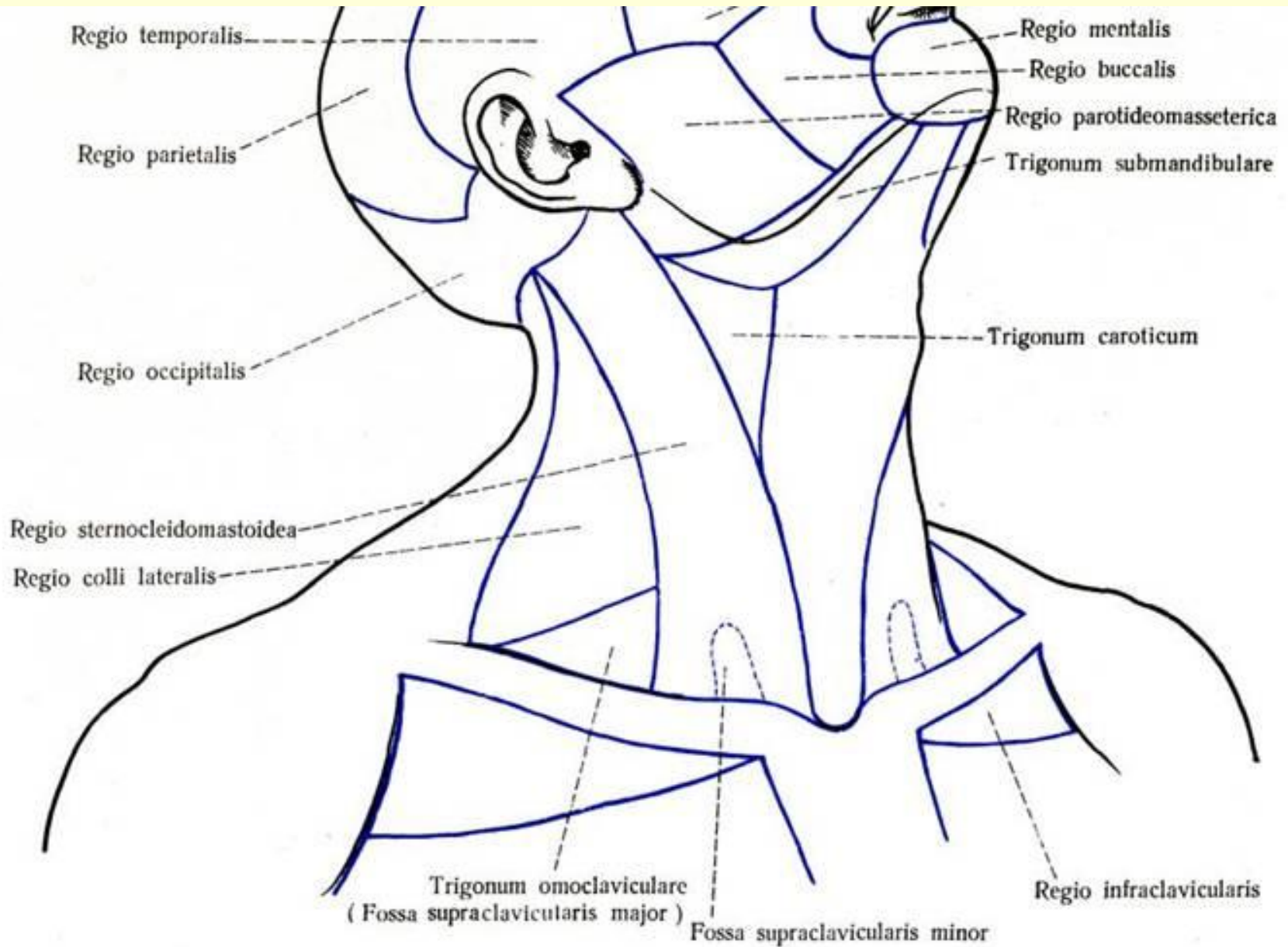




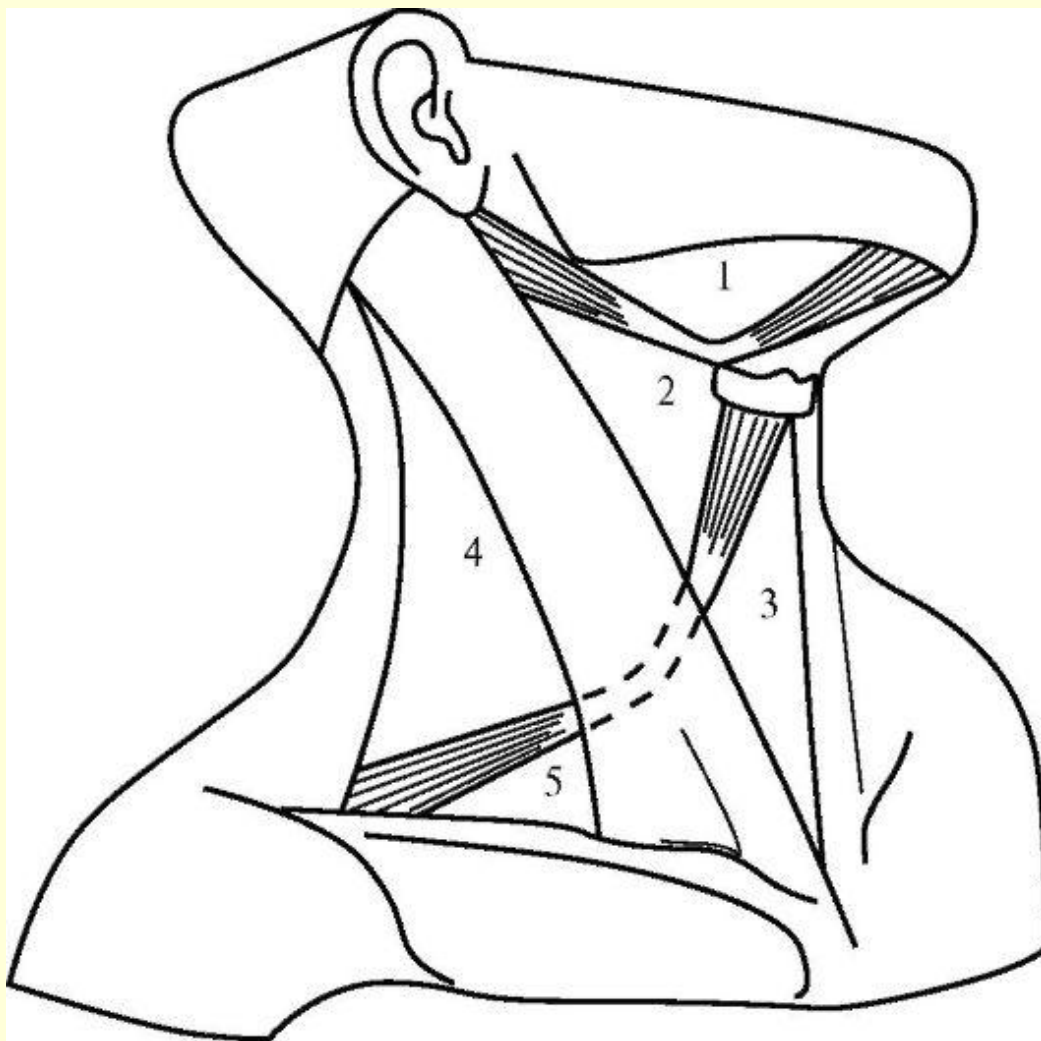
Области и треугольники

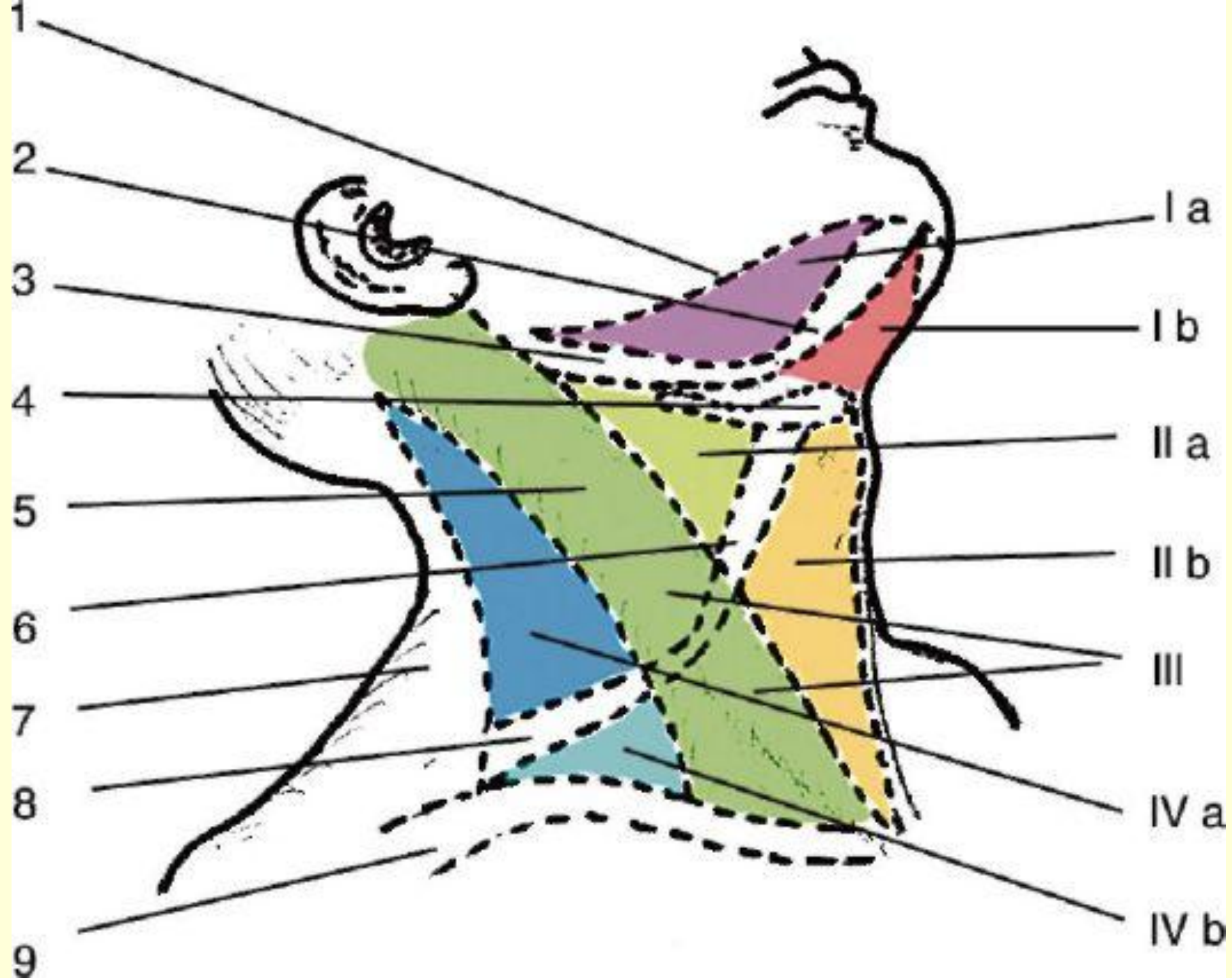
- 1—trigonum submandibularis;
- 2—trigonum caroticum;
- 3—область кивательной мышцы;
- 4—trigonum omotracheale;
- 5—trigonum omo-claviculare;
- 6—trigonum omo-trapezoideum;
- 7—зачелюстная ямка

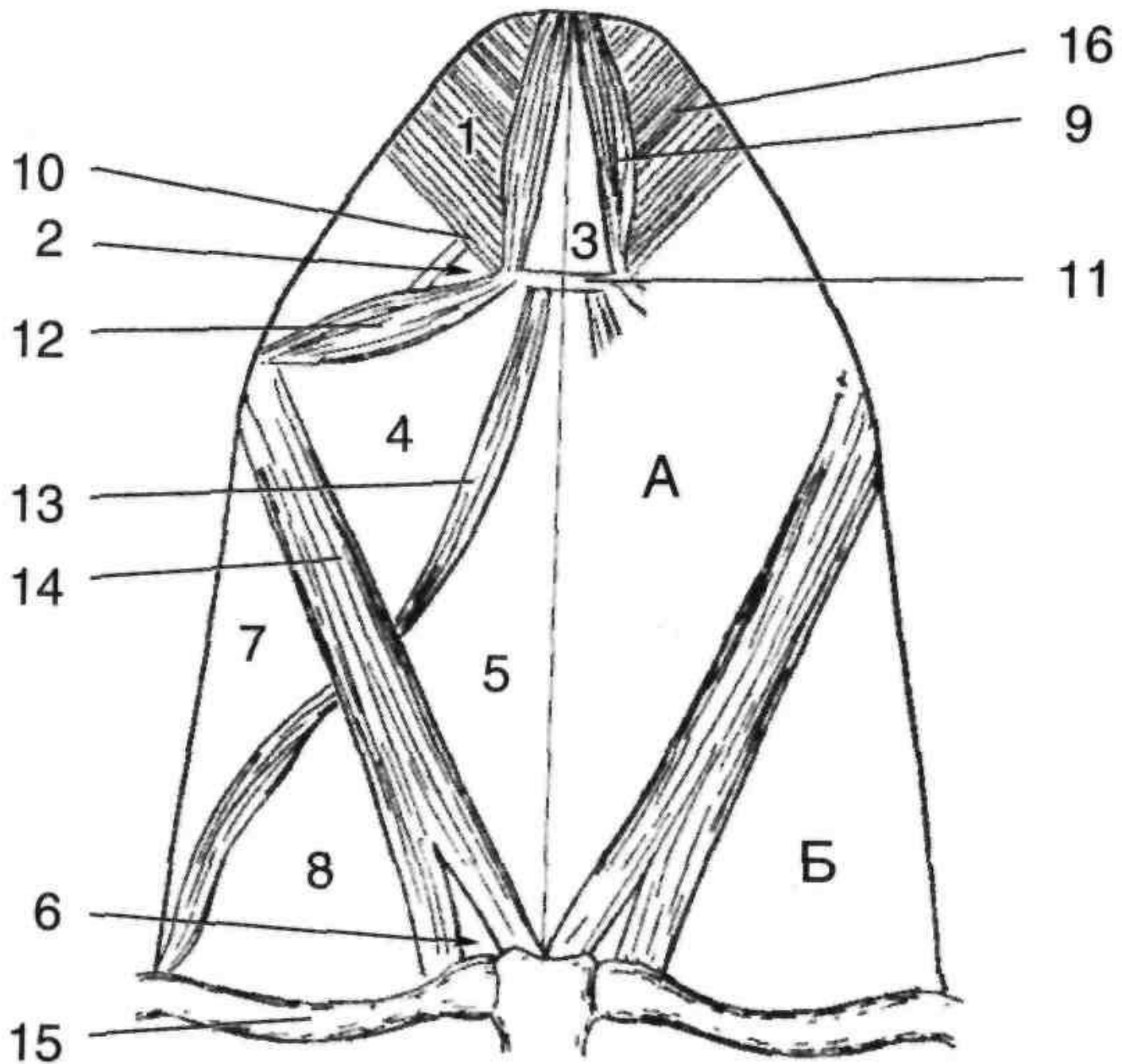


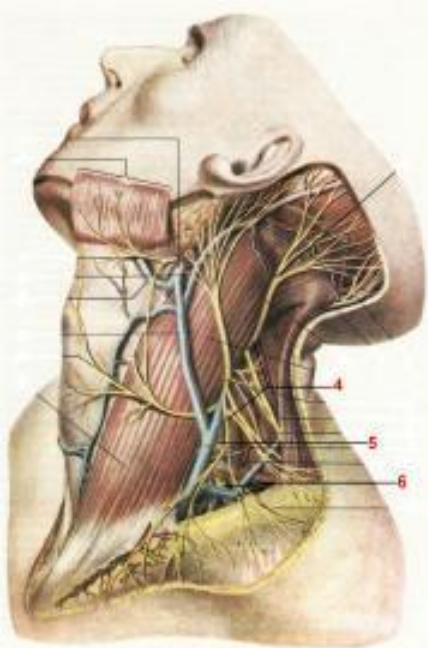


Области и треугольники









РЕФЛЕКСОГЕННЫЕ ЗОНЫ ШЕИ

1. Основной сосудисто-нервный пучок шеи (общая сонная артерия, блуждающий нерв и внутренняя яремная вена)

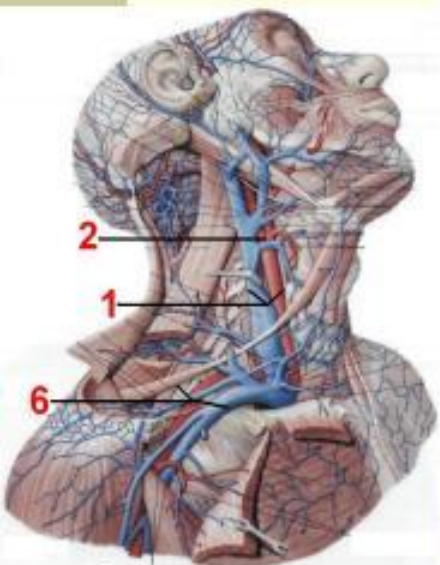
2. Синокоратидная рефлексогенная зона (бифуркация общей сонной артерии) - проецируется по верхнему краю щитовидного хряща на 1 см кнаружи.

3. Узлы пограничного симпатического ствола: верхний узел проецируется на поперечный отросток C_3 ; средний узел проецируется на поперечный отросток C_6 ; шейно-грудной (звездчатый) узел проецируется на уровне шейки первого ребра.

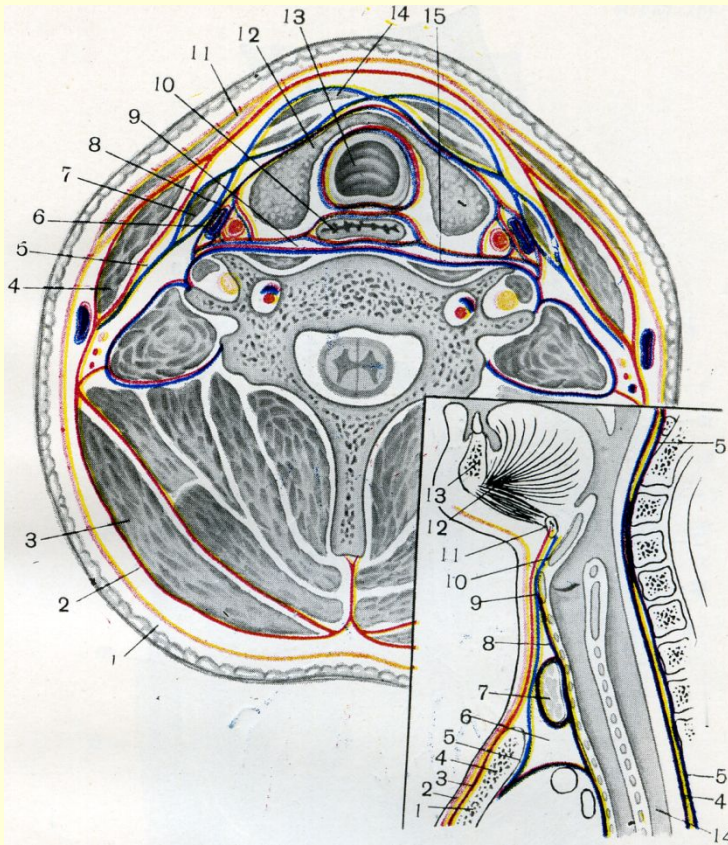
4. Шейное сплетение

5. Плечевое сплетение

6. Подключичная артерия и стволы плечевого сплетения проецируются по середине ключицы.



ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ШЕИ



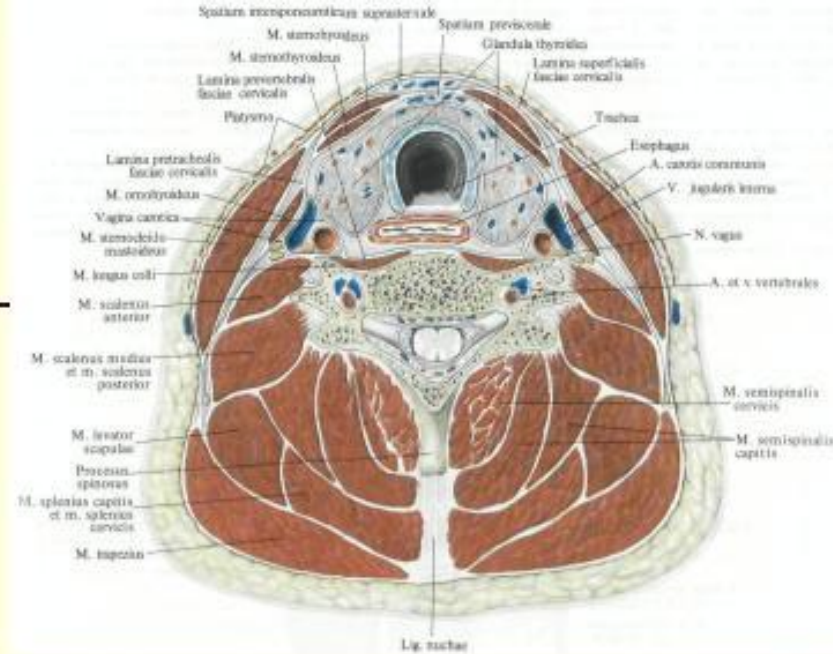
В области шеи хорошо развиты **фасции**. Они имеют сложный ход и образуют футляры мышц, капсулы органов и влагалища сосудисто-нервных стволов. По классификации В.Н. Шевкуненко, имеющей наибольшее практическое значение, на шее выделяются 5 фасций. В этой классификации представлены как поверхностные, так и все собственные фасции шеи. Первая фасция шеи – поверхностная связана тяжами с кожей; вторая – поверхностный листок собственной фасции шеи; третья – глубокий листок собственной фасции; четвертая – эндоцервикальная фасция шеи; пятая – предпозвоночная фасция.

ФУНКЦИИ ФАСЦИЙ

- Защита
- Фиксация
- Способствуют биомеханике мышц
- Ограничивают клетчаточные пространства
- С фасциями сращена наружная оболочка вен:

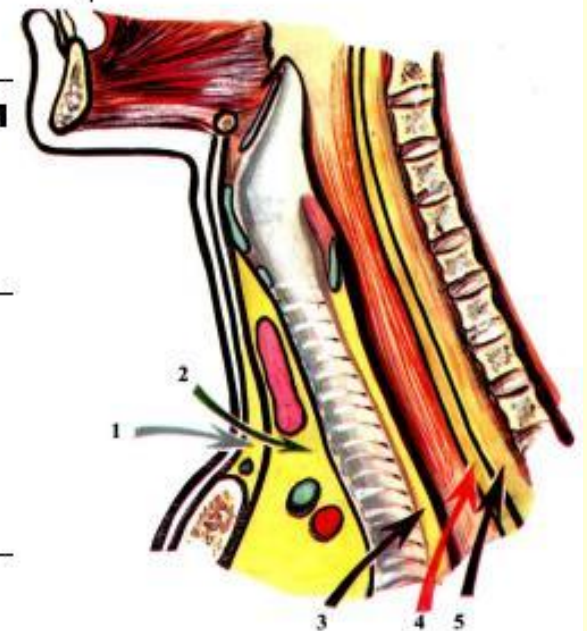
«+» вены расширены,
регуляция притока и оттока
крови от головного мозга

«-» не спадаются, при ранениях
возможна воздушная эмболия



СООБЩАЮЩИЕСЯ

Основного сосудисто-нервного пучка	Образовано париетальным листочком 4 фасции	Вверх – до основания черепа, вниз – с передним и задним средостением
Предвисцеральное (предорганное)	Между париетальным и висцеральным листочками 4 фасции	Вниз – с передним средостением
Ретровисцеральное (позадиорганное)	Между париетальным листочком 4 и 5 фасцией	Вниз – с задним средостением
Бокового треугольника шеи	Между 2 и 5 фасциями	С лопаточной, подмышечной областями, передним средостением



ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ШЕИ

Между фасциальными слоями образуются **клетчаточные пространства:**

-надгрудинное;

--предвисцеральное (предтрахеальное);

-- сосудисто-нервного пучка;

--грудиноключично-сосцевидной
мышцы;

-- окологлоточное (околопищеводное);

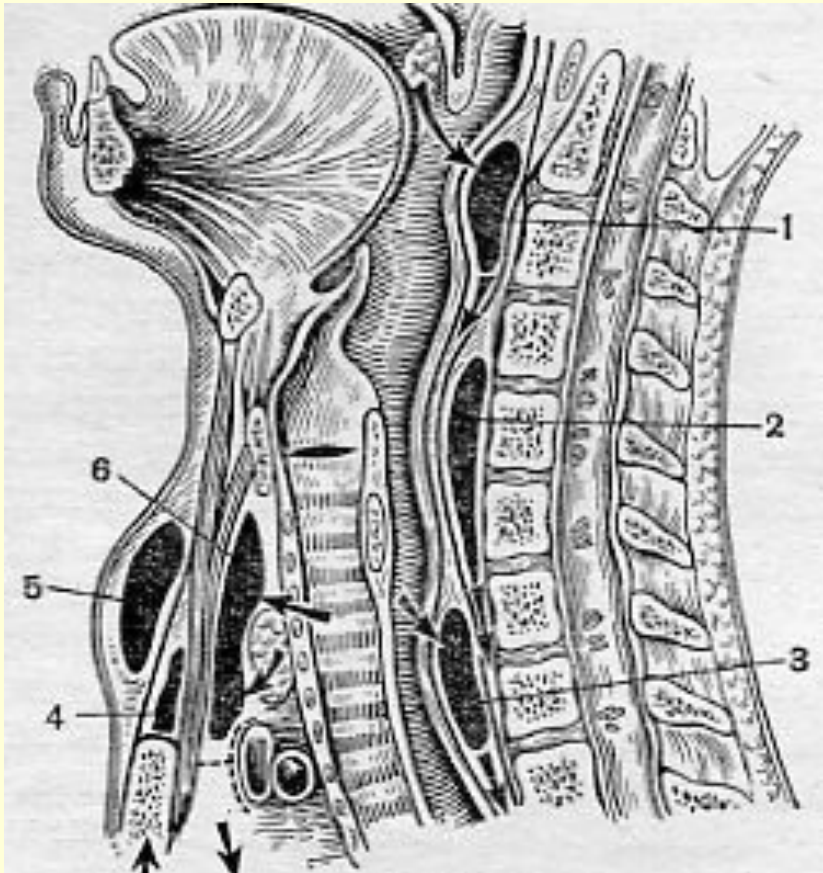
-- позадиглоточное (позадипищеводное);

-- предпозвоночное;

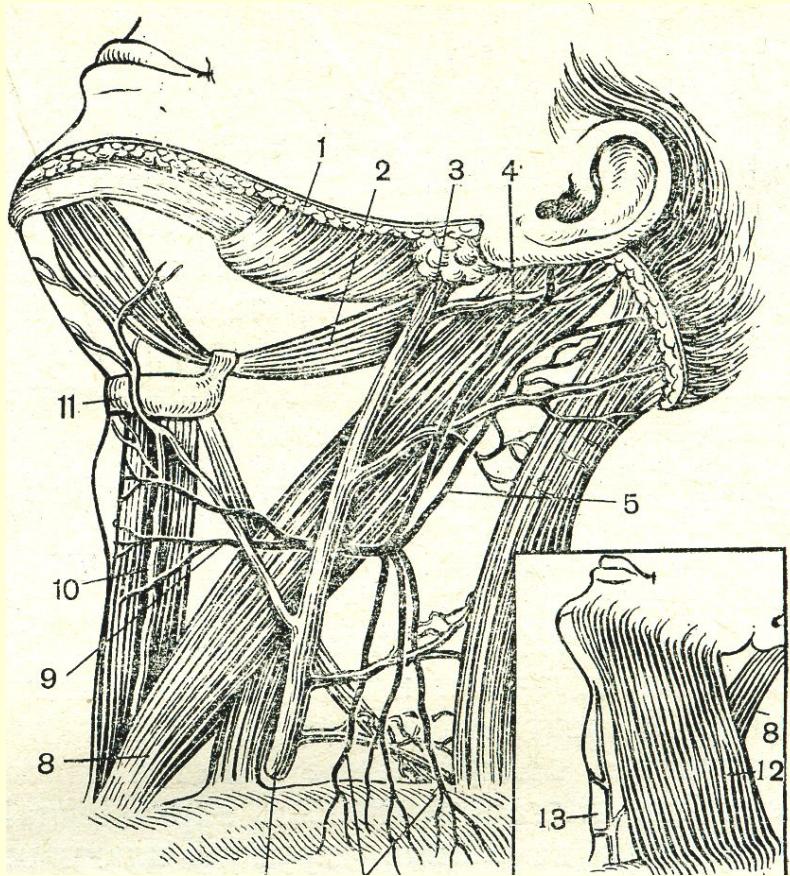
-- поднижнечелюстной слюнной железы;

-- боковой поверхности шеи;

-- лестнично-позвоночное.



ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ШЕИ

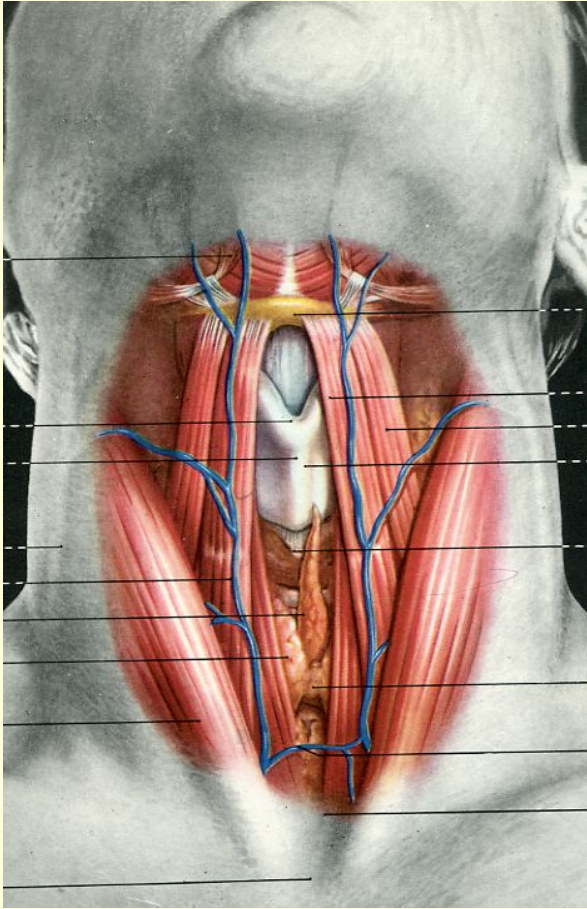


Важнейшую **рефлексогенную зону** шеи составляют блуждающий и симпатический стволы, имеющие многочисленные связи со всеми нервными сплетениями органов шеи, грудной полости, со сплетениями спинномозговых нервов, с каротидной и подключичной рефлексогенными зонами.

Эти ветви от узлов симпатического ствола и блуждающего нерва идут по ходу сонных артерий.

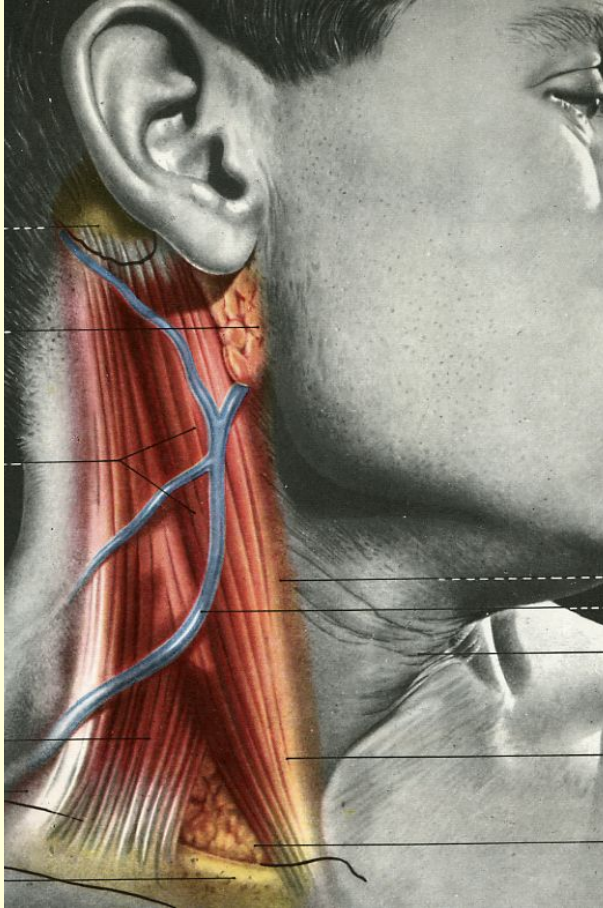
Наличие большого количества рефлексогенных зон обуславливает необходимость особенно тщательного обезболивания при операциях на органах шеи.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ШЕИ



Характерной чертой топографической анатомии шеи, имеющей большое практическое значение, является **смещаемость органов** этой области при движениях головы. Так, гортань, трахея и глотка смещаются в сторону поворота, а пищевод – в противоположную сторону от поворота головы. Запрокидывание головы назад сопровождается выпрямлением и приближением трахеи к кожным покровам. При наклонении головы вперед трахея становится извилистой.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ШЕИ

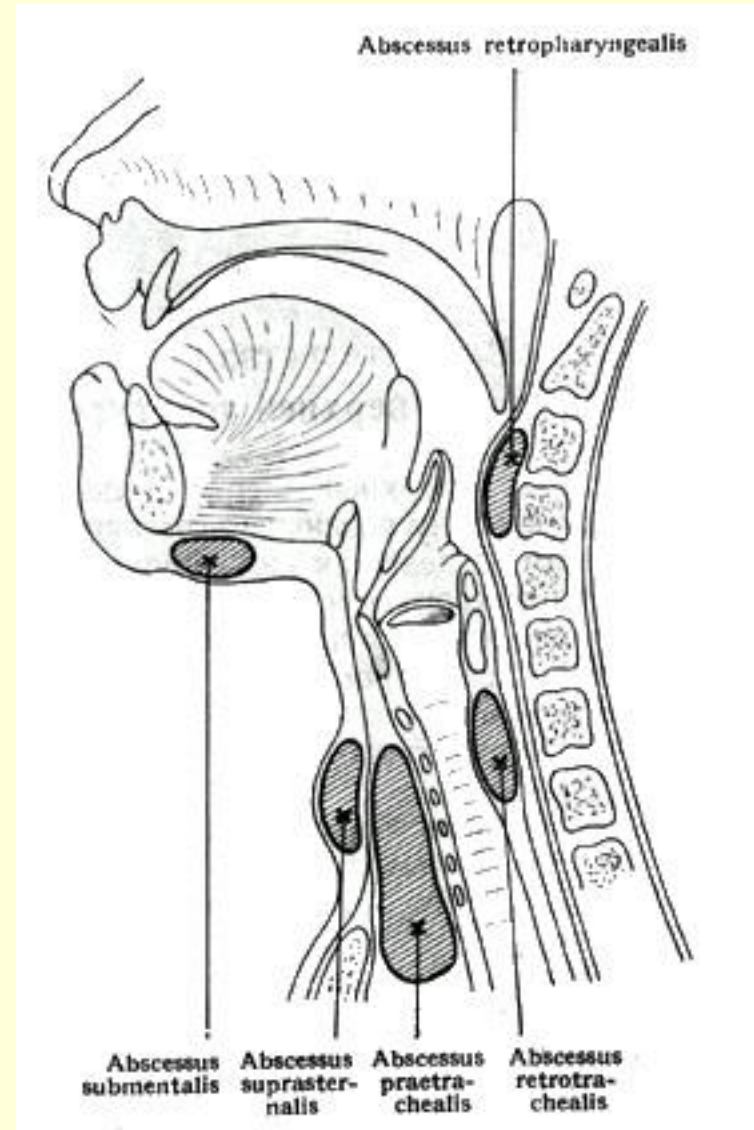


Общая сонная артерия при поворотах головы смещается в ту же сторону, а внутренняя яремная вена заходит при этом на артерию, частично прикрывая ее спереди.

Грудино-ключично-сосцевидная мышца прикрывает артерию на стороне поворота головы, на другой – отходит от артерии. При запрокинутой голове грудино-ключично-сосцевидные мышцы оставляют сосуды более или менее открытыми.

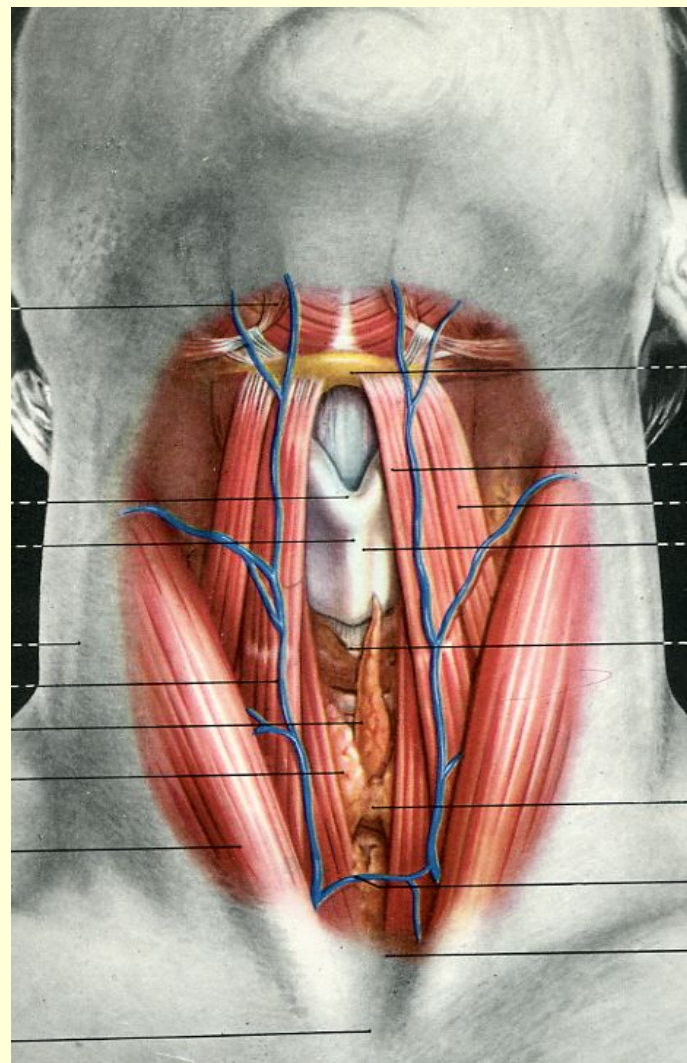
ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ШЕИ

Важным условием проведения операций на шее является тщательный гемостаз, так как гематомы могут нагнаиваться и инфекция из глубоких слоев шеи по лимфатическим, кровеносным путям и клетчаточным пространствам может проникнуть в средостение и вызвать тяжелый медиастинит.



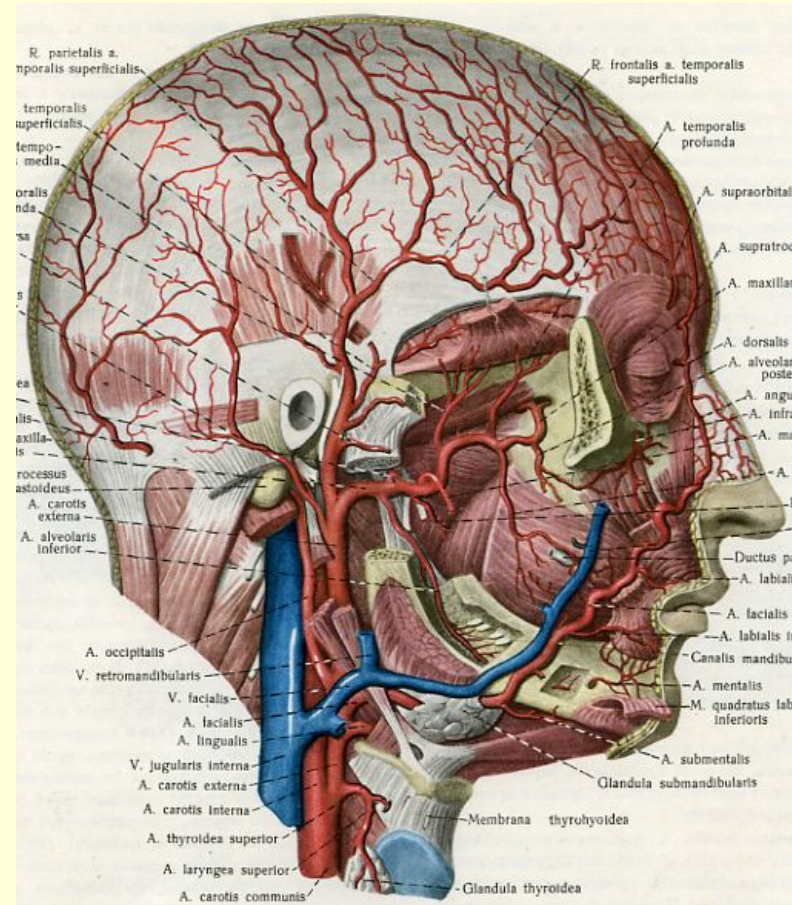
Сонный треугольник

- верхнее брюшко лопаточно-подъязычной,
- заднее брюшко двубрюшной
- передний край кивательной мышц)



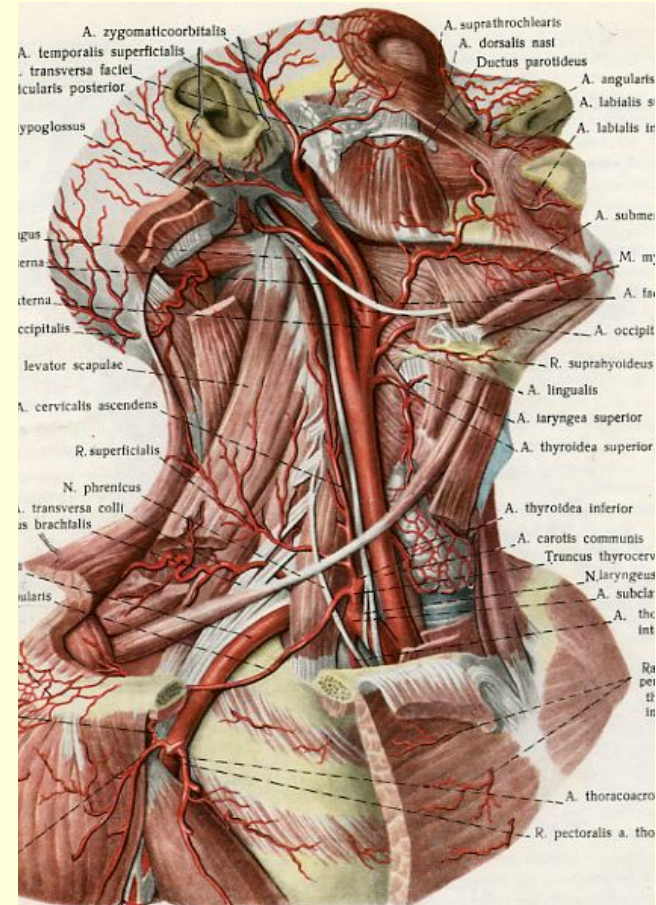
Треугольник Пирагова

- m. milohioideus,
- n. hipoglossus
- и сухожилие m. digastricus.
- На дне этого треугольника раздвигая волокна m. hipoglossus, можно перевязать язычную артерию.



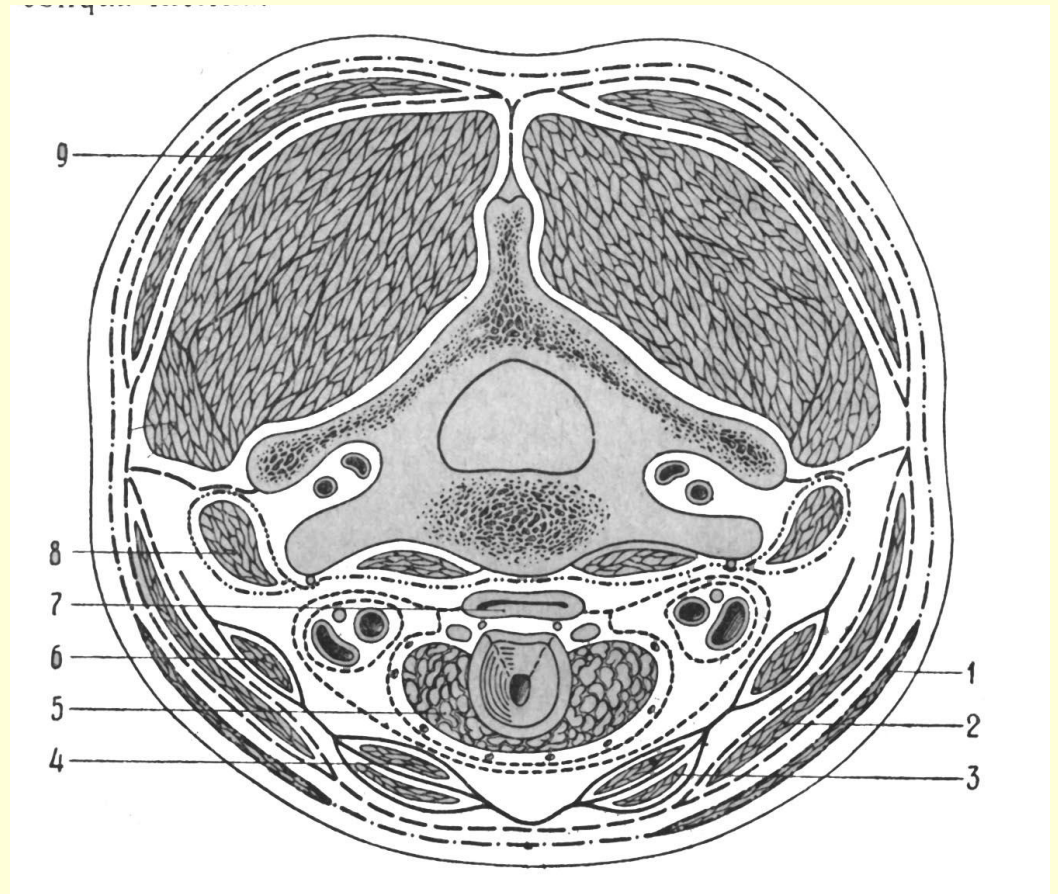
Лестнично-позвоночный треугольник

- медиально длинные мышцы шеи и позвоночник,
- латерально – передняя лестничная мышца,
- снизу купол плевры.
- Вершина треугольника доходит до поперечного отростка VI шейного позвонка (сонный бугорок).

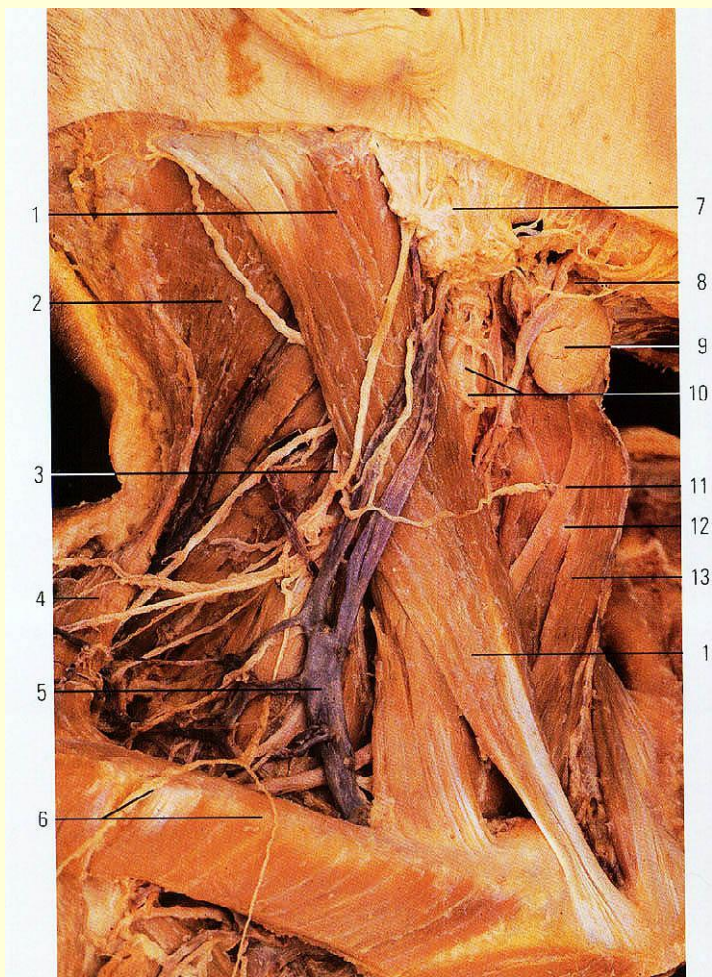


СНП шеи

- Сонная артерия
- Блуждающий нерв
- Вн. Яремная вена



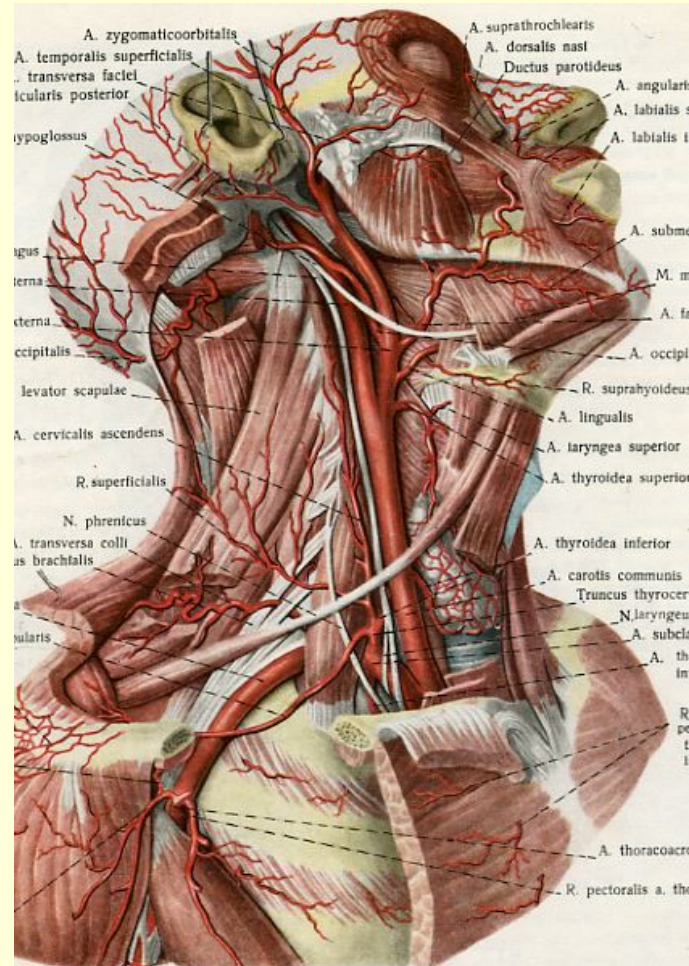
Шейное сплетение (plexus cervicalis) (C1 – C4).



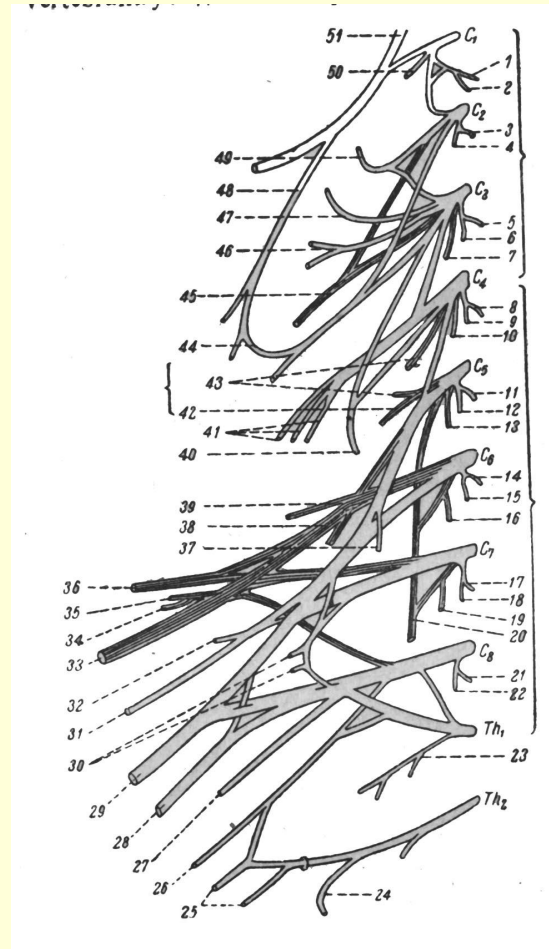
- большой и малый затылочные,
- большой ушной,
- поперечный шейный
- надключичные

Диафрагмальный нерв(C3 – C4)

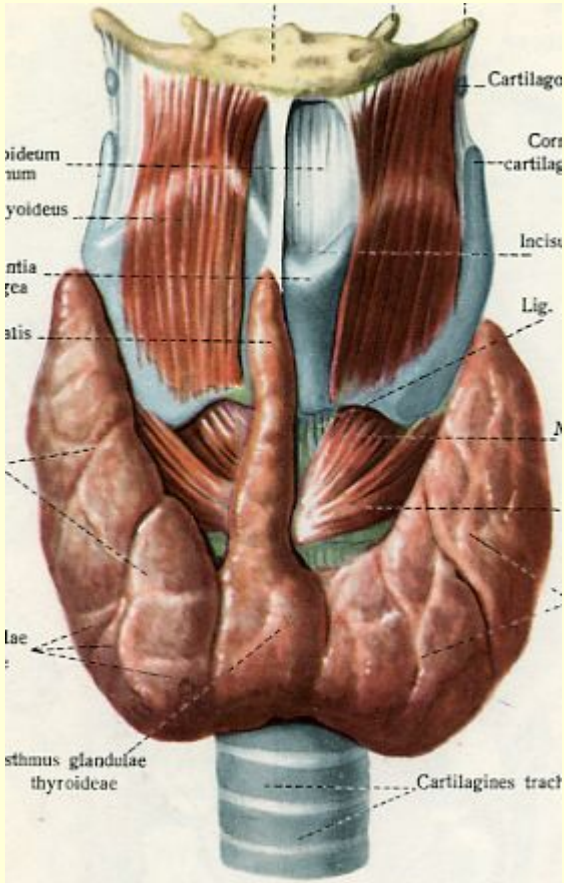
- проходит по передней поверхности лестничных мышц и проникает в грудную полость между подключичной артерией и веной



Плечевое сплетение (plexus brachialis) (C5 – Th1)

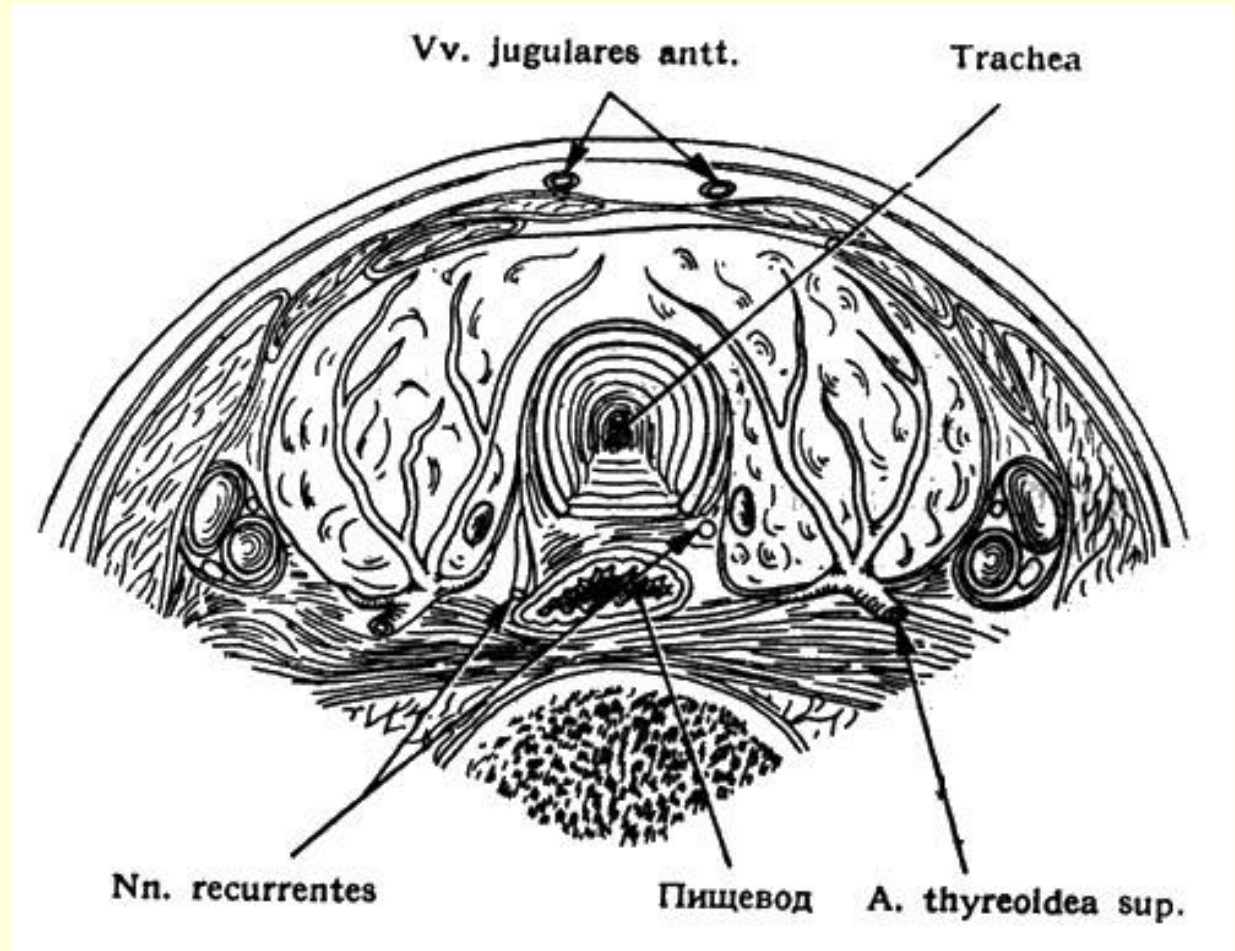
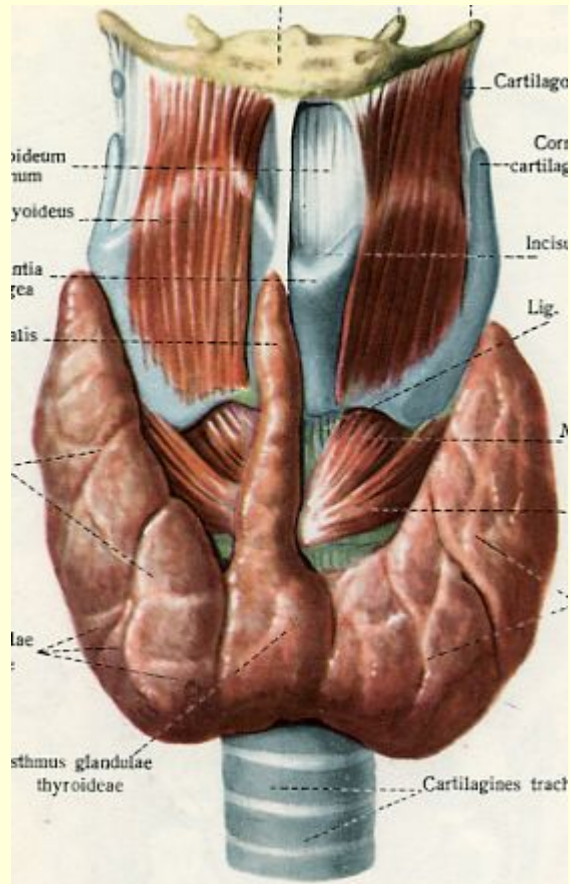


ОРГАНЫ ШЕИ

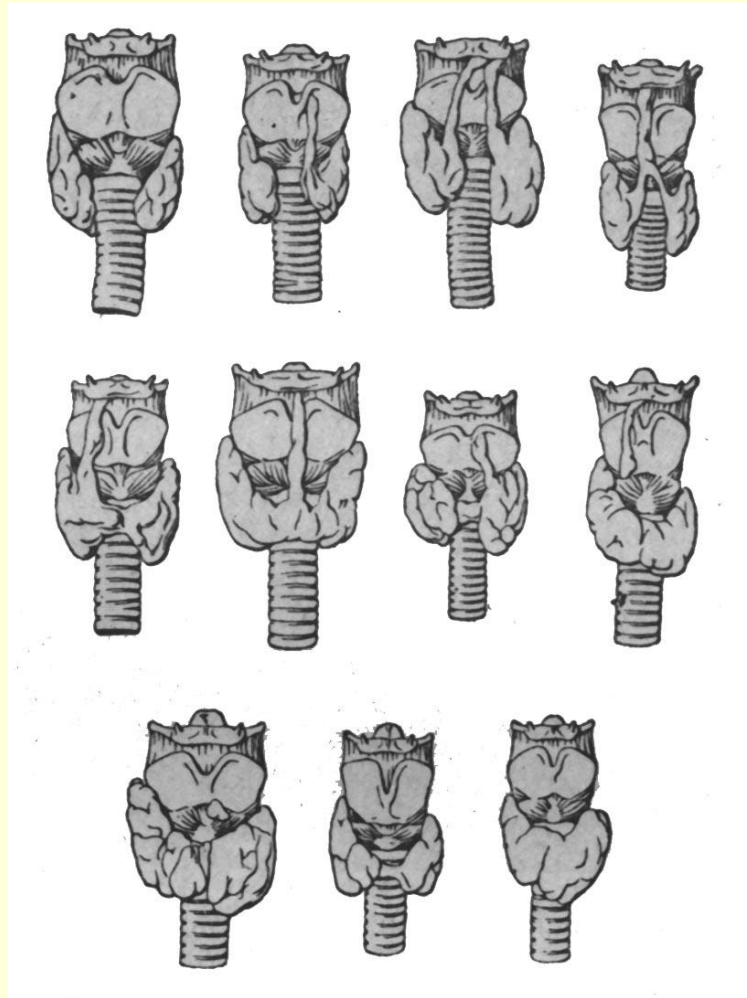


щитовидная железа располагается в подъязычной области шеи. Она состоит из двух долей, перешейка и в одной трети случаев от перешейка отходит пирамидальная доля. Железа окружена собственной капсулой, поверх которой находится висцеральный листок четвертой фасции шеи. Между капсулой и фасцией находятся сосуды, нервы и околощитовидные железы. Кровоснабжение железы осуществляется парными верхними и нижними щитовидными артериями. Венозная кровь от железы собирается в венозном сплетении, располагающемся преимущественно на передней поверхности ее. Из этого сплетения берут начало верхние, средние и нижние щитовидные вены.

Синтопия щитовидной железы

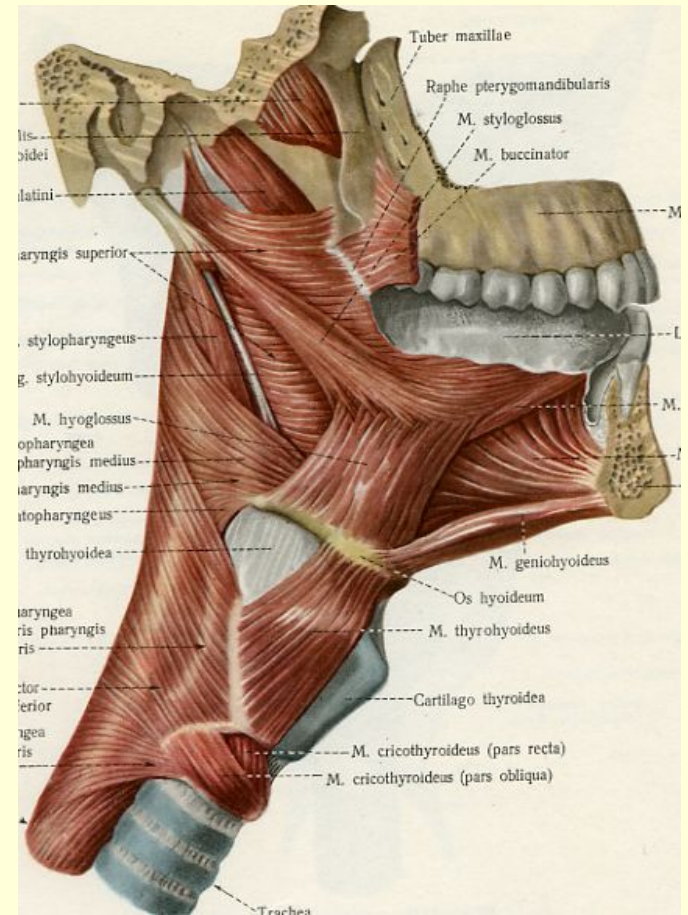


Формы щитовидной железы



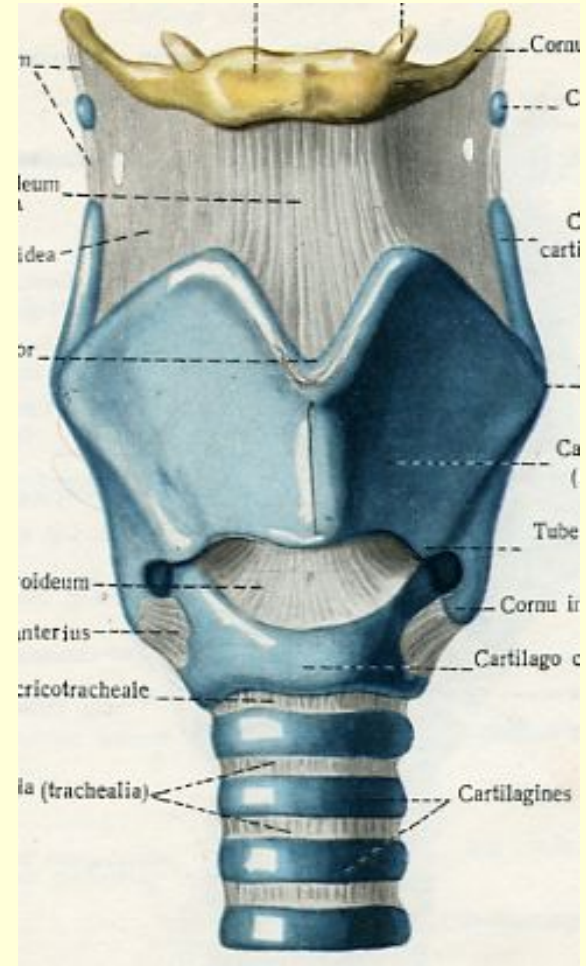
Гортань

- **Гортань** (Larinx) содержит голосовые связки (проецируются на середину пластинок щитовидного хряща).
- Спереди расположены мышцы (m.m. sternohioidea, sternotireoidea), по бокам дольки щитовидной железы, позади глотка, сверху – надгортанник.
- Существенное практическое значение имеют особенности иннервации гортани. Иннервирует симпатический и блуждающий нерв.



гортань

- Гортань делится на 3 отдела:
- преддверие (до ложных связок),
- межсвязочное пространство (от ложных до истинных голосовых связок),
- подсвязочное пространство (от истинных голосовых связок до трахеи).



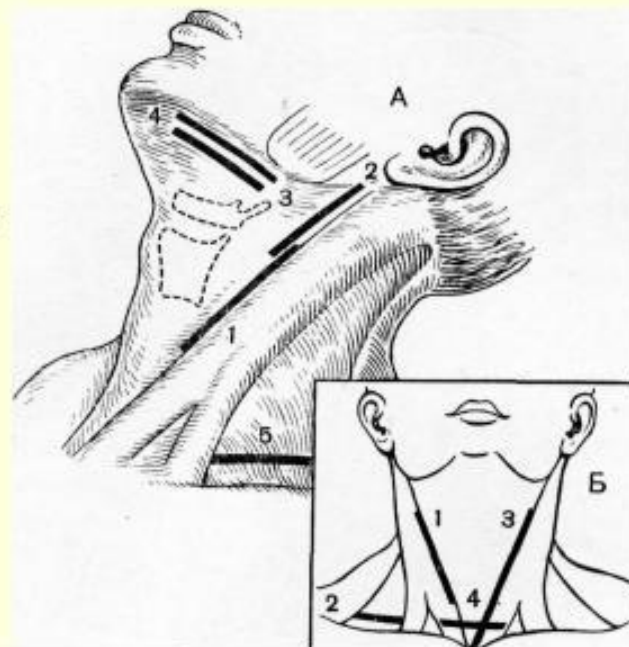
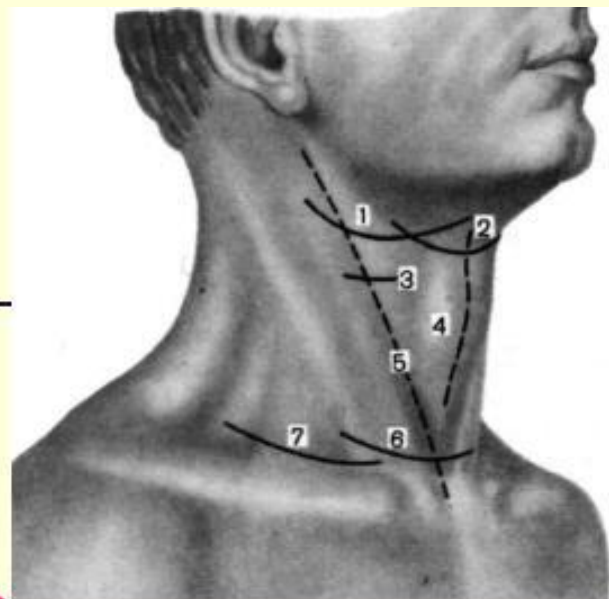
Глотка (Pharynx).

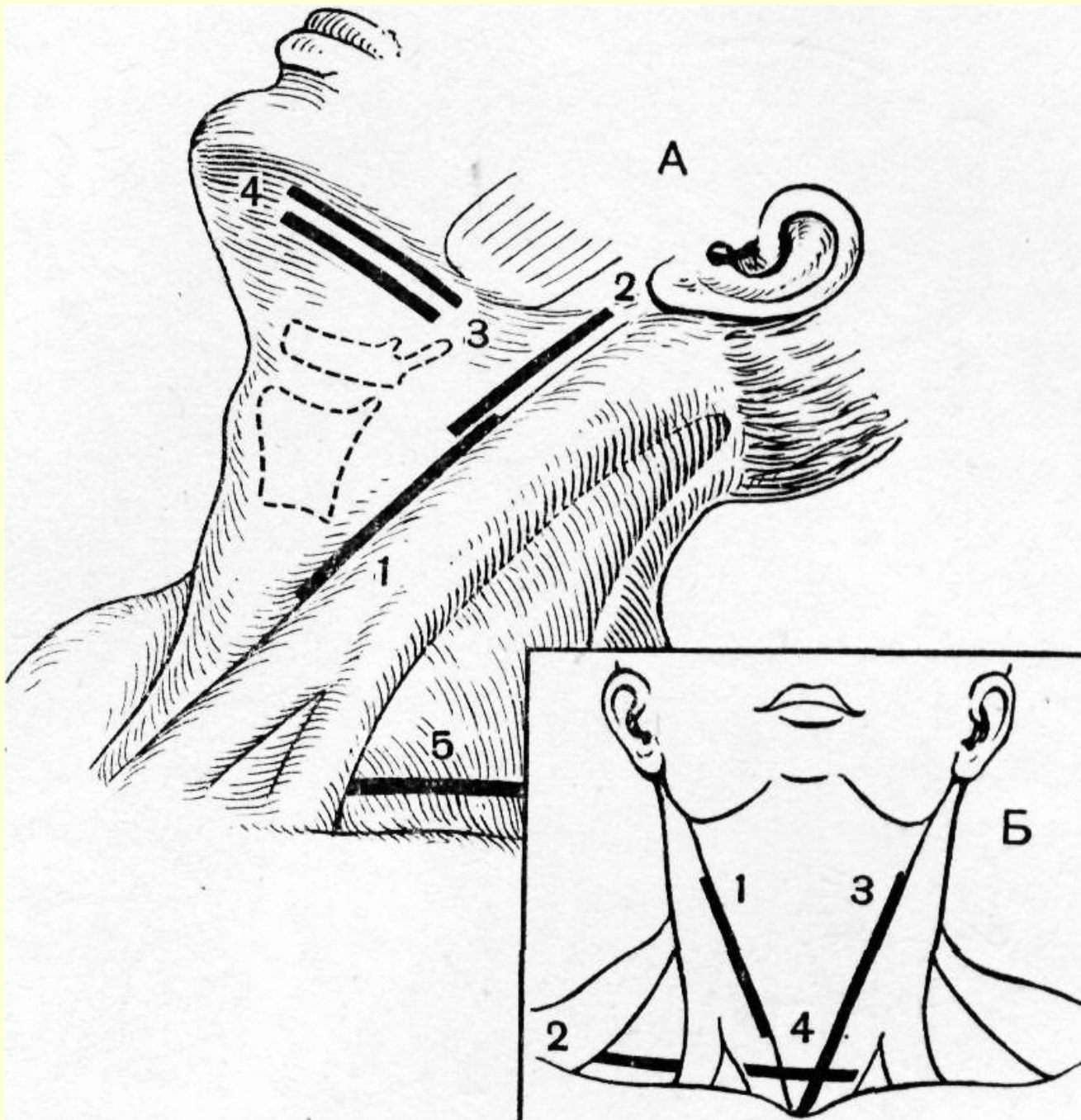
- Границы: сверху - основание черепа, снизу - VI шейный позвонок.
- Окружена со всех сторон клетчаткой
- заглоточное,
- Окологлоточное
- и впередиглоточное пространство, в которой могут развиваться абсцессы. В окологлоточном пространстве располагаются ВСА, ВЯВ и четыре последние пары ЧМН:
- языкоглоточный (IX),
- блуждающий (X),
- добавочный (XI)
- подъязычный (XII).
- Этим объясняются сильные головные боли при воспалении глотки, особенно, у больных после тонзилэктомии.

РАЗРЕЗЫ НА ШЕЕ

■ ТРЕБОВАНИЯ:

- Достаточный доступ
- Косметичность
- Группы оперативных доступов на шее:
 - **вертикальные** (по срединной линии шеи)
 - **косые** (по переднему или заднему краю кивательной мышцы)
 - **поперечные** (для обнажения щитовидной железы)
 - **комбинированные**





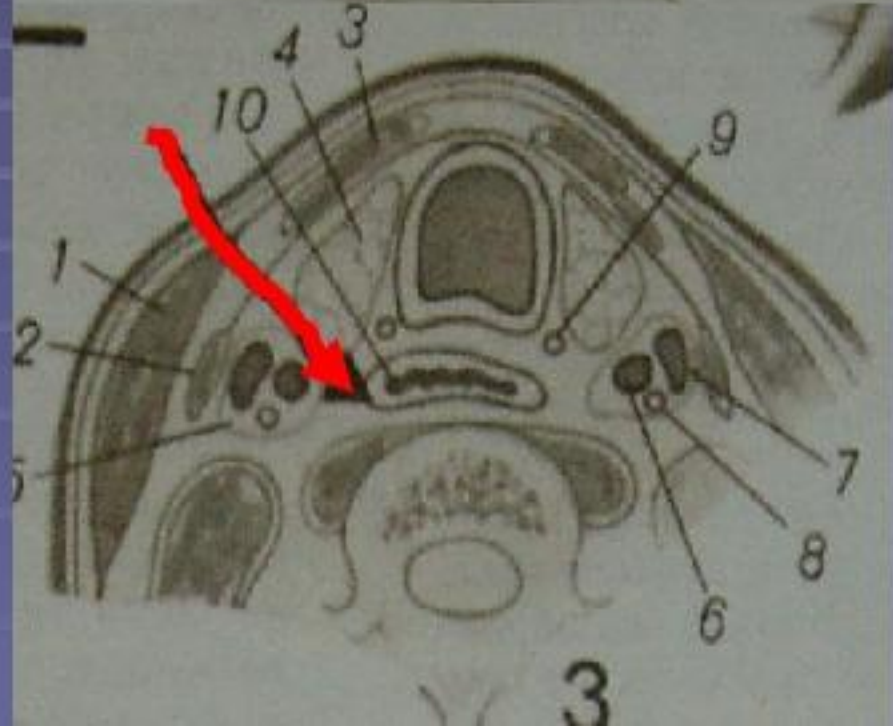
Доступ к шейной части пищевода

Показания: инородные тела, стриктуры, ранения;

Доступ: слева вдоль переднего края *m.SCM* от яремной вырезки до щитовидного хряща.

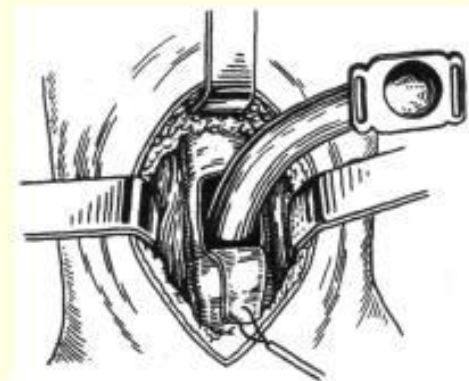
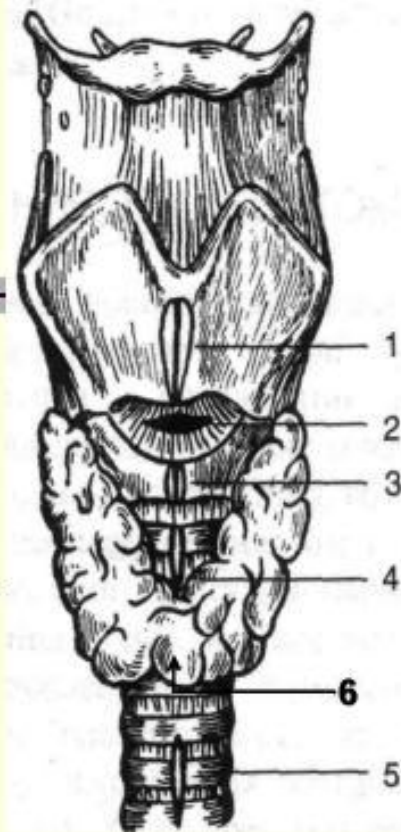
Прием: под листком внутришейной фасции, позади трахеи обнажается пищевод на 3 см выше VI шейного позвонка.

Разрез на пищеводе продольно, а шов – поперечно двухрядный.



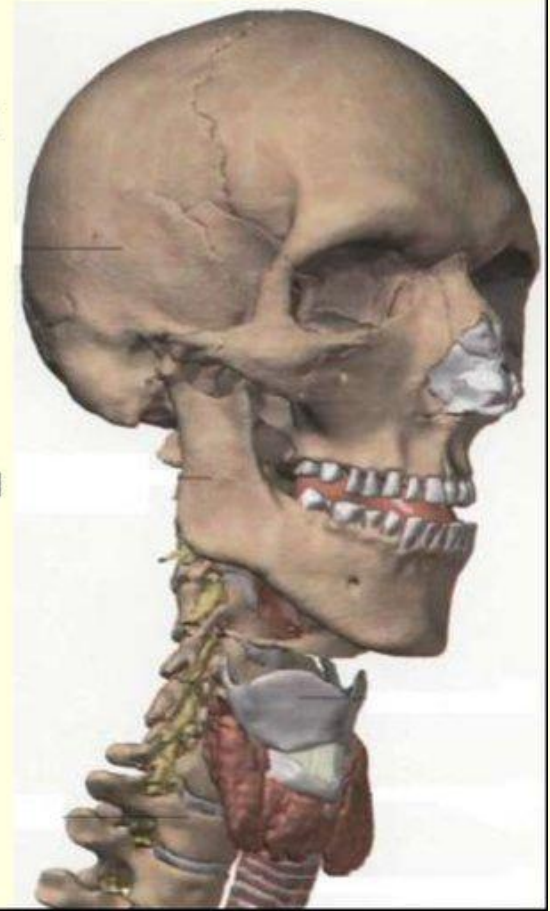
ВИДЫ ТРАХЕОСТОМИИ

- **Тиреотомия** – рассечение щитовидного хряща
- **Коникотомия** – рассечение щитоперстневидной СВЯЗКИ
- **Крикоотомия** - рассечение перстневидного хряща
- **Виды трахеостомии по месту вскрытия (относительно перешейка ЦЖ):**
 - **Верхняя** – выше пЦЖ, рассекают 2-3 кольца (1-е нельзя, т.к. м.б. перихондрит с деформацией)
 - **Средняя** – с пересечением пЦЖ, 3-4 кольца
 - **Нижняя** – ниже пЦЖ, 4-5 кольца, чаще выполняют у детей из-за высокого расположения ЦЖ
- **Виды трахеостомии по способу вскрытия трахеи:**
 - **Продольная**
 - **Поперечная** – не больше $\frac{1}{2}$ диаметра, т.к. можно повредить возвратные нервы
 - **Выкраивание лоскута по Бьерку**
 - **Фенестрация**



ОСОБЕННОСТИ РЕЗЕКЦИИ ЩЖ ПО НИКОЛАЕВУ

- 1) уменьшается вероятность удаления паращитовидных желез и развития микседемы – недостаточности щитовидной железы
- 2) перевязка щитовидных артерий на протяжении не производится, что обеспечивает хорошее кровоснабжение оставшейся ткани железы, паращитовидных желез и соседних органов. Кроме того, исключается риск повреждения возвратного нерва
- 3) обеспечивается минимальная кровопотеря при условии последовательного субфасциального и субкапсулярного захвата ветвей артерий и вен железы, анастомозов

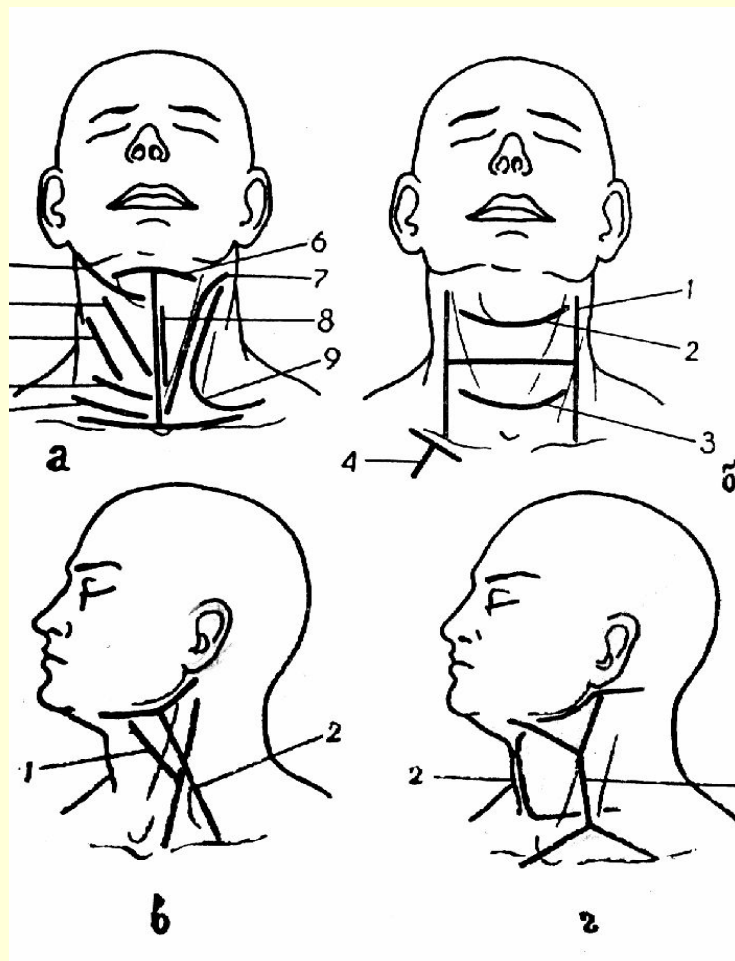


ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

Имеются 4 группы хирургических доступов к органам шеи: 1) вертикальные; 2) косые; 3) поперечные; 4) комбинированные.

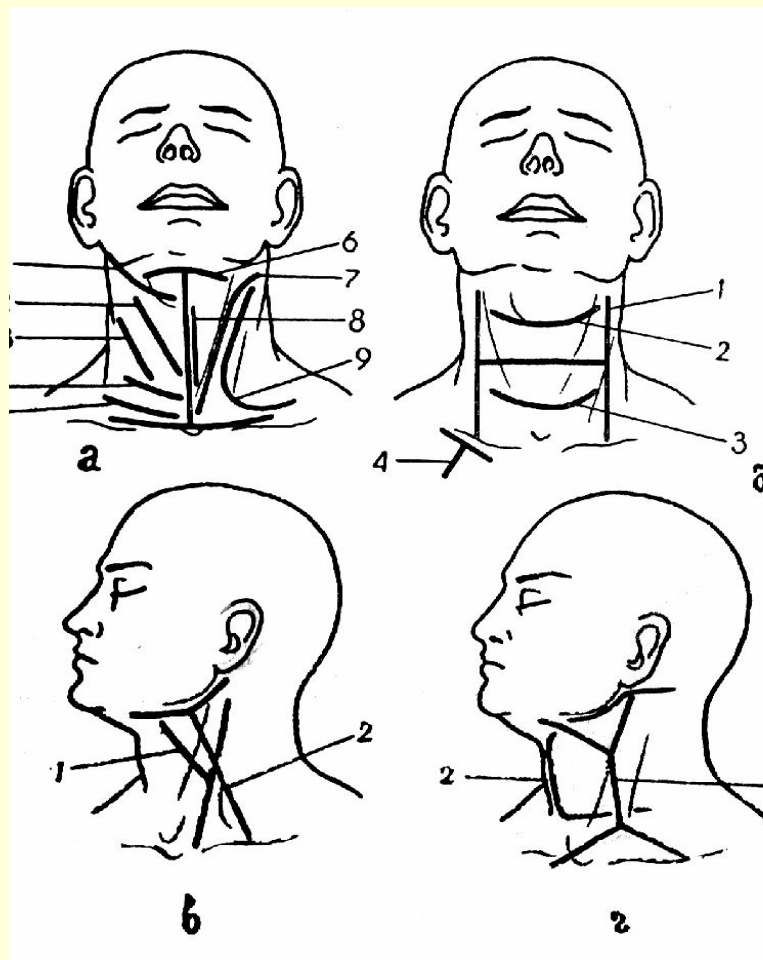
Вертикальные разрезы чаще всего проводятся по средней линии шеи, косые по переднему или заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы длиной 6-8 см, поперечные-воротниковые разрезы выполняются над грудиной с небольшим прогибом. Недостатком поперечных разрезов является то, что широкая подкожная мышца шеи рассекается поперечно. Поэтому иногда она не срастается, в результате чего образуются широкие обезображивающие рубцы. Поперечные разрезы не совпадают с направлением большинства шейных мышц, сосудов и нервов и не обеспечивают достаточного доступа к глубоко расположенным органам и тканям. При многих операциях на органах шеи одного прямолинейного разреза бывает недостаточно и применяются комбинированные-лоскутные разрезы.

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ



Хирургические доступы на шее, как и в других областях тела, должны обеспечивать свободный подход к органам. Важным является эстетическая сторона доступа, разрезы на шее должны удовлетворять косметическим требованиям так как эта часть тела обычно одеждой не закрывается. Известно, что кожные рубцы менее заметны в случаях, когда края раны имеют небольшую склонность к зиянию, рана заживает гладко и когда наблюдается совершенное срастание краев раны. Установлено, что рубцы при поперечных и разрезе по средней линии едва заметны, скрываются в кожных складках.

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

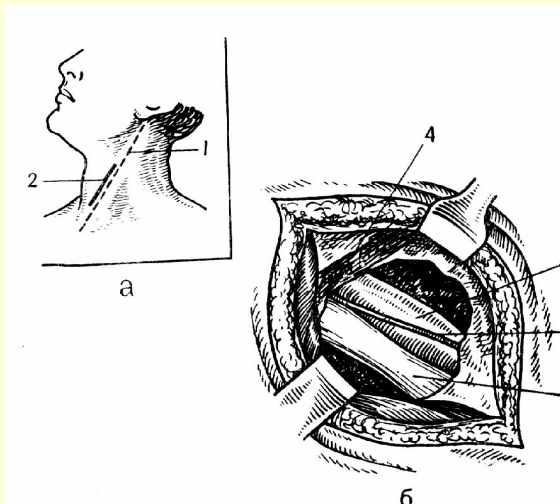


Разрезы на шее производятся чаще всего большие и преследуют цель обнажить не только измененные ткани, но также и те нормальные органы, ранения которых необходимо избегать при операции.

Рассечение подкожной клетчатки на шее производится осторожно из-за наличия в ней венозных стволов и возможности образования воздушной эмболии. Это обусловлено тесной связью вен с фасциями, зиянием просвета, близостью сердца и отрицательным давлением в грудной полости. Для предупреждения эмболии вены рассекаются между двумя лигатурами.

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

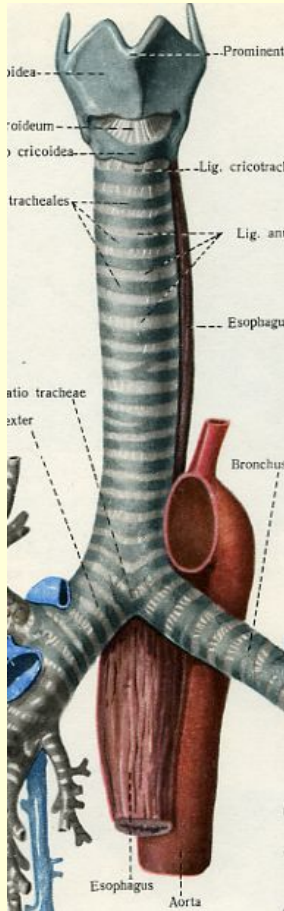
Перевязка общей сонной артерии чаще всего осуществляется несколько сантиметров ниже места ее деления, но выше перекреста с лопаточно-подъязычной мышцей, в пределах сонного треугольника.



Разрезом по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы от уровня верхнего края щитовидного хряща вниз на 6-7 см обнажается влагалище основного сосудисто-нервного пучка шеи. Общая сонная артерия осторожно и тщательно выделяется на небольшом протяжении так, чтобы не повредить внутренней яремной вены, блуждающего нерва и шейной петли.

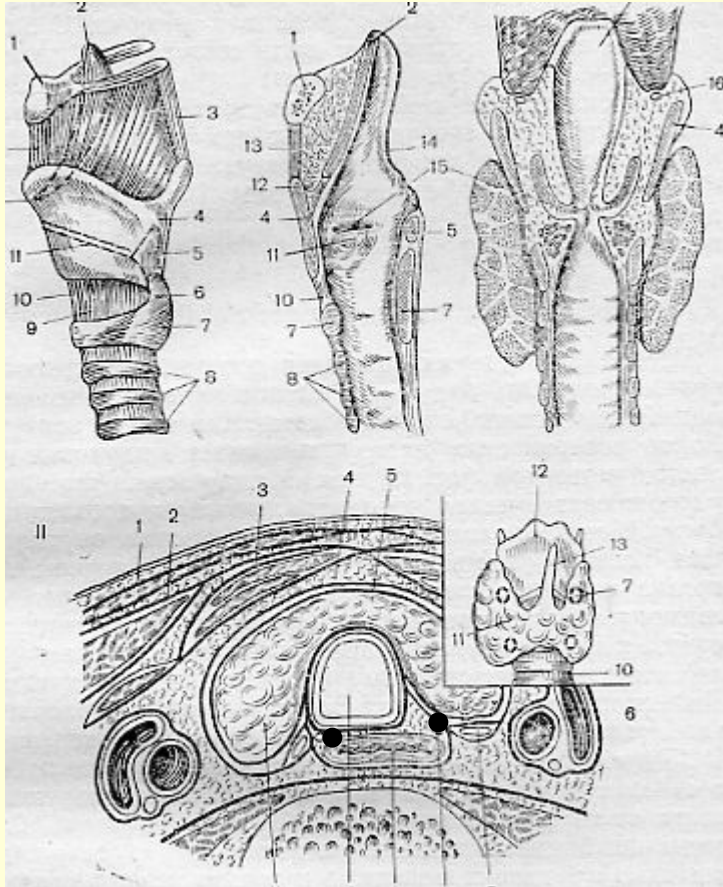
Со стороны внутренней яремной вены под общую сонную артерию подводятся две лигатуры: верхняя – на расстоянии 1-1,5 см от бифуркации, нижняя – проксимальнее от первой лигатуры на 1,5 см. Артерия между лигатурами пересекается.

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ



Операции на дыхательном горле. Трахеостомия – операция наложения стомы на дыхательное горло. Показаниями к этому оперативному вмешательству являются ранения гортани, трахеи, попадание инородных тел в верхние дыхательные пути, опухоли, нарушающие дыхание, острые и хронические воспалительные процессы, сопровождающиеся стенозом и недостаточностью притока воздуха. В результате достижений физиологии и патологии дыхания показания к этой операции значительно расширились. Она стала применяться в качестве лечебного метода при неотложных состояниях (бронхиальная астма, полиомиелит, ожоговая болезнь, тяжелая черепно-мозговая травма, травма грудной клетки с множественными переломами ребер) и после обширных оперативных вмешательств на органах груди, головном мозге и другие.

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

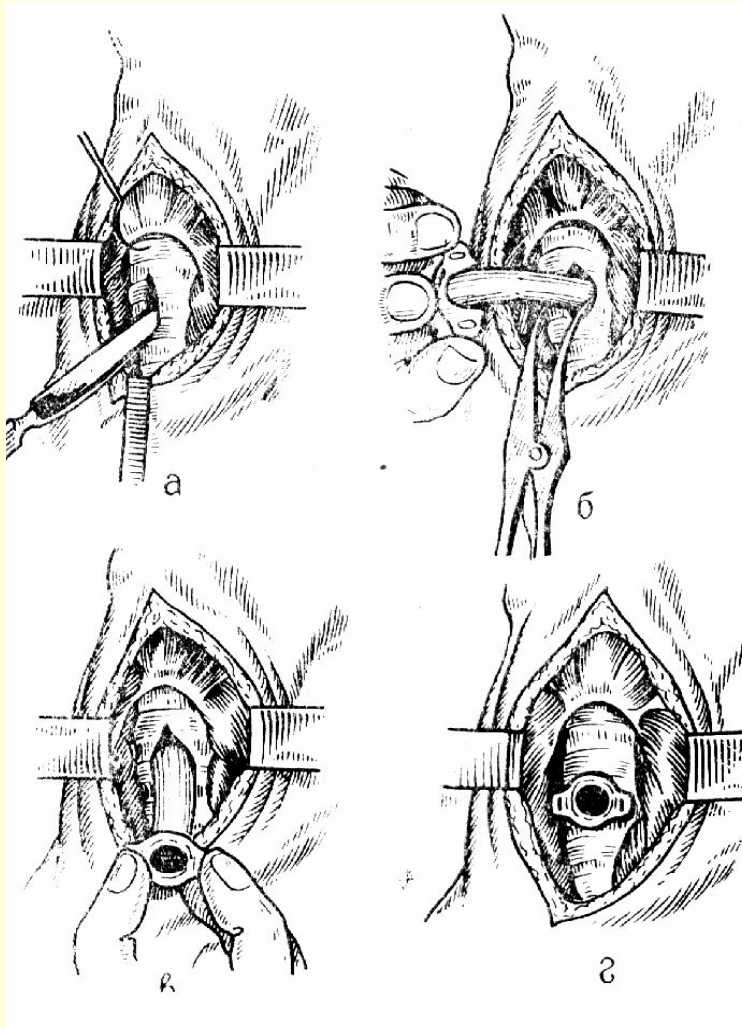


Трахея является продолжением гортани. Шейная часть трахеи располагается в подподъязычной области и состоит из 6-8 хрящевых полуколец.

Начало трахеи проецируется между телами VI и VII шейных позвонков, а шейная часть ее заканчивается на уровне нижнего края II или верхнего края III грудных позвонков.

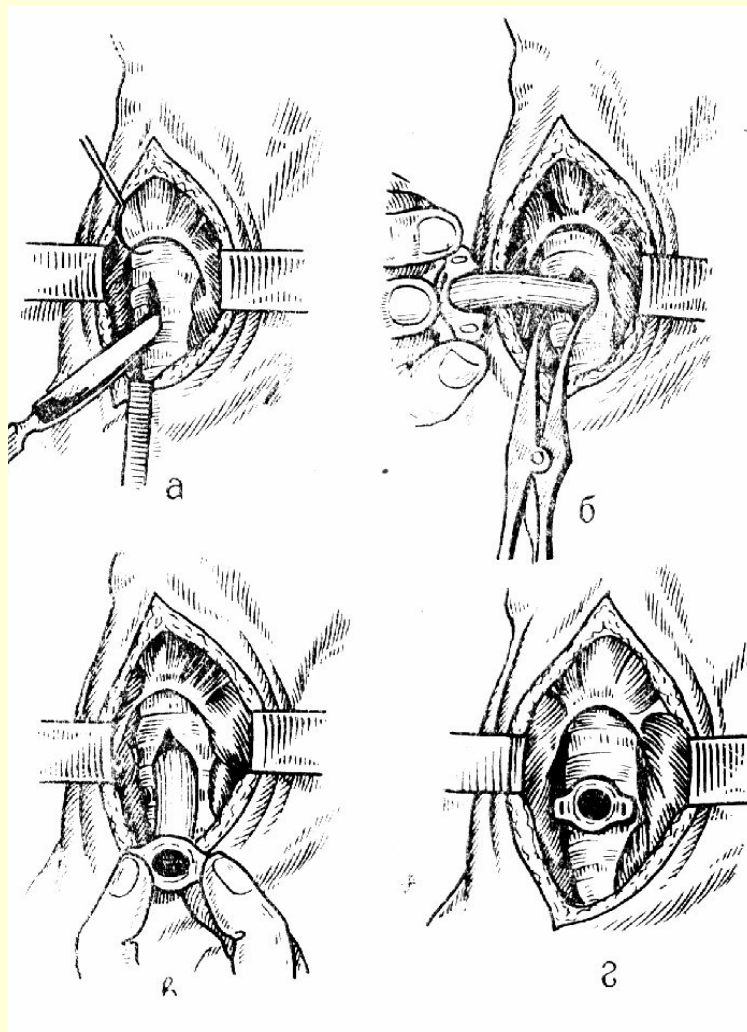
Спереди с боков верхняя часть трахеи соприкасается с щитовидной железой, нижняя часть - с клетчаткой претрахеального пространства. Кзади от трахеи находится пищевод, несколько выступающий влево. Слева между трахеей и пищеводом располагается левый возвратный нерв. Справа возвратный нерв проходит глубже позади трахеи по боковой стенке пищевода.

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ



В зависимости от горлосечения выделяется верхняя трахеостомия (трахея вскрывается выше перешейка щитовидной железы – рассекается второе – третье кольца трахеи), средняя (горлосечение производится на уровне перешейка щитовидной железы – рассекается третье – четвертое – пятое кольца трахеи) и нижняя трахеостомия (трахея вскрывается ниже перешейка щитовидной железы – рассекаются четвертое-пятое-шестое кольца трахеи).

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ



После обнажения трахеи разрезом строго по средней линии шеи от перстневидного хряща до яремной вырезки рукоятки грудины осторожно смещается кверху перешеек щитовидной железы, трахея фиксируется одним или двумя однозубыми крючками и остроконечным скальпелем рассекаются два-три кольца трахеи. Спинка скальпеля при этом обращается к яремной вырезке грудины во избежание ранения плече-головного ствола при аномальном его расположении. Трахеостомическая канюля вставляется по расширителю трахеи в три приема: а) конец канюли вводится в отверстие трахеи при положении ее щитка в сагиттальной плоскости; б) щиток переводится во фронтальную плоскость; в) канюля продвигается в дыхательное горло.

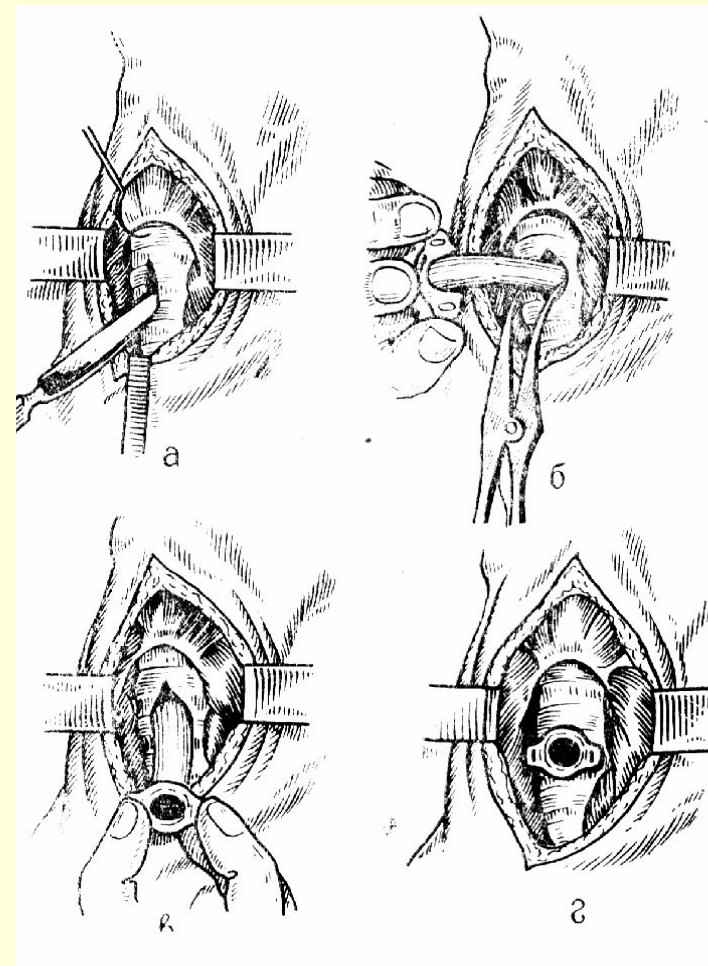
ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

3 группы осложнений.

Первая группа – осложнения, возникающие в процессе выполнения операции. К ним относятся: кровотечение (ранение плече-головного ствола, нижних щитовидных вен, перешейка щитовидной железы), затруднения в нахождении дыхательного горла, повреждение передней стенки пищевода, введение канюли в подслизистое пространство трахеи, асфиксия.

Вторая группа – кровотечение (из поврежденного перешейка щитовидной железы, из плече-головного ствола в результате пролежня), асфиксия, подкожная или средостенная эмфизема, аспирационная пневмония, пневмоторакс, некроз колец трахеи.

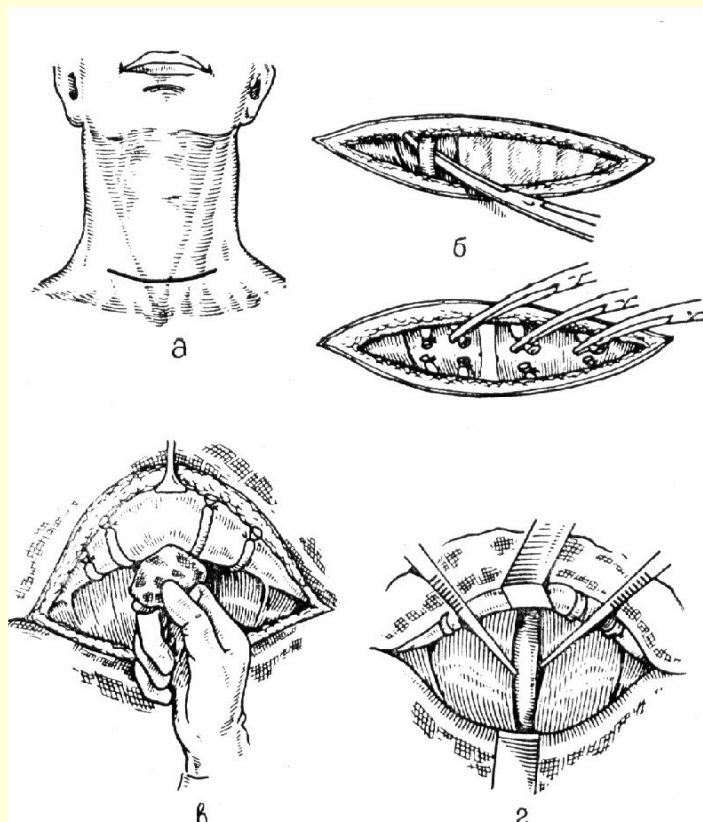
Третья группа обтурирующий эндотрахеит, трахеобронхит, абсцесс или гангрена легкого, абсцедирующая пневмония.



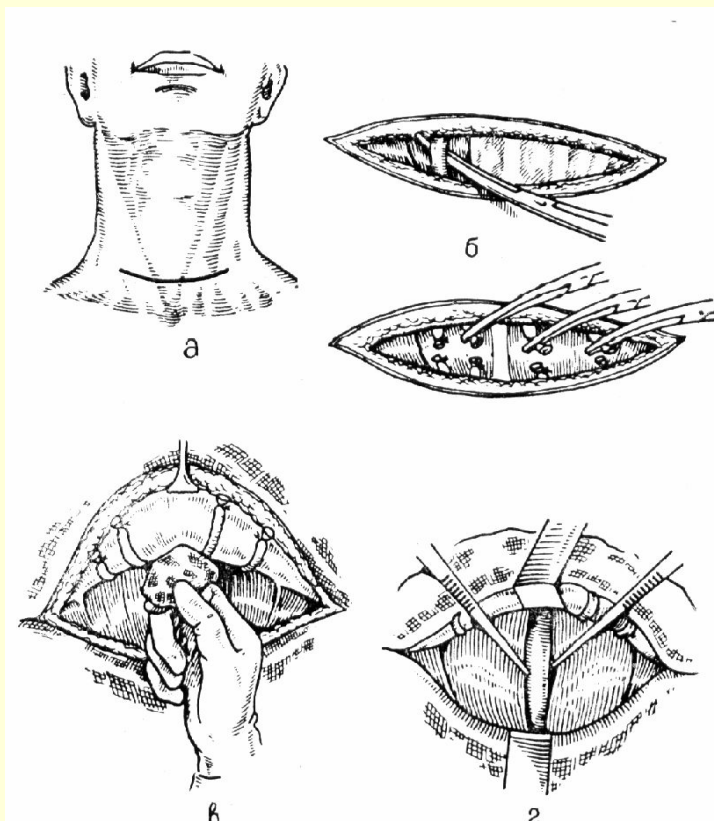
ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

Различают следующие типы операций на щитовидной железе: удаление части органа (резекция), вылушение узла (энуклеация), сочетание энуклеации с резекцией и полное удаление (экстирпация).

Объем и характер оперативного вмешательства на щитовидной железе определяется патолого-анатомической картиной ее поражения, формой и локализацией зоба. Техника подхода к щитовидной железе является одинаковой при всех операциях. Чаще всего применяется воротниковый разрез Кохера. После обнажения железы указательным пальцем, введенным в пространство между наружным листком четвертой фасции и железой, осторожно обследуется боковая доля. Дальнейший ход операции определяется характером заболевания щитовидной железы.



ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ



Техника субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы по О.В. Николаеву состоит в следующем.

Доступом Кохера обнажается передняя и большая часть боковой поверхности щитовидной железы, покрытой висцеральным листком четвертой фасции с проходящими в нем сосудами.

Выделение щитовидной железы начинается со стороны полюсов или с латеральной поверхности.

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

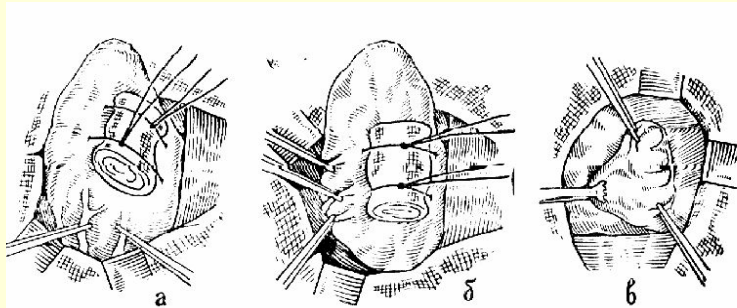
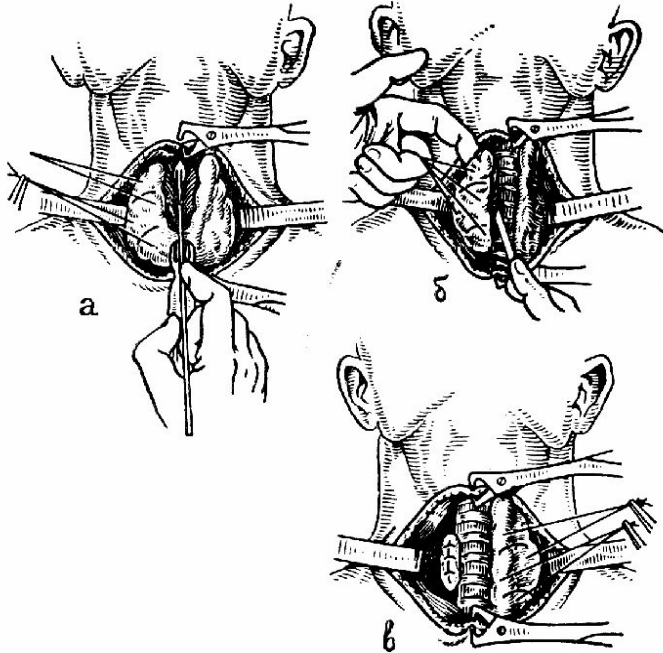
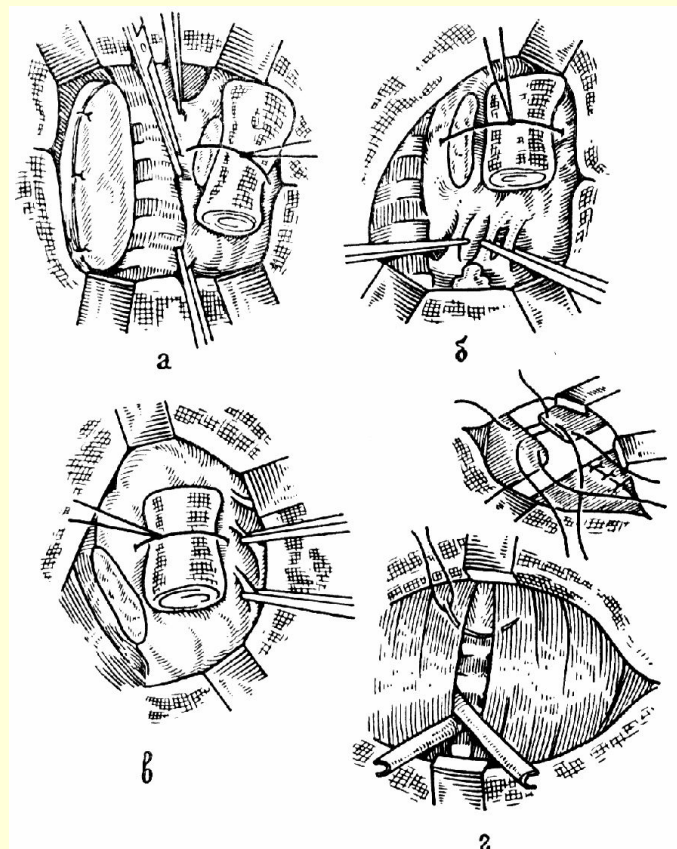


Рис. 11. Субтотальная субфасциальная резекция щитовидной железы по О. В. Николаеву.
а— выделение нижнего полюса правой доли щитовидной железы;
б— освобождение задненаружной поверхности боковой доли; в— выделение задневнутренней поверхности в верхней части доли.



Последовательно пережимаются кровоостанавливающими зажимами все сосуды в висцеральном листке четвертой фасции. Кнутри от наложенных зажимов капсула железы пересекается и зажимы тупо отодвигаются назад, обнажая щитовидную железу от фасции до уровня будущей резекции у задневнутреннего отдела доли. Таким способом производится подготовка щитовидной железы к резекции с латеральной поверхности доли, а затем с передневнутренней и задневнутренней поверхности полюсов железы. После этого пересекается перешеек щитовидной железы над зондом Кохера или между двумя зажимами, осторожно введенными между трахеей и перешейком.

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ



Внутренняя поверхность доли подготавливается для резекции таким же образом, как и другие поверхности. В продолжении всего периода операции осуществляется контроль пальцем для определения задней поверхности щитовидной железы, прикрывающей нижние гортанные нервы и околощитовидные железы. Эта часть щитовидной железы должна быть прочно связанной с заднебоковой частью трахеи. Контроль пальцем позволяет также наметить размеры оставляемой после резекции ткани органа. Отсечение удаляемой ткани железы начинается со стороны трахеи и делается по возможности клиновидно.

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

Резекция доли железы производится под контролем подведенного под нее пальца. При субтотальной резекции щитовидной железы оставляется небольшая пластинка ткани органа весом 2-6 граммов в зоне, где располагаются возвратный нерв и околощитовидные железы. К концу резекции доли в ране оказывается от 10 до 50 зажимов. При выполнении гемостаза используется метод группового лигирования, при котором в лигатуру захватывается от 2 до 10 зажимов. Латеральные и медиальные края культи сшиваются в виде двух створок с укрытием ее отодвинутой кзади фасцией и культями сосудов.

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

Резекция левой доли железы осуществляется так же, как и правой. При этом, сначала мобилизуется перешеек и внутренняя поверхность, а затем нижний полюс и наружная часть левой доли. Операция субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы заканчивается орошением раны новокаином. Симметрично расположенные культы по бокам скелетированной трахеи прикрываются неповрежденными грудино-щитовидными мышцами. Грудино-подъязычные мышцы сшиваются матрацными швами. К культям железы подводятся на одни сутки две турунды, после чего ушивается подкожная клетчатка и кожа. Преимущества субфасциальной субтотальной резекции щитовидной железы по Николаеву заключается в том, что этот метод, благодаря перевязке щитовидных артерий и вен в пространстве между висцеральным листком 4 фасции и собственной капсулой щитовидной железы, позволяет избежать осложнений, связанных с повреждением гортанных нервов и околощитовидных желез.

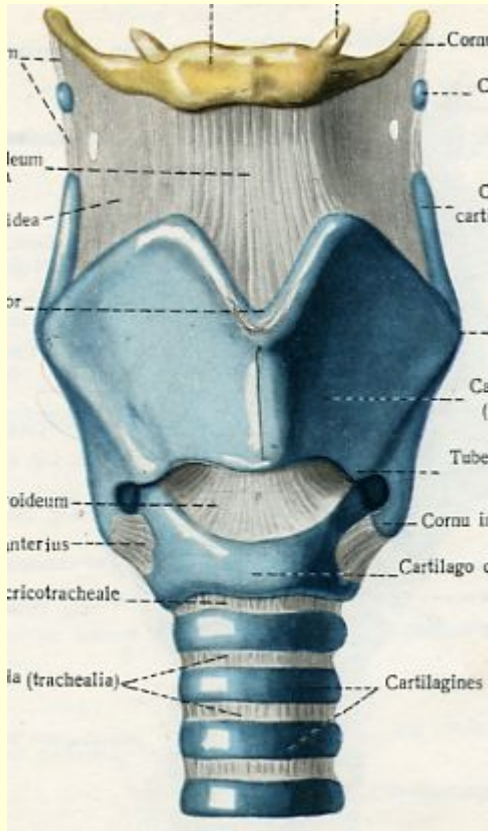
ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

Первичная хирургическая обработка ран шеи имеет ряд особенностей. Это связано с повреждением органов шеи при глубоких ранениях и хорошими условиями для развития инфекции в клетчатке между фасциями (частое нагноение ран). В связи с этим наложение глухого шва производится только при поверхностных повреждениях шеи. При глубоких ранах шеи глухой шов противопоказан.

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

Хирургическая обработка ран шеи заключается в послойном иссечении краев раны, удалении поврежденных нежизнеспособных тканей и инородных тел. Производится рассечение раневого канала, ликвидируются карманы и удаляется кровь, скопившаяся между фасциями. Операция заканчивается введением отграничивающего тампона в нижний угол раны по направлению к средостению и сближением краев раны до тампона.

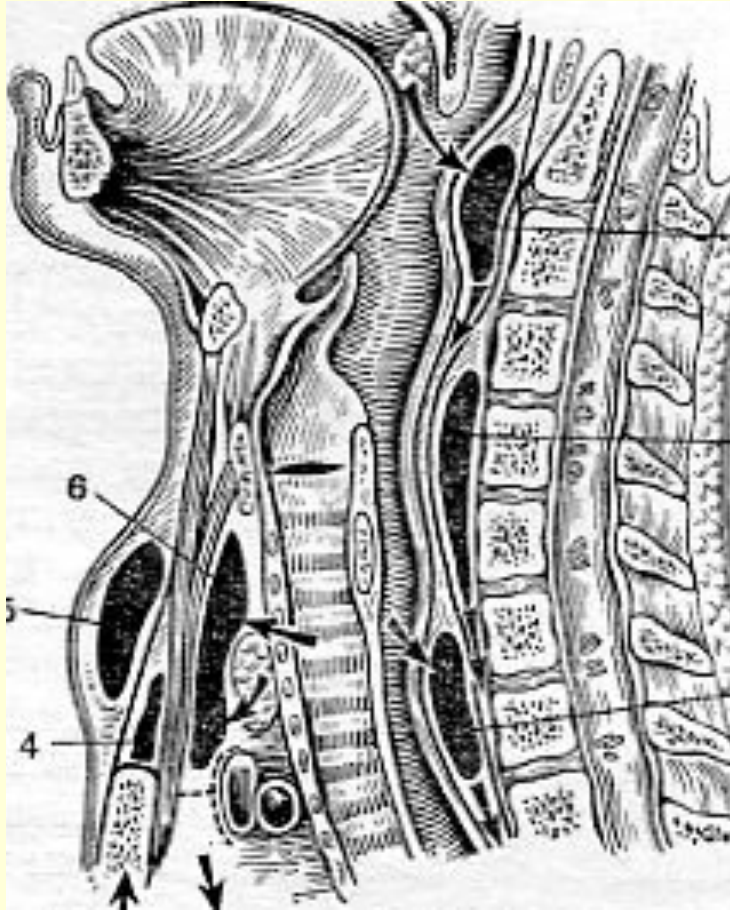
ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ



Если повреждаются трахея и гортань, то хрящи иссекаются лишь в пределах, где они не имеют надхрящницы.

Накладываются швы на рану гортани, трахеи. Мягкие ткани не зашиваются, вводится тампон по направлению к переднему средостению. При этих ранениях часто возникают показания для трахеостомии, которая производится ниже места ранения. Трахеостомия выше раны накладывается тогда, когда трахея повреждается очень низко. В этих случаях на наружный цилиндр трахеостомической канюли надевается резиновый удлинитель.

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ



Лечение острых гнойных заболеваний шеи часто представляет большие трудности даже для опытных хирургов. Оперативное вмешательство при них затрудняется сложными взаимоотношениями органов этой области, что сопровождается увеличением возможности ошибок и опасных осложнений. Наиболее частой причиной флегмон шеи являются очаги инфекции в кариозных зубах в связи с осложнением кариеса периодонтитом, гингивитом, стоматитом и остеомиелитом нижней челюсти. Этиологическими факторами флегмон шеи незубного происхождения служат тонзиллит, фурункулы, карбункулы шеи, инфицированные раны и инородные тела в этой области.

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

Флегмоны шеи часто развиваются из лимфоаденитов, т.е. являются аденофлегмонами. На шее нередко возникает и остеофлегмона, как осложнение острого периодонтита или остеомиелита нижней челюсти.

В настоящее время основным методом лечения острой гнойной инфекции шеи является оперативный способ – своевременное вскрытие абсцесса. Разрез длиной не менее 7-8 см производится послойно: рассекается кожа, подкожная жировая клетчатка и широкая подкожная мышца шеи. В последующем операция может осуществляться тремя способами. При первом способе разрез глубже лежащих тканей и вскрытие гнойника производится скальпелем, при втором – гнойник вскрывается путем проникновения в его полость кровоостанавливающим зажимом.

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

Затем бранши зажима раскрываются, и в раскрытом состоянии инструмент извлекается наружу. Этот прием позволяет расширить разрез тканей в глубоких участках. Иногда в этих случаях разрез на его концах расширяется путем рассечения тканей скальпелем. При третьем способе перед окончательным вскрытием гнойника он сначала пунктируется иглой. Только после того, как в шприце появится гной, производится вскрытие гнойника скальпелем по игле.

После вскрытия, опорожнения и промывания гнойника перекисью водорода в его полость вводится отграничивающий тампон с мазью Вишневского или резиновая дренажная трубка. Дренаж нельзя подводить к крупным сосудам, т.к. может образоваться пролежень их стенки.

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

Расположение разрезов на шее определяется локализацией флегмоны. Так, аденофлегмона в ложе поднижнечелюстной слюнной железы вскрывается разрезом тканей параллельно и на один поперечный палец ниже края нижней челюсти.

Флегмона в области основного сосудисто-нервного пучка шеи вскрывается разрезом по переднему или заднему краю кивательной мышцы.

Если гнойник локализуется в надгрудинном межапоневротическом или претрахеальном клетчаточном пространстве, то он вскрывается поперечным разрезом тканей параллельно краю яремной вырезки рукоятки грудины или нижним вертикальным разрезом по средней линии шеи.

При вскрытии абсцесса, располагающегося в клетчаточном пространстве позади органов шеи используется разрез по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Гнойный очаг латерального треугольника шеи вскрывается поперечным разрезом выше и параллельно ключице.

***БЛАГОДАРЮ
ЗА
ВНИМАНИЕ***