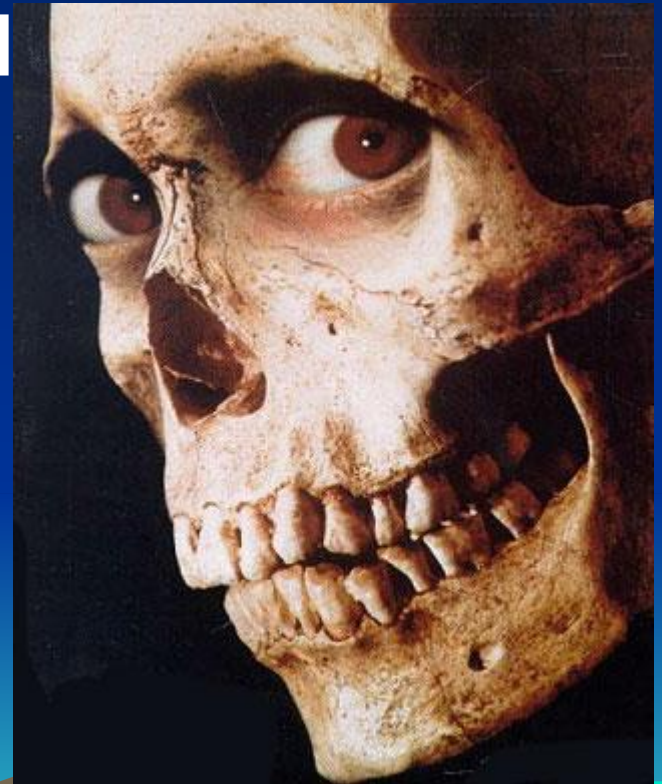


ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
КАФЕДРА ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ С ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИЕЙ

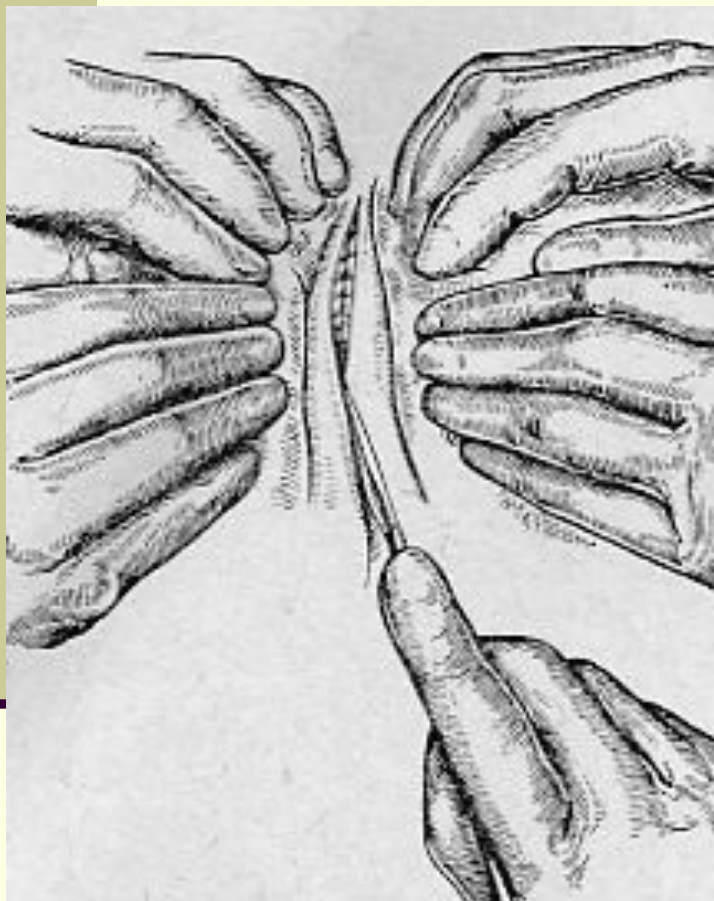
## ЛЕКЦИЯ

# КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ГОЛОВЫ

лектор: доцент Киблаев И.Г.

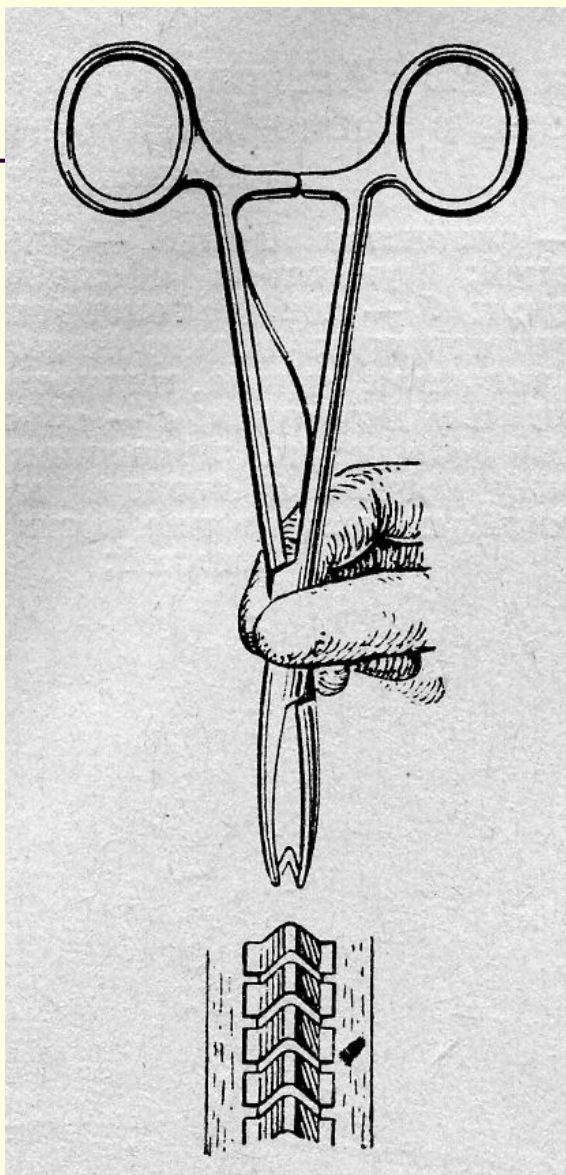


# ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ МОЗГОВОГО ОТДЕЛА ГОЛОВЫ

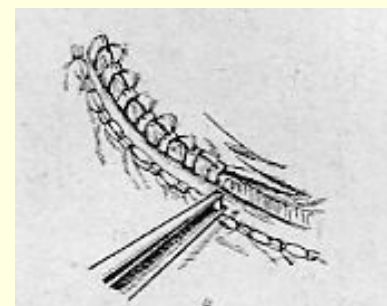


1. Пальцами хирурга и ассистента мягкие ткани по обеим сторонам от предполагаемого разреза придавливаются к костям черепа. После рассечения кожи и черепного апоневроза давление на кожу ослабляется и кровоточащие сосуды захватываются зажимами. Последние накладываются так, чтобы они захватывали, в основном, черепной апоневроз и в меньшей степени – прилегающие слои подкожной клетчатки. В этом случае откинутый на кожу зажим оттянет апоневроз поверх подкожной клетчатки и тем самым закроются просветы зияющих сосудов. Зажимы удаляются после коагуляции или обкалывания сосуда (во избежание соскальзывания узла) с последующим лигированием..

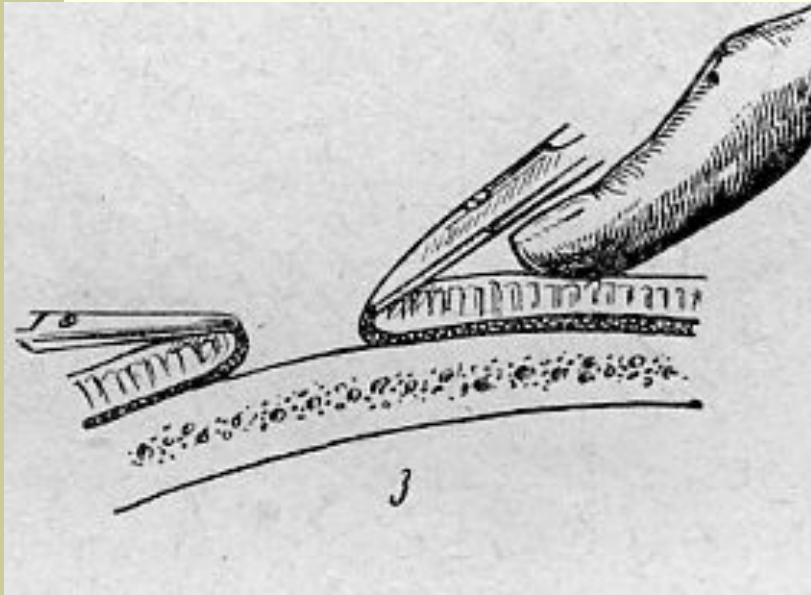
# ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ МОЗГОВОГО ОТДЕЛА ГОЛОВЫ



2. Другой метод остановки кровотечения состоит в том, что кожа не сдавливается пальцами перед ее рассечением, а быстро разрезается на нужном протяжении и под контролем наконечника отсасывающего аппарата накладываются кровоостанавливающие зажимы или скобки Мишеля, которые удаляются в конце операции перед наложением швов на кожу.



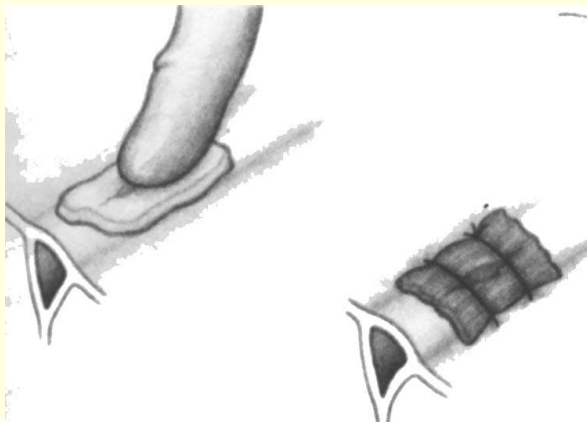
# ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ МОЗГОВОГО ОТДЕЛА ГОЛОВЫ



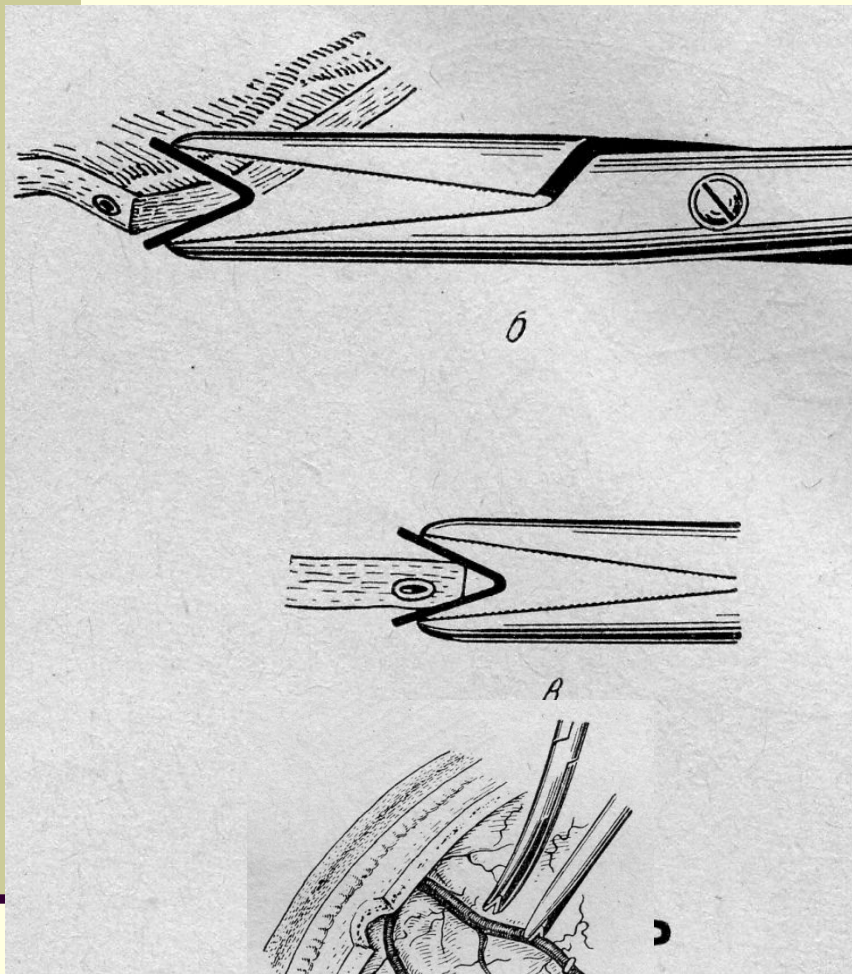
3. Кровотечение из краев кожно-апоневротического лоскута останавливается с помощью марлевого валика толщиной 2,5-3 см, подложенного под основание откинутого и фиксированного лоскута.
4. Кровотечение из вен губчатого вещества костей черепа останавливается путем вдавливания на месте кровотечения стерильной восковой пасты (парафин, воск – по 5 частей, вазелин – 1 часть). Другой способ гемостаза при кровотечении из диплоитических вен заключается в разрушении костных стенок этих сосудов путем сжатия костных краев кусачками Люэра.

# ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ МОЗГОВОГО ОТДЕЛА ГОЛОВЫ

5. Большую опасность представляют кровотечения из синусов твердой оболочки головного мозга. В этих случаях применяются такие методы гемостаза, как наложение шва на поврежденную стенку синуса, пластика по Н.Н.Бурденко (замещение дефекта стенки синуса лоскутом на ножке, выкроенным из наружного листка твердой оболочки головного мозга), подшивание кусочков мышцы, перевязка поврежденного синуса и тампонада. Мелкие точкообразные кровотечения из синуса останавливаются после накладывания кусочков желатиновой губки.



# ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ МОЗГОВОГО ОТДЕЛА ГОЛОВЫ



6. Гемостаз при кровотечении из мозговых оболочек производится путем прикладывания марлевых шариков с 3% раствором перекиси водорода, промывания горячим физиологическим раствором, электрокоагуляции, пересадки кусочков мышц, обкалывания и перевязки сосуда после предварительного наложения зажимов. Кровотечение в глубине раны лучше всего останавливается путем пережатия кровоточащего сосуда нержавеющей металлическими скобками с помощью специального пинцета. Кровотечение из грануляций паутинной оболочки и вен твердой оболочки головного мозга останавливается путем временной тампонады или прикладывания к кровоточащему участку кусочка фибриновой губки.

## **ОПЕРАЦИИ НА МОЗГОВОМ ОТДЕЛЕ ГОЛОВЫ**

**Из оперативных вмешательств в области головы остановимся прежде всего на первичной хирургической обработке ран.**

**Черепно-мозговые повреждения делятся на закрытые и открытые. Это деление имеет практическую ценность и определяет тактику хирурга в связи с особенностями течения той и другой группы повреждений.**

**При закрытой черепно-мозговой травме (сдавление, ушиб, сотрясение головного мозга) не нарушается целостность наружных покровов головы – сохраняется замкнутость внутричерепной полости и отсутствуют условия для первичного инфицирования головного мозга и его оболочек. Как правило, эти травмы текут асептично и оперативное лечение применяется лишь при наличии особых показаний: сдавление мозга внутричерепной гематомой, нарастающие явления сдавления мозга за счет отека.**

## **ОПЕРАЦИИ НА МОЗГОВОМ ОТДЕЛЕ ГОЛОВЫ**

- **Открытая черепно-мозговая травма характеризуется нарушением целостности кожи и костей черепа. Она подразделяется на:**
  - **а) непроникающие повреждения (отсутствует дефект твердой оболочки головного мозга) и**
  - **проникающие (имеется дефект твердой оболочки головного мозга).**

**Наличие или отсутствие дефекта твердой оболочки головного мозга влияет на развитие и распространение раневой инфекции на ликворные пространства и мозговую ткань. Открытые черепно-мозговые травмы всегда грозят опаснейшими инфекционными осложнениями и сами по себе служат показанием к срочной операции.**

- **Хирургической обработке подлежит каждая рана в области свода черепа в любые сроки после травмы, как при наличии, так и при отсутствии перелома, независимо от давности раны и ее состояния.**
  - **В зависимости от срока выполнения операции различаются 3 вида первичной хирургической обработки ран головы:**
  - **а) ранняя – оперативное вмешательство производится в первые трое суток после ранения;**
  - **б) отсроченная – операция выполняется на протяжении 4-6 суток после травмы;**
  - **в) поздняя – оперативное вмешательство производится через 6 суток и более после ранения.**



# **ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ ГОЛОВЫ**

**Объем оперативного вмешательства варьирует в зависимости от характера ранения, сроков первичной обработки раны и ее состояния (отсутствие или наличие признаков раневой инфекции).**

**Первичная хирургическая обработка ран головы производится следующим образом:**

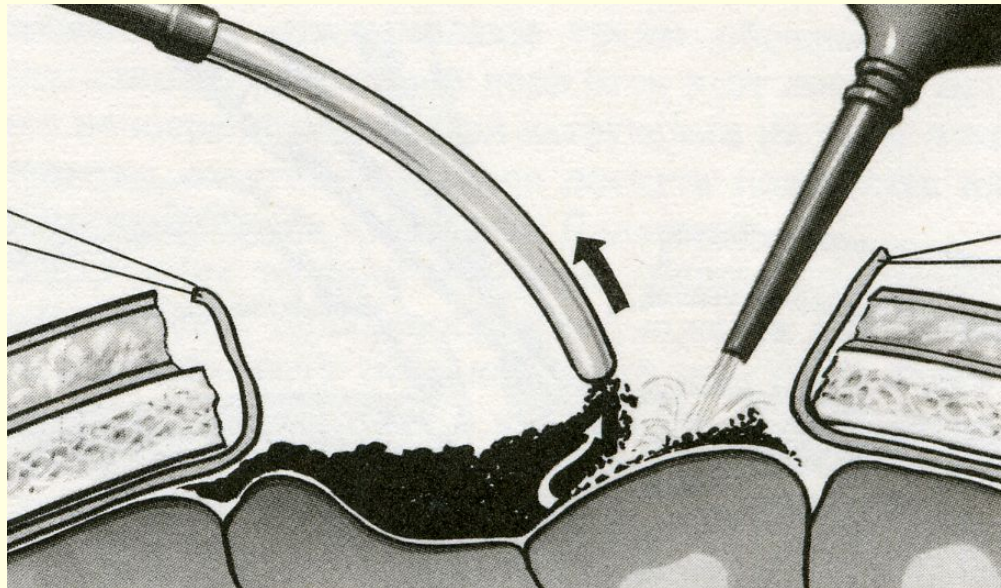
- 1. По рентгенограмме черепа определяется наличие перелома, уточняется область перелома кости и расположение костных и металлических осколков в ткани мозга.**
- 2. Рана иссекается овальным разрезом на расстоянии 0,5-1,0 см от краев послойно. Чтобы избежать излишнего натяжения тканей после наложения швов, края раны при первичной обработке иногда не иссекаются. Если имеется перелом костей черепа, то мягкие ткани иссекаются сразу до кости.**

## **ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ ГОЛОВЫ**

- 3. Кость обрабатывается либо от центра к периферии, либо от периферии к центру. В первом случае осколки кости в центре удаляются и кусачками Люэра скусываются края поврежденной кости до здоровой небольшими порциями, стремясь придать ране кости более или менее правильную форму, а края раны сделать ровными. При повреждении твердой оболочки головного мозга между краем обработанной экономно раны ее и краем кости должен остаться неповрежденный участок твердой оболочки шириной в 1 см. Крупные осколки, связанные надкостницей с основной частью кости, не удаляются, а только выравниваются.**
- 4. Если твердая оболочка головного мозга не повреждена и под ней нет гематомы (мозг пульсирует), то она не вскрывается и операция заканчивается наложением глухих швов на рану. Неповрежденная твердая оболочка вскрывается лишь при отсутствии ее пульсации и синюшной окраске, при наличии признаков нарастающего сдавления мозга.**
- 5. При повреждении твердой оболочки головного мозга края ее иссекаются на протяжении 1-2 мм, после чего производится обработка раны мозга.**

## ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ ГОЛОВЫ

6. Сначала удаляются костные отломки из поверхностных отделов мозговой раны, так называемая пробка, располагающаяся тотчас под дефектом оболочки и препятствующая оттоку из раны мозга. Затем сгустки крови. Детрит и инородные тела из расширенного с помощью шпателей раневого канала удаляются с помощью аспиратора с одновременным искусственным повышением внутричерепного давления, которое достигается натуживанием, покашливанием больного или сдавливанием яремных вен. После этого мозговой канал промывается раствором риванола или теплым физиологическим раствором.



## **ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ ГОЛОВЫ**

- 7. При отсутствии признаков воспаления операция заканчивается наложением глухого шва на рану с оставлением выпускников из полосок резины на 1-2 дня. Глухой шов в ранние сроки после травмы противопоказан при значительных загрязнениях раны, выраженных проявлениях вторичной инфекции при отсроченной или поздней хирургической обработке и при невозможности длительного лечения больного на месте проведения операции. Если в ране развилась инфекция, то при выполнении оперативного вмешательства не рекомендуется повреждать грануляционный отграничительный вал. Последний препятствует распространению инфекции по мозгу, оболочкам и ликворным пространствам.**

# ОПЕРАЦИИ НА МОЗГОВОМ ОТДЕЛЕ ГОЛОВЫ

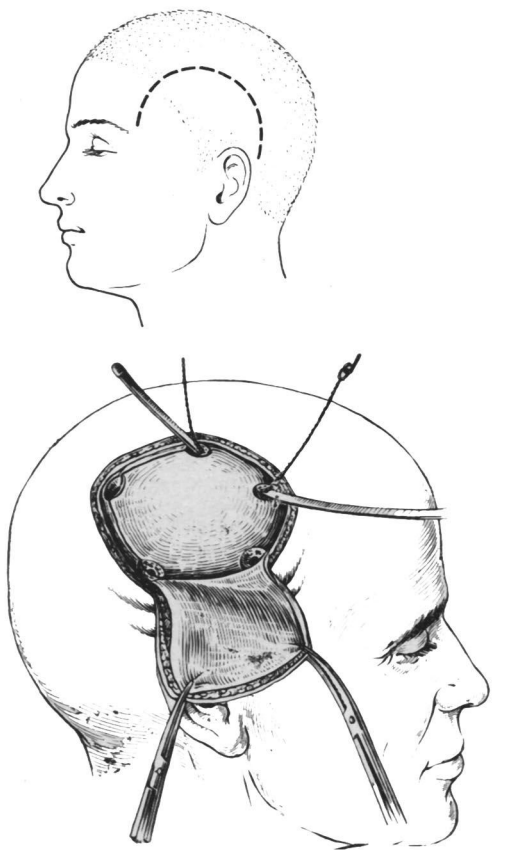
Другим оперативным вмешательством на голове, которое часто производится хирургами, является **трепанация черепа**.

Трепанация черепа (краниотомия) – это операция, которая производится для того, чтобы обнажить содержимое черепа. Показаниями для трепанации черепа являются:

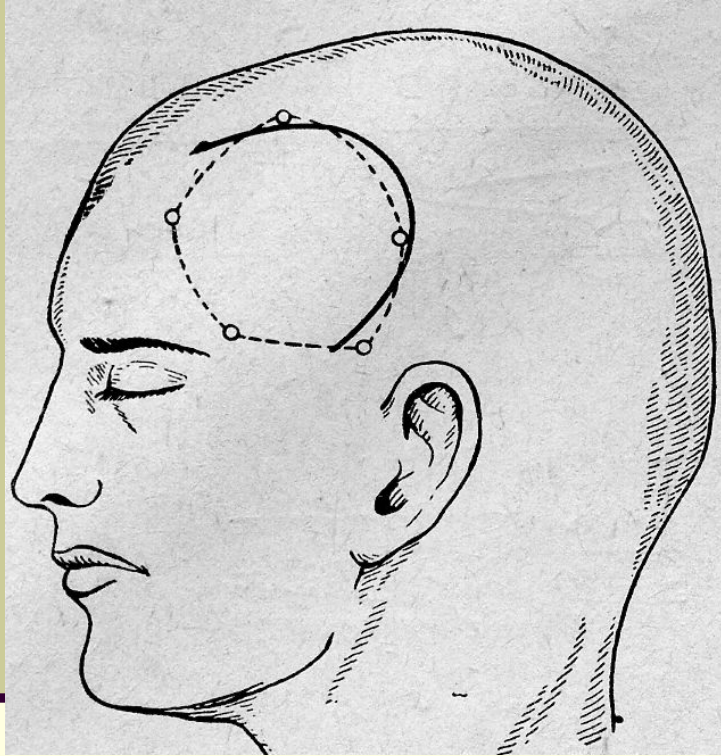
- 1) перелом костей свода черепа и возможная при этом травма вещества мозга;
- 2) вдавление кости черепа без трещин или перелом внутренней пластинки;
- 3) кровоизлияние в полость черепа, вызывающее сдавление мозга;
- 4) безуспешность консервативных мероприятий в течение 6-12 часов при прогрессирующем ухудшении общего состояния больного с ЧМТ.

Различают два способа трепанации черепа: костнопластический и резекционный.

Предпочтение отдается костнопластической трепанации. Недостатком резекционной является наличие постоянного костного дефекта.



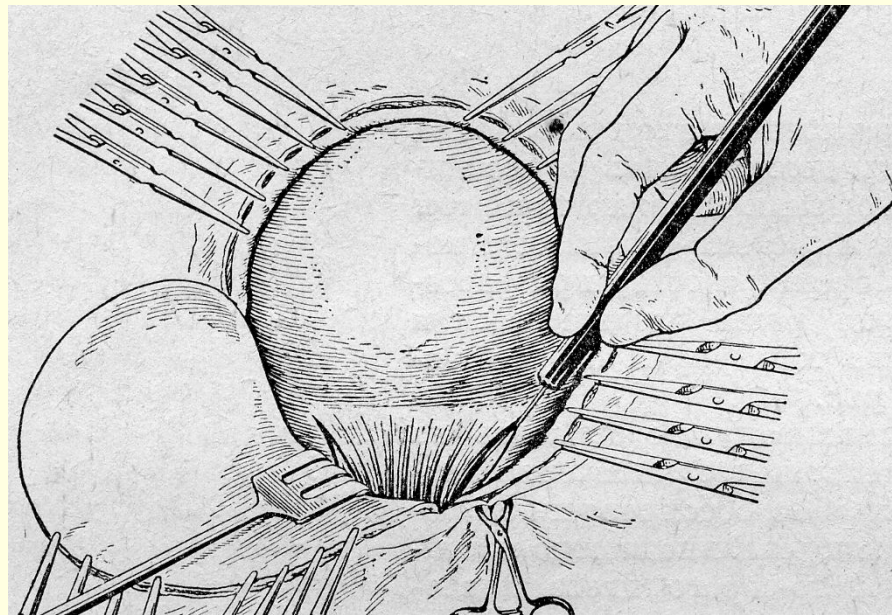
## ТРЕПАНАЦИЯ ЧЕРЕПА



В настоящее время чаще применяется метод костнопластической трепанации, разработанный Оливекроном. Сначала выкраивается и откидывается в сторону кожно-апоневротический лоскут на широком основании, а затем отдельно выпиливается костно-надкостничный лоскут на самостоятельной ножке из подапоневротической клетчатки и надкостницы, а иногда и височной мышцы. Техника костнопластической трепанации по методу Оливекрона состоит в следующем. Подковообразным разрезом мягких тканей головы сразу до рыхлой подапоневротической клетчатки образуется кожно-апоневротический лоскут, основанием обращенным книзу. Кожно-апоневротический лоскут после его отслаивания при помощи ножниц до самого основания откидывают книзу.

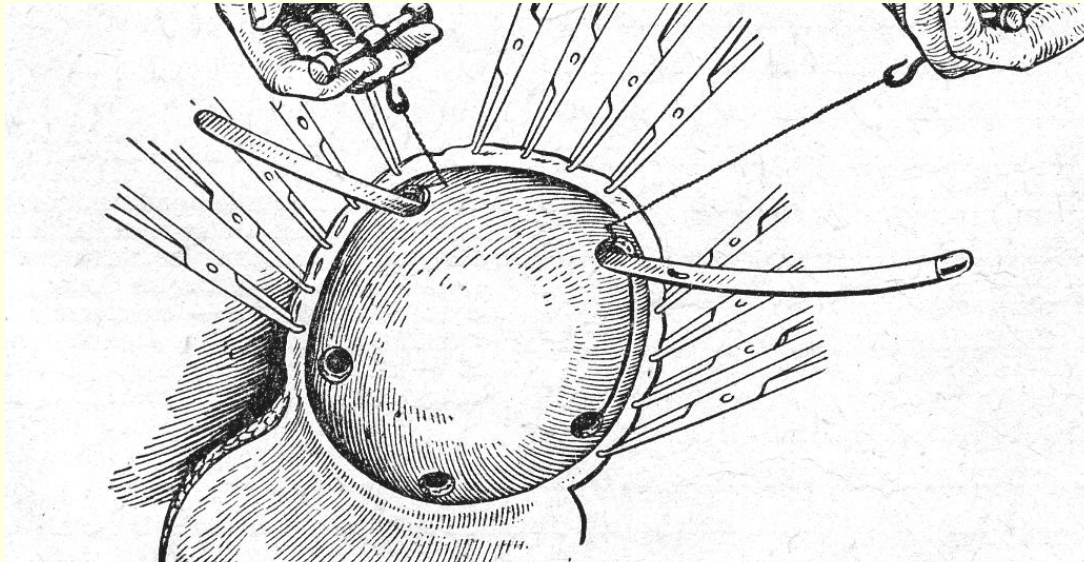
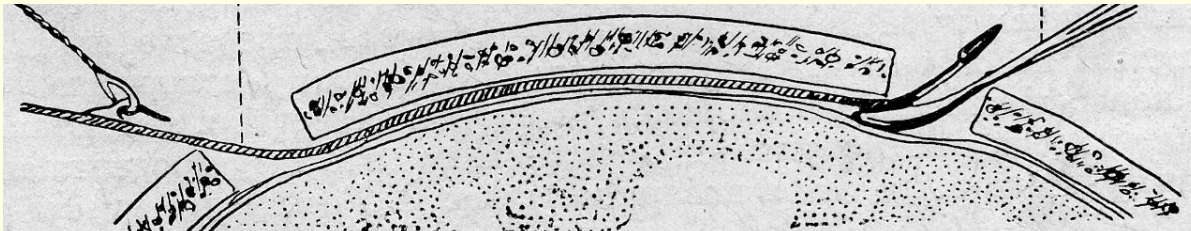
## ТРЕПАНАЦИЯ ЧЕРЕПА

Затем подковообразно рассекается подапоневротическая клетчатка и надкостница. По всей линии разреза мягких тканей распатором скелетируется кость на ширину 1 см и с помощью ручного коловорота накладывается 5-6 трепанационных отверстий на освобожденной от надкостницы полоске кости. Сначала применяется копьевидная, затем конусовидная и, наконец, шаровидная фрезы. Костные опилки сначала имеют белый цвет, а после вхождения фрезы в губчатое вещество кости – красный, а затем опять приобретают белый цвет.



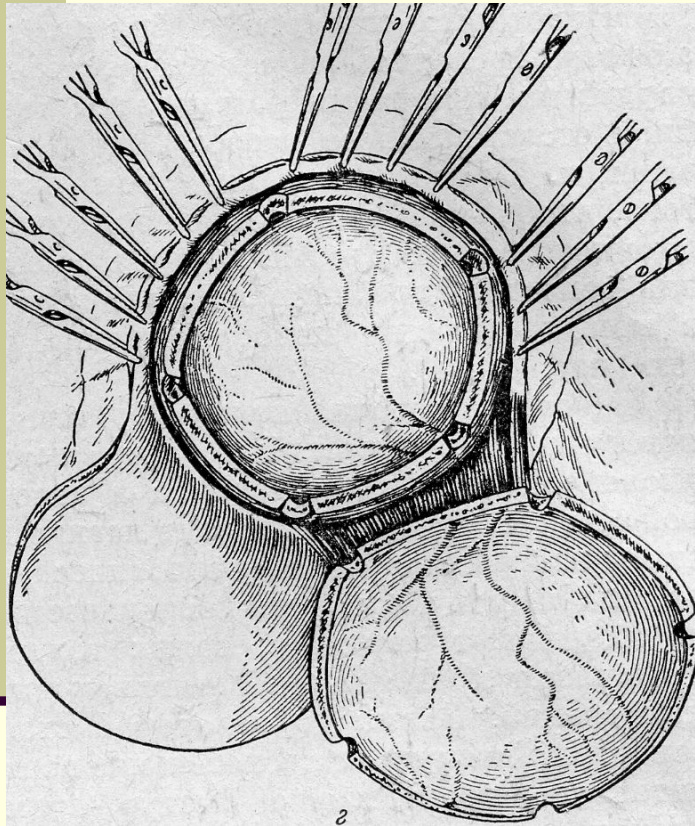
# ТРЕПАНАЦИЯ ЧЕРЕПА

После нанесения фрезевых отверстий кость перепиливается между ними проволочной пилой, проведенной с помощью эластичного гибкого проводника. Чтобы костный лоскут при зашивании не проваливался выпиливать его надо косо.



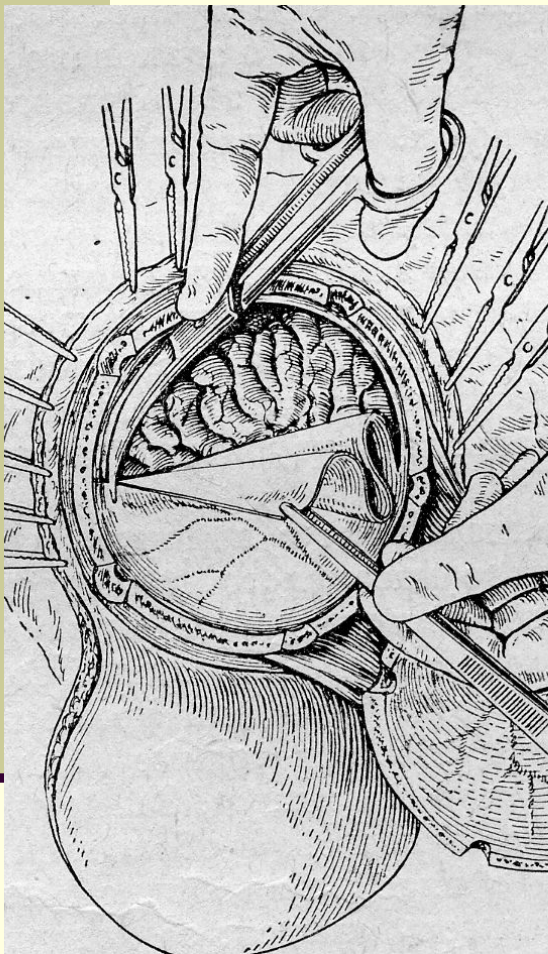


# ТРЕПАНАЦИЯ ЧЕРЕПА



Выпиленный костный лоскут легко откидывается книзу с помощью двух элеваторов, введенных во фрезевые отверстия. Перед этим узкая костная ножка у основания лоскута надпиливается проволочной пилой почти до надкостницы. Твердая оболочка головного мозга вскрывается линейно, крестообразно или в виде подковообразного лоскута, параллельно костному краю, отступя на 0,5-1,0 см от него. Основание лоскута оболочки находится в противоположной стороне от основных первых двух и обращено к верхнему сагиттальному синусу. В дальнейшем производится основное хирургическое действие.

## ТРЕПАНАЦИЯ ЧЕРЕПА



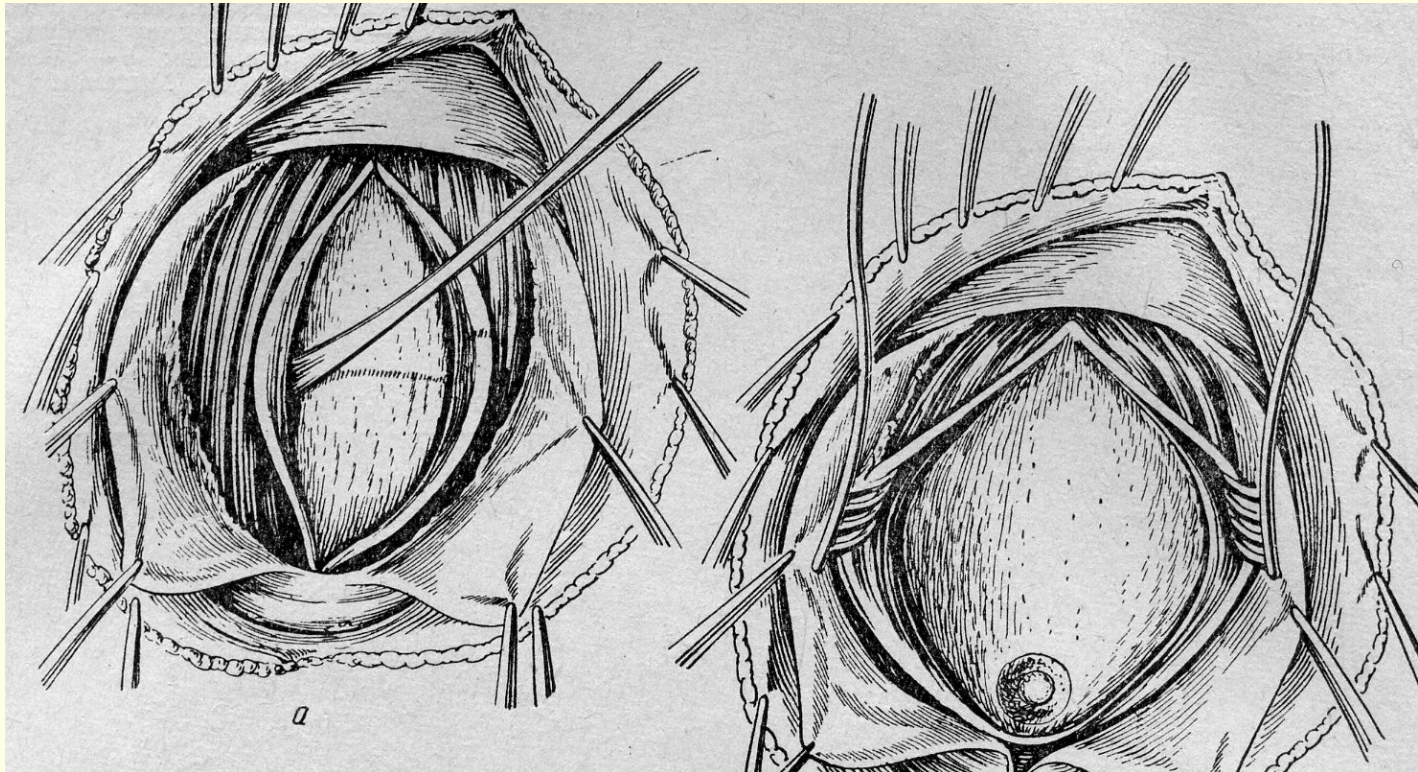
В конце операции восстанавливается целостность различных тканей: накладываются швы на твердую оболочку головного мозга, костный лоскут укладывается в трепанационный дефект и тщательно зашивается разрез надкостницы, подапневротической клетчатки, мышцы и кожи. Под кожно-апоневротический лоскут подводится резиновый выпускник на 1 сутки.

Преимущество костнопластической трепанации по методу Оливекрона заключается в том, что при этой операции сохраняется хорошее кровоснабжение лоскута, не пересекаются основные артериальные стволы, а раздельное образование двух лоскутов позволяет в больших пределах варьировать расположение и расширение костно-надкостничного лоскута независимо от размера и расположения кожно-апоневротического лоскута, обеспечивается возможность широко вскрывать полость черепа.

Образование скальпированного кожно-апоневротического лоскута облегчает технику выпиливания костного лоскута.

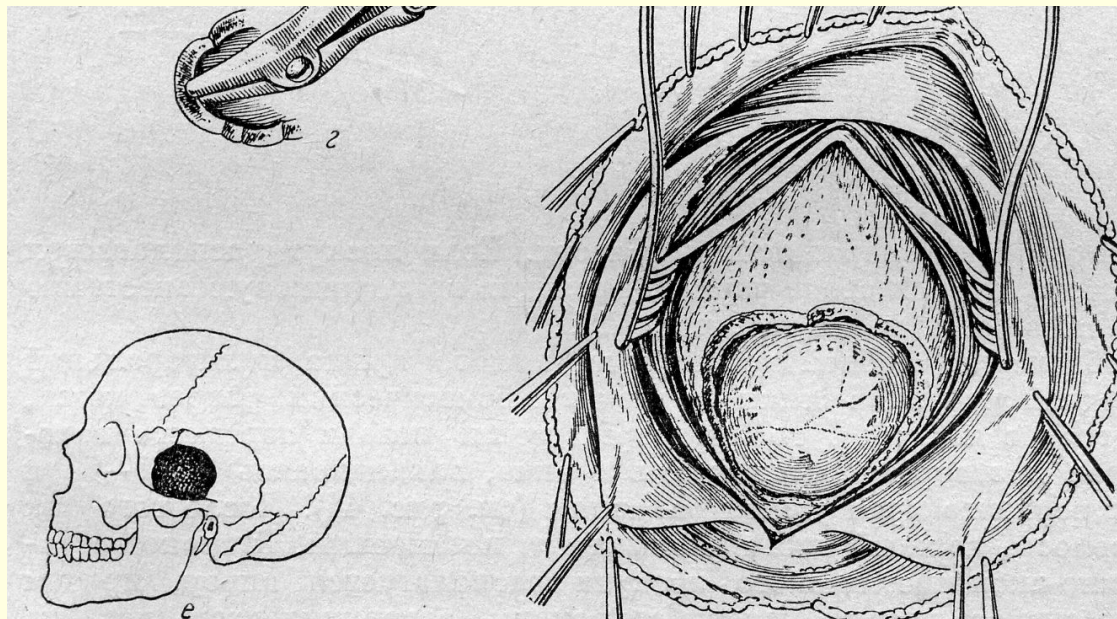
# ТРЕПАНАЦИЯ ЧЕРЕПА

Если локализацию патологического очага или причину повышения внутричерепного давления не удастся установить, то производится декомпрессионная трепанация по Кушингу (резекционный метод трепанации). Эта трепанация обычно производится в правой височной области (у левшей она выполняется с левой стороны, чтобы предупредить повреждение моторного центра речи).



# ТРЕПАНАЦИЯ ЧЕРЕПА

Кость обнаженная линейным разрезом или подковообразным разрезом параллельно линии, от которой берет начало височная мышца. Кожный лоскут вместе с апоневрозом отпрепаровывается и отводится книзу. Височная мышца рассекается по ходу мышечных волокон до кости. Надкостница отслаивается распатором и частично удаляется. После этого накладывается фрезевое отверстие в области чешуи височной кости и образовавшийся дефект расширяется с помощью кусачек. Трепанационное отверстие должно иметь размеры не менее 6х6 см. Твердая оболочка головного мозга рассекается крестообразным разрезом. После декомпрессии все 4 лоскута твердой оболочки укладываются на место без наложения швов. Операция заканчивается послойным ушиванием раны наглухо.

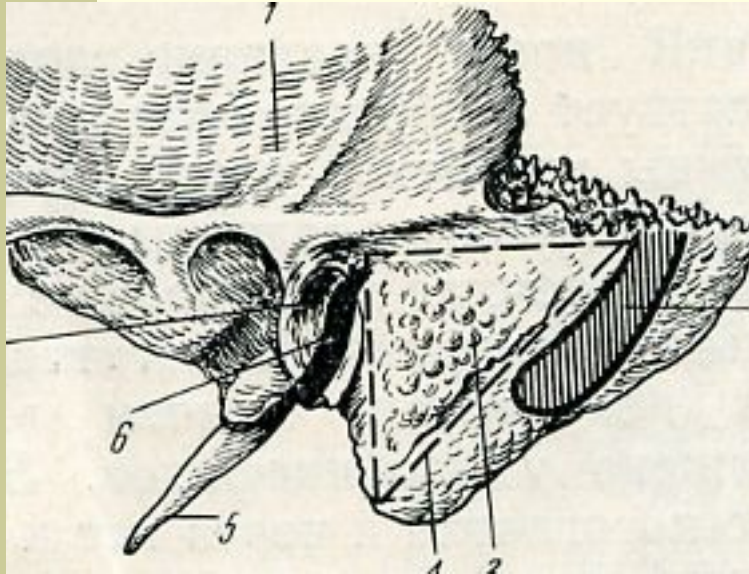


# АНТРОТОМИЯ

Свои особенности имеет трепанация сосцевидного отростка – антротомия. Целью этой операции является широкое вскрытие клеток сосцевидного отростка при гнойном мастоидите и образование широкого сообщения с барабанной пещерой для беспрепятственной эвакуации гноя. Антротомия производится в непосредственной близости от мозга и других важных анатомических образований. Поэтому для выполнения трепанации сосцевидного отростка необходимо хорошее знание хирургической анатомии этой области, характера течения среднего отита и гнойного мастоидита, а также правильное понимание методики операции.

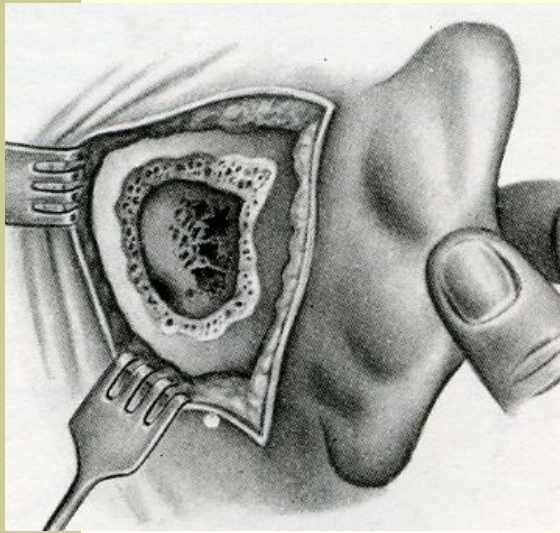


# АНТРОТОМИЯ



Сосцевидный отросток височной кости располагается непосредственно позади и книзу от наружного слухового прохода. В толще этого отростка находятся сосцевидные ячейки, располагающиеся, главным образом, в задней и нижней частях сосцевидного отростка и достигающие наибольшей величины в его верхушке. Верхняя часть этих костных полостей образует сосцевидную пещеру, которая находится непосредственно кзади и над костной частью наружного слухового прохода. Вместе с тем сосцевидная пещера лежит позади надбарабанного углубления, в котором помещается головка молоточка и наковальня. С надбарабанным углублением сосцевидная пещера сообщается с помощью отверстия.

# АНТРОТОМИЯ

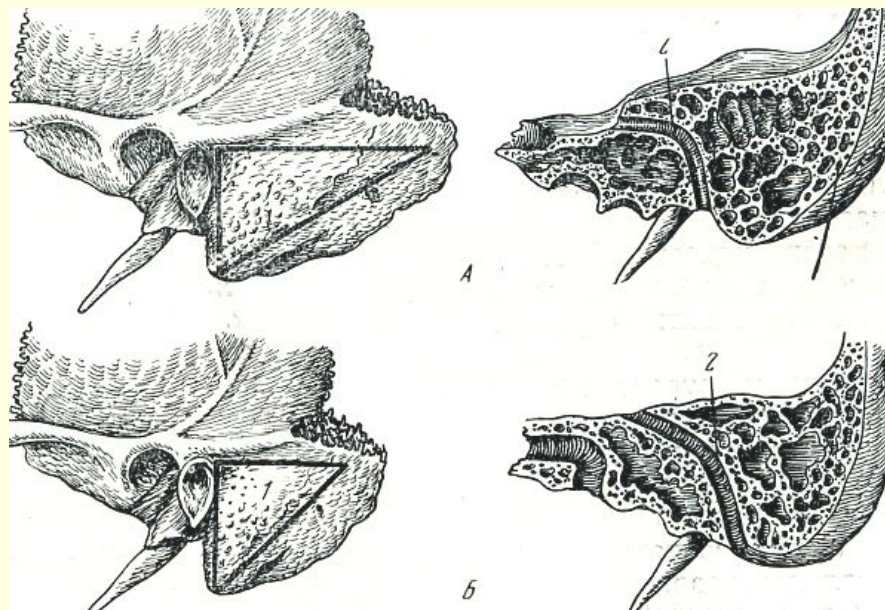


Сосцевидные ячейки и сосцевидная пещера выстилаются слизистой, являющейся продолжением слизистой оболочки барабанной полости. Таким образом, среднее ухо и его добавочные полости образуют одну воздухоносную систему, которая наполняется воздухом через евстахиеву трубу. При возникновении воспалительного процесса в среднем ухе воспалительный выпот не может удаляться через внутреннее отверстие евстахиевой трубы вследствие его узости и слипания краев отверстия в результате отека слизистой оболочки. В силу указанных условий в среднем ухе образуется герметично замкнутое пространство, в котором и скапливается воспалительный экссудат. Удалить гной из всей воздухоносной системы можно лишь через заднюю стенку среднего уха, занятую входом в пещеру. Доступ к ней осуществляется через пещеру сосцевидного отростка. Последняя проецируется на боковую стенку сосцевидного отростка в области трепанационного треугольника Шипо.

# АНТРОТОМИЯ

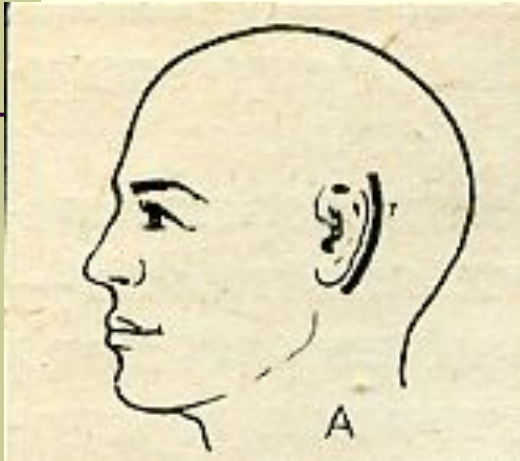
Сверху этот треугольник ограничивается костным гребешком, являющимся продолжением кзади корня скуловой дуги, сзади – сосцевидным гребешком, спереди – задним краем наружного слухового прохода. Этот треугольник и служит местом трепанации сосцевидного отростка.

Наружная стенка сосцевидной пещеры сравнительно плотная и в среднем имеет толщину около 1,5-2,0 см. Внутренняя стенка ее, отделяющая пещеру от сигмовидной борозды и внутренней поверхности сосцевидной части височной кости значительно тоньше. Верхняя стенка отделяет сосцевидную пещеру от средней черепной ямки.

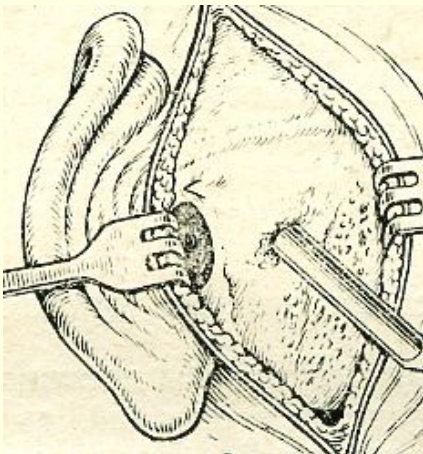




# АНТРОТОМИЯ



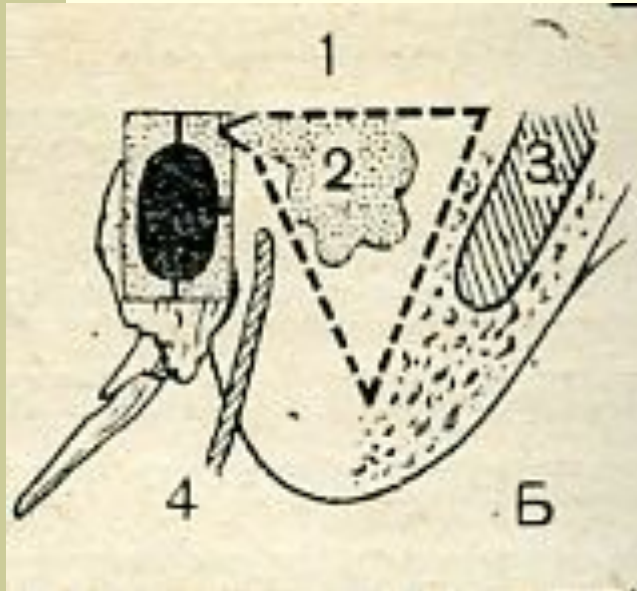
Техника трепанации сосцевидного отростка состоит в следующем. Мягкие ткани сосцевидной области рассекаются сразу до кости дугообразным выпуклостью кзади разрезом, начинающимся от уровня верхнего прикрепления ушной раковины до точки, находящейся на 1 см выше верхушки сосцевидного отростка. Разрез ведется на расстоянии 0,5 см от заднего прикрепления ушной раковины. Надкостница распатором отслаивается кпереди до слухового прохода, кзади – до заднего края сосцевидного отростка, книзу – до верхушки сосцевидного отростка и кверху – до височной линии или даже несколько выше. Сначала небольшим плоским долотом, поставленным косо к поверхности кости сбивается поверхностная пластинка кости в пределах трепанационного треугольника. Затем узким желобоватым долотом, направляя его все время косо, сзади, сверху и снаружи книзу, кпереди и кнутри постепенно тонкими стружками снимается вещество сосцевидного отростка, пока не вскрыется пещера.



# АНТРОТОМИЯ

Из обнаженной сосцевидной пещеры удаляется гной, острой ложечкой выскабливаются грануляции.

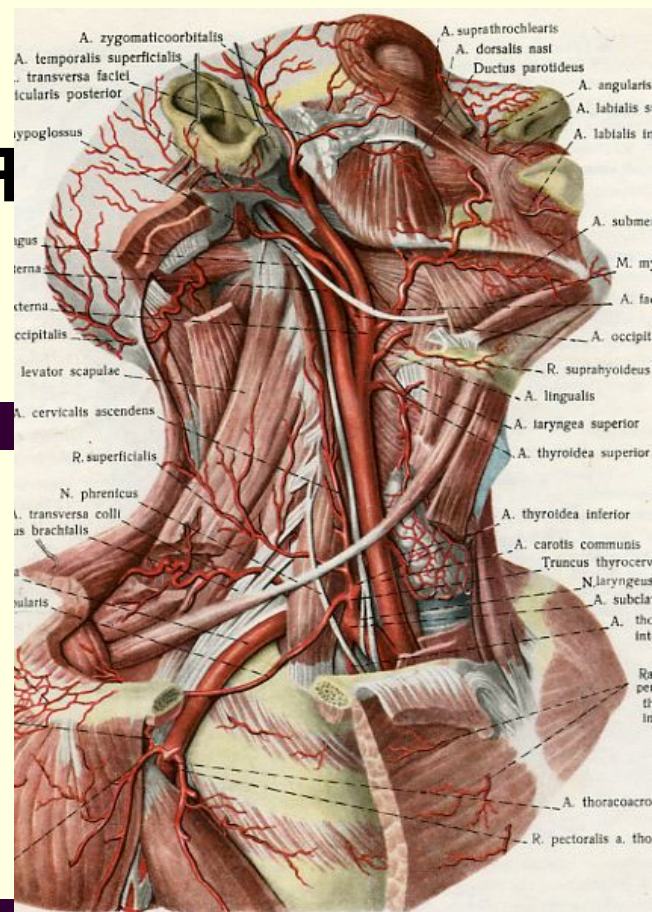
Вся образовавшаяся полость тампонируется марлевым тампончиком, конец которого выводится наружу через нижний угол раны.



Антротомия должна производиться строго в пределах трепанационного треугольника и при постоянном направлении долота параллельно наружному слуховому проходу. Удары по долоту, направленные кверху, чреваты вскрытием полости черепа соответственно месту расположения височной доли мозга, кзади – сигмовидного синуса и задней черепной ямы, глубоко внутрь – обнажается наружный полукружный канал или канал лицевого нерва. Удары, направленные кпереди, могут проломить заднюю стенку наружного слухового прохода.

# ЛЕКЦИЯ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

лектор: доцент Киблаев И.Г.



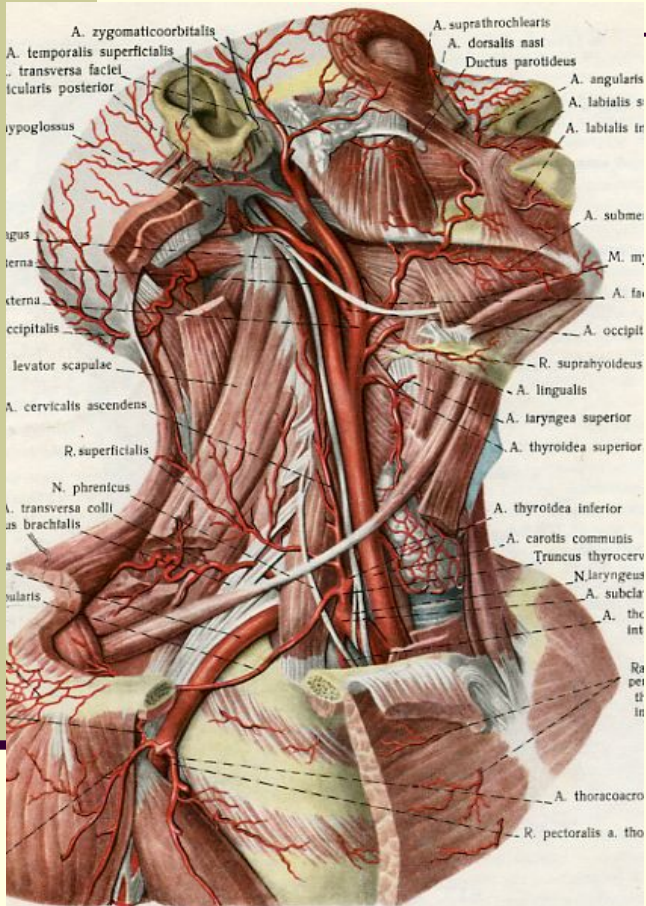
# КРИВОШЕЯ



# ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

**Операции на сосудах шеи.** Перевязка артерий шеи осуществляется с целью остановки кровотечения при ранениях, лечении аневризм, а также при ряде операций на черепе, лице и глотке.

**Перевязка общей сонной артерии.** Общая сонная артерия справа отходит от плече-головного ствола, слева - от дуги аорты. Правая общая сонная артерия располагается ближе к средней линии и более поверхностно, чем левая. Кзади от общей сонной артерии находится шейный симпатический нерв, дуга нижней щитовидной артерии, спереди – грудино-ключично-сосцевидная, лопаточно-подъязычная, грудино-щитовидная мышцы, шейная петля, кнаружи – внутренняя яремная вена, снаружи и сзади – ствол блуждающего нерва, кнутри – трахея, пищевод, боковая доля щитовидной железы, глотка.

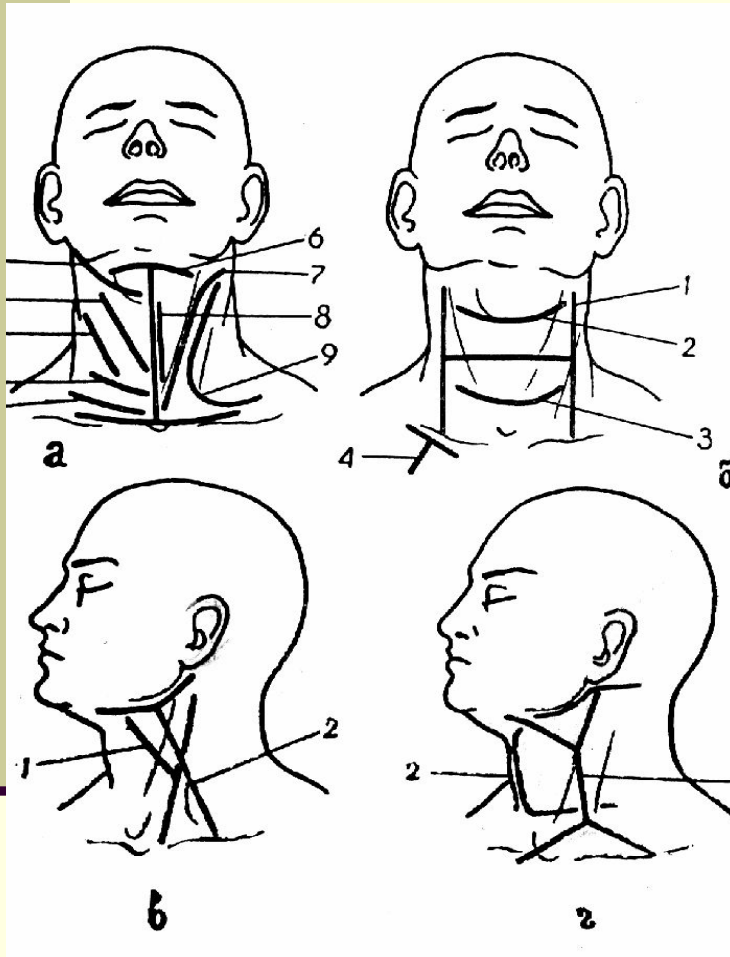


# ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

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

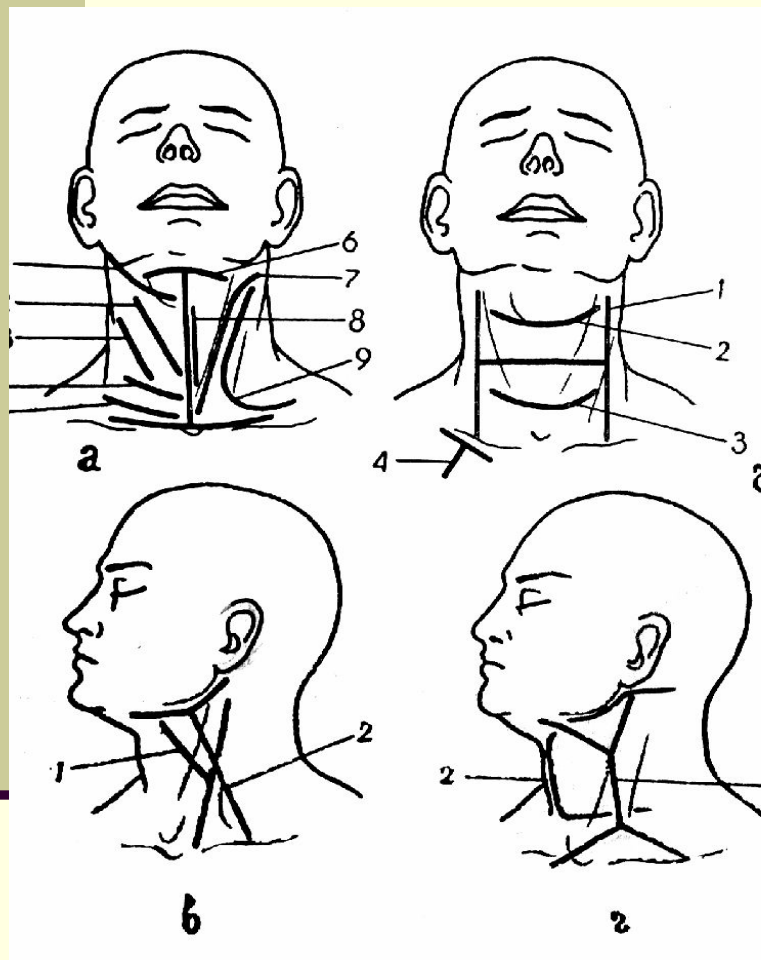
Вертикальные разрезы чаще всего проводятся по средней линии шеи, косые по переднему или заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы длиной 6-8 см, поперечные-воротниковые разрезы выполняются над грудиной с небольшим прогибом. Недостатком поперечных разрезов является то, что широкая подкожная мышца 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



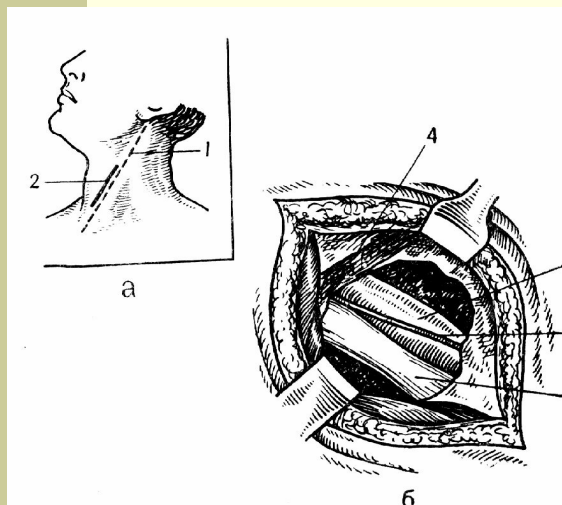
Разрезы на шее производятся чаще всего большие и преследуют цель обнажить не только измененные ткани, но также и те нормальные органы, ранения которых необходимо избегать при операции.

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

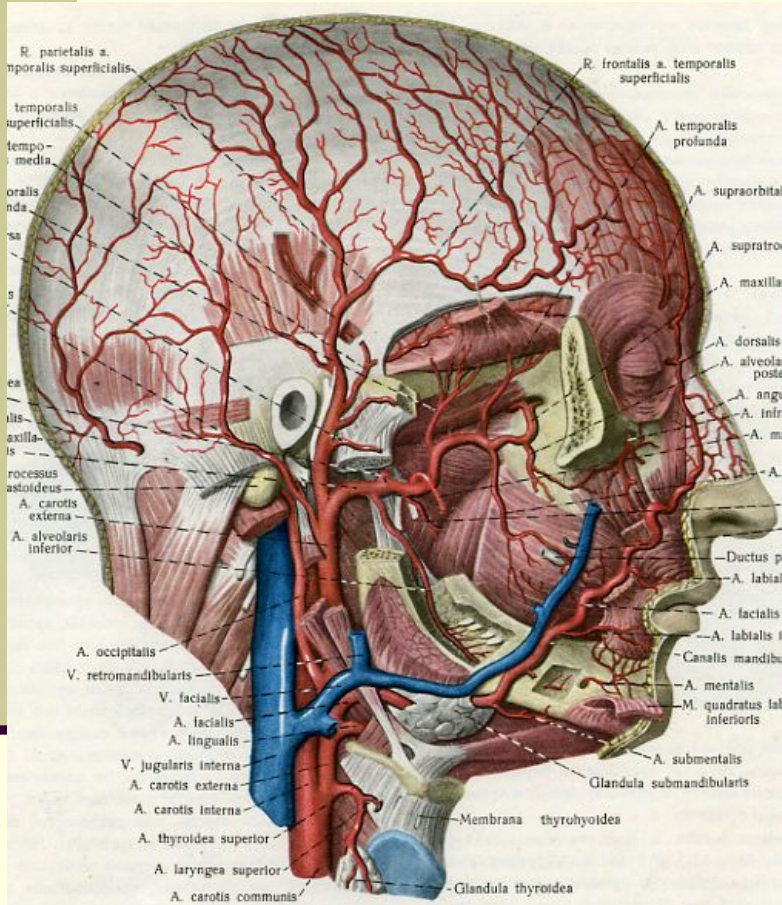
Перевязка общей сонной артерии чаще всего осуществляется несколько сантиметров ниже места ее деления, но выше перекреста с лопаточно-подъязычной мышцей, в пределах сонного треугольника.



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.

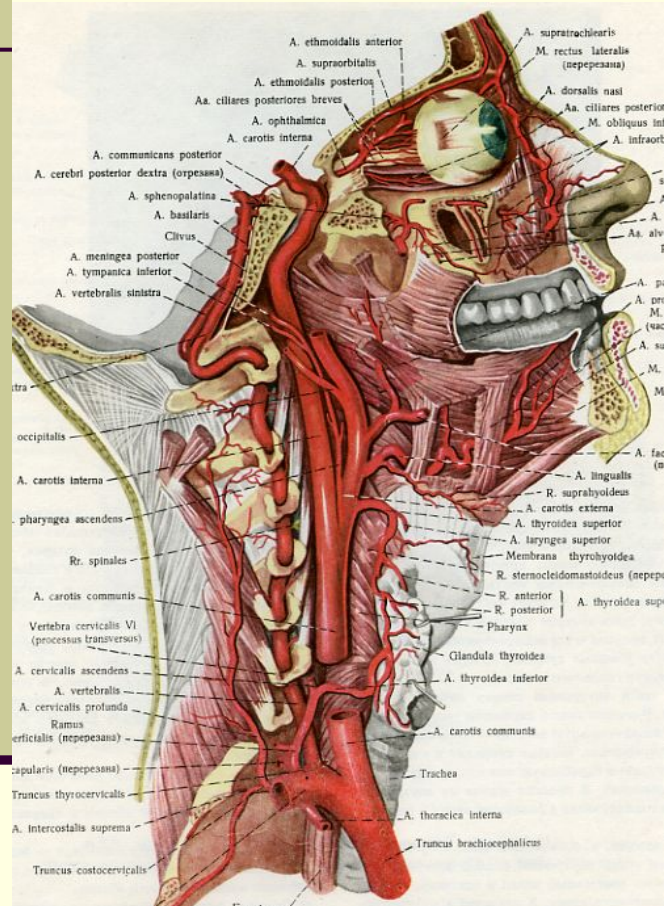
# ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ



**Кровообращение после перевязки общей сонной артерии восстанавливается:**

**а) через ветви наружной сонной артерии на стороне операции, анастомозирующие с соответствующими артериями наружной сонной артерии другой стороны; б) через переднюю и заднюю соединительные артерии внутренней сонной артерии; в) через анастомозы с ветвями подключичной артерии оперированной стороны.**

# ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ



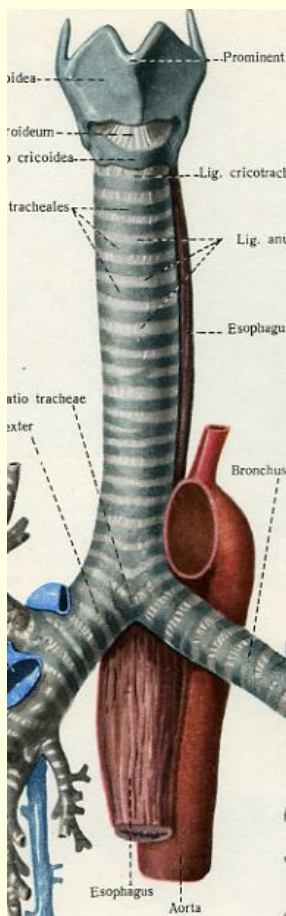
Перевязка общей сонной артерии (особенно правой) сопровождается большой смертностью – от 24 до 40%. В 44% случаев после операции наблюдается расстройство мозгового кровообращения, обусловленное недостаточно быстрым развитием коллатералей в системе артериального круга большого мозга. Поэтому у больного за несколько дней до этой операции ежедневно производится пальцевое прижатие общей сонной артерии, что способствует развитию окольного кровообращения.

# ВАРИАНТ ТРАХЕОСТОМИИ

---

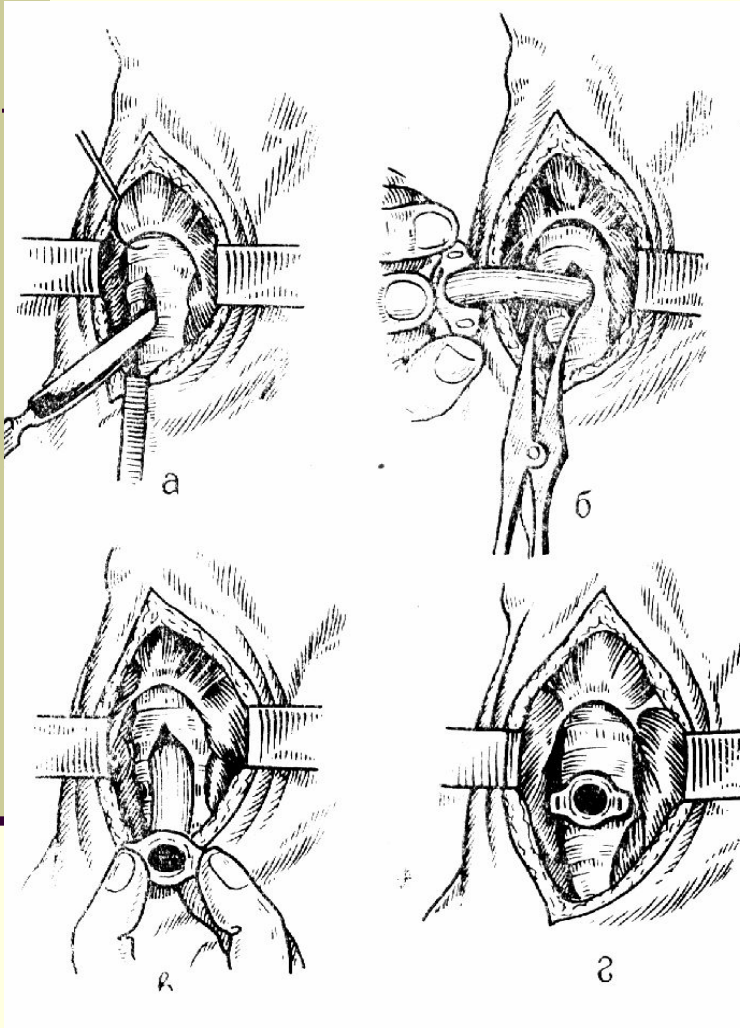


# ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ



**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



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).

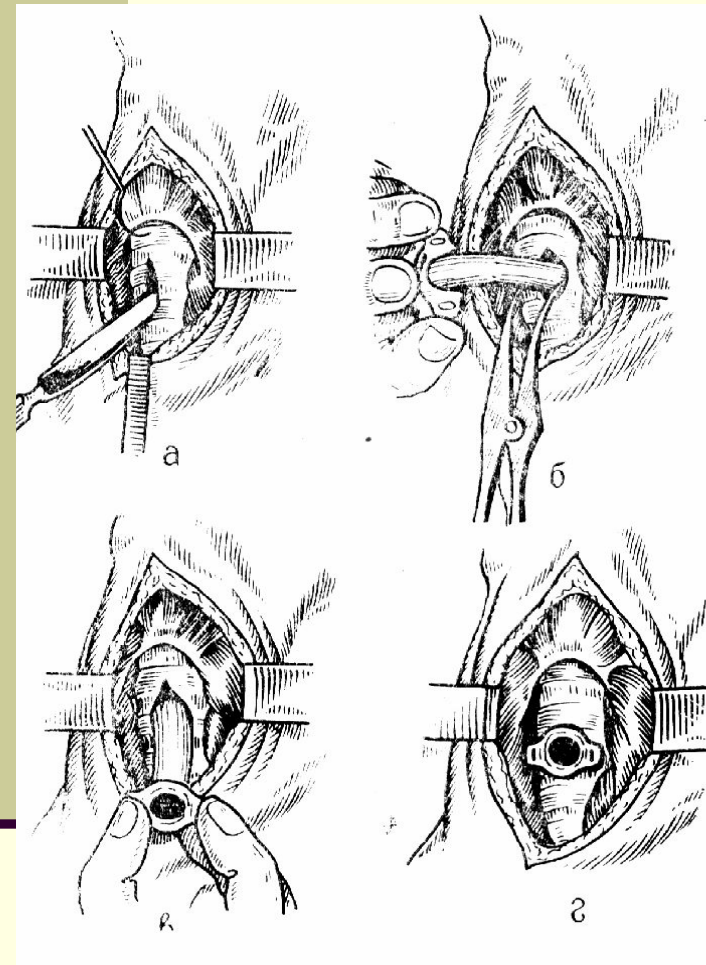
# ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

3 группы осложнений.

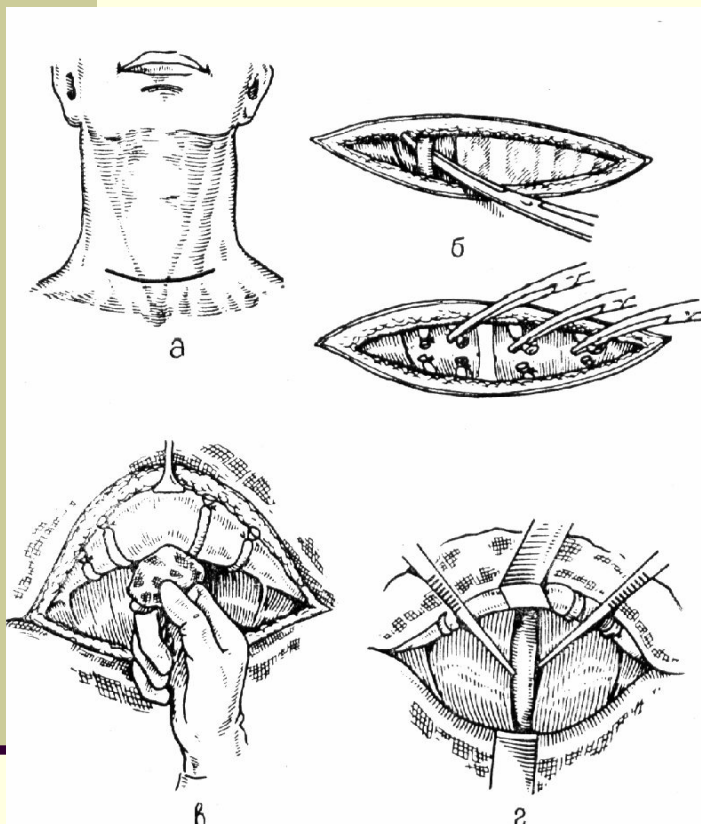
Первая группа – осложнения, возникающие в процессе выполнения операции. К ним относятся: кровотечение (ранение плече-головного ствола, нижних щитовидных вен, перешейка щитовидной железы), затруднения в нахождении дыхательного горла, повреждение передней стенки пищевода, введение канюли в подслизистое 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 эндотрахейт, трахеобронхит, абсцесс или гангрена легкого, абсцедирующая пневмония.



# ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ

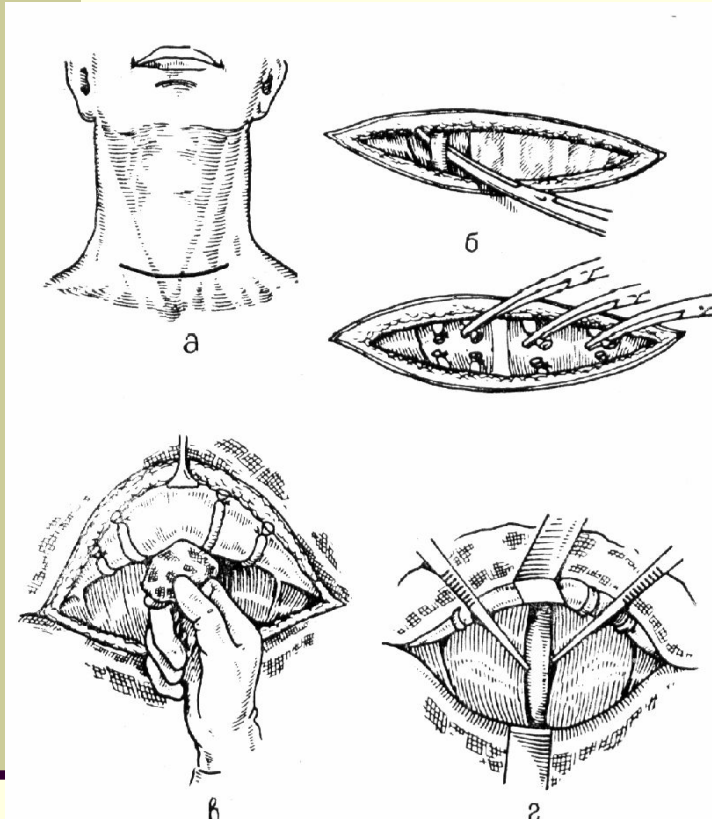


Различают следующие типы операций на щитовидной железе: удаление части органа (резекция), выпущение узла (энуклеация), сочетание энуклеации с резекцией и полное удаление (экстирпация).

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.

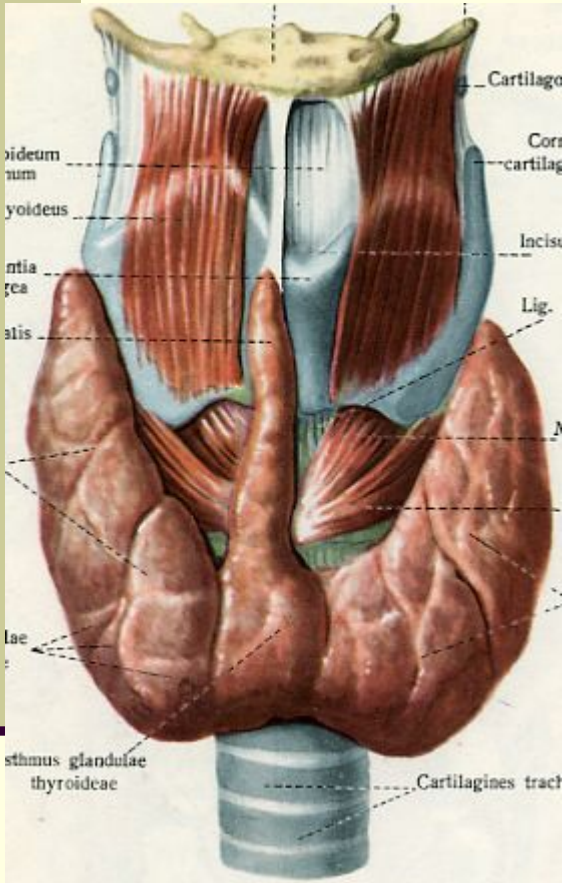


# ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ



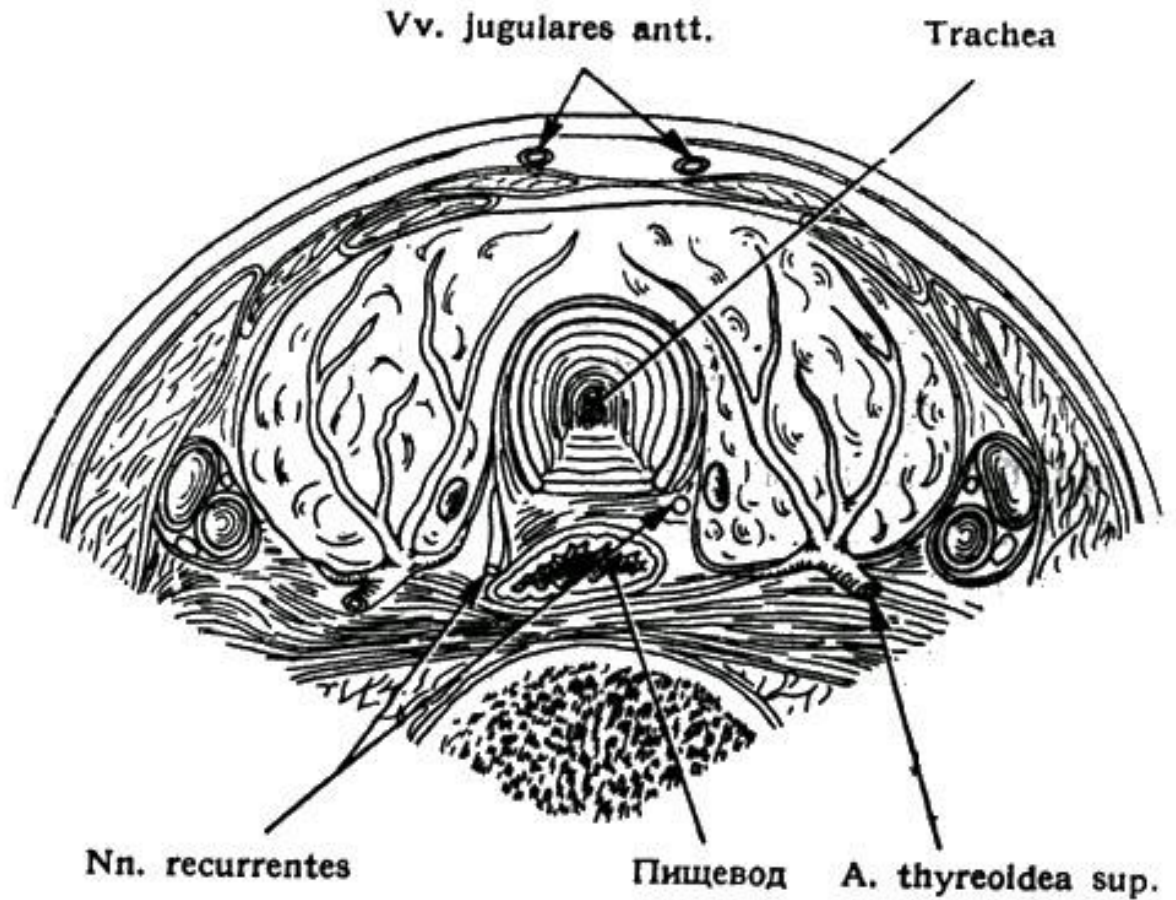
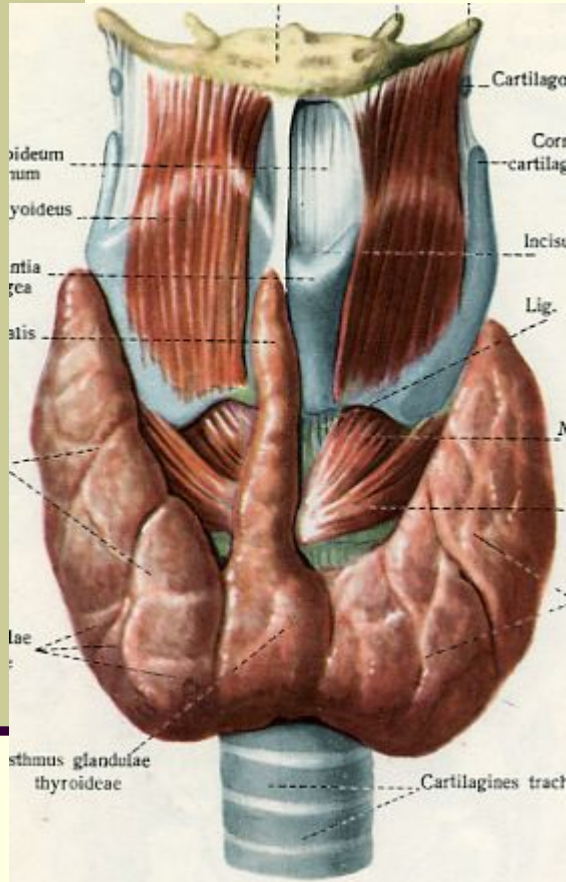
**Техника субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы по О.В. Николаеву состоит в следующем. Доступом Кохера обнажается передняя и большая часть боковой поверхности щитовидной железы, покрытой висцеральным листком четвертой фасции с проходящими в нем сосудами. Выделение щитовидной железы начинается со стороны полюсов или с латеральной поверхности.**

# ОРГАНЫ ШЕИ



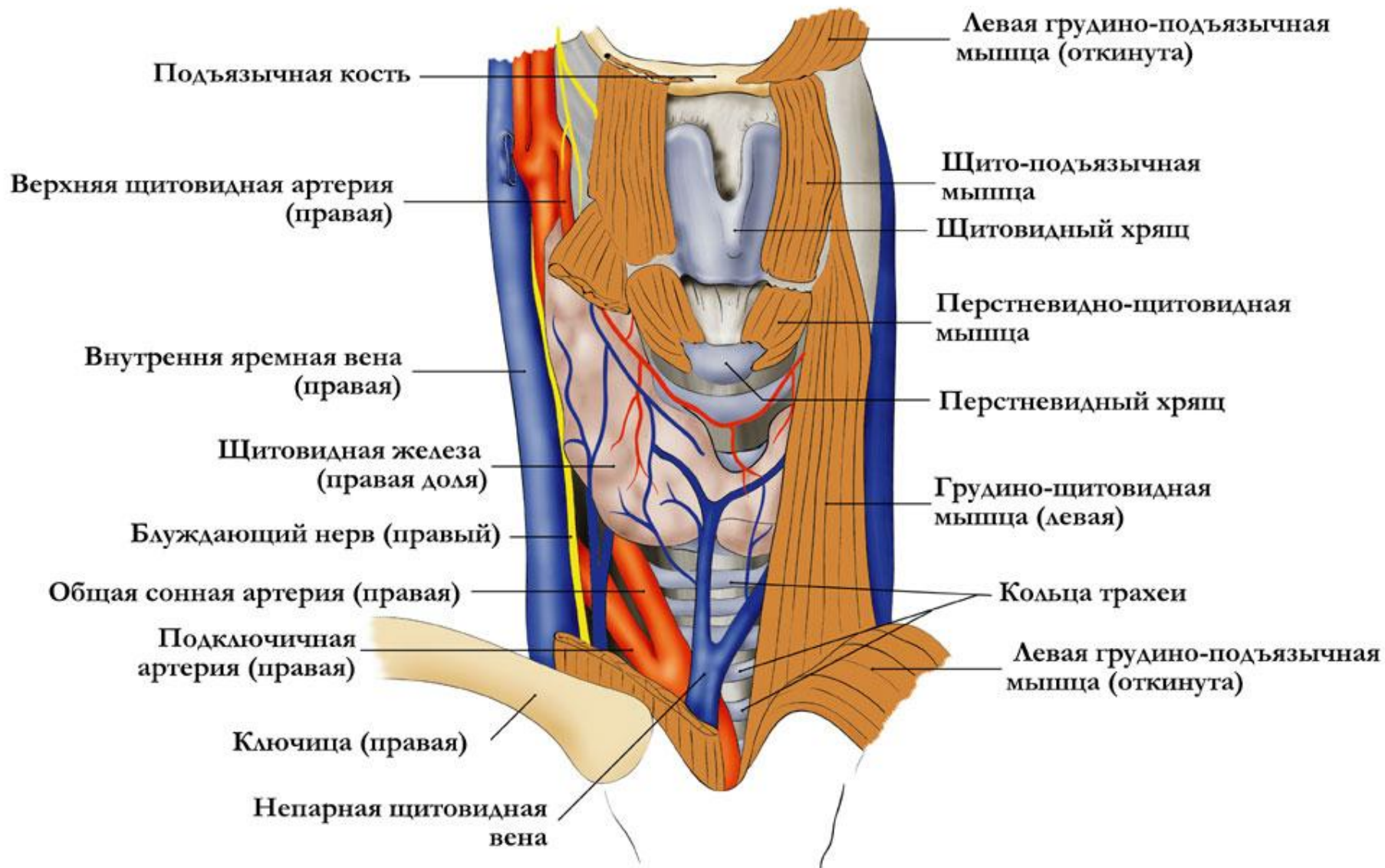
**щитовидная железа** располагается в подъязычной области шеи. Она состоит из двух долей, перешейка и в одной трети случаев от перешейка отходит пирамидальная доля. Железа окружена собственной капсулой, поверх которой находится висцеральный листок четвертой фасции шеи. Между капсулой и фасцией находятся 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



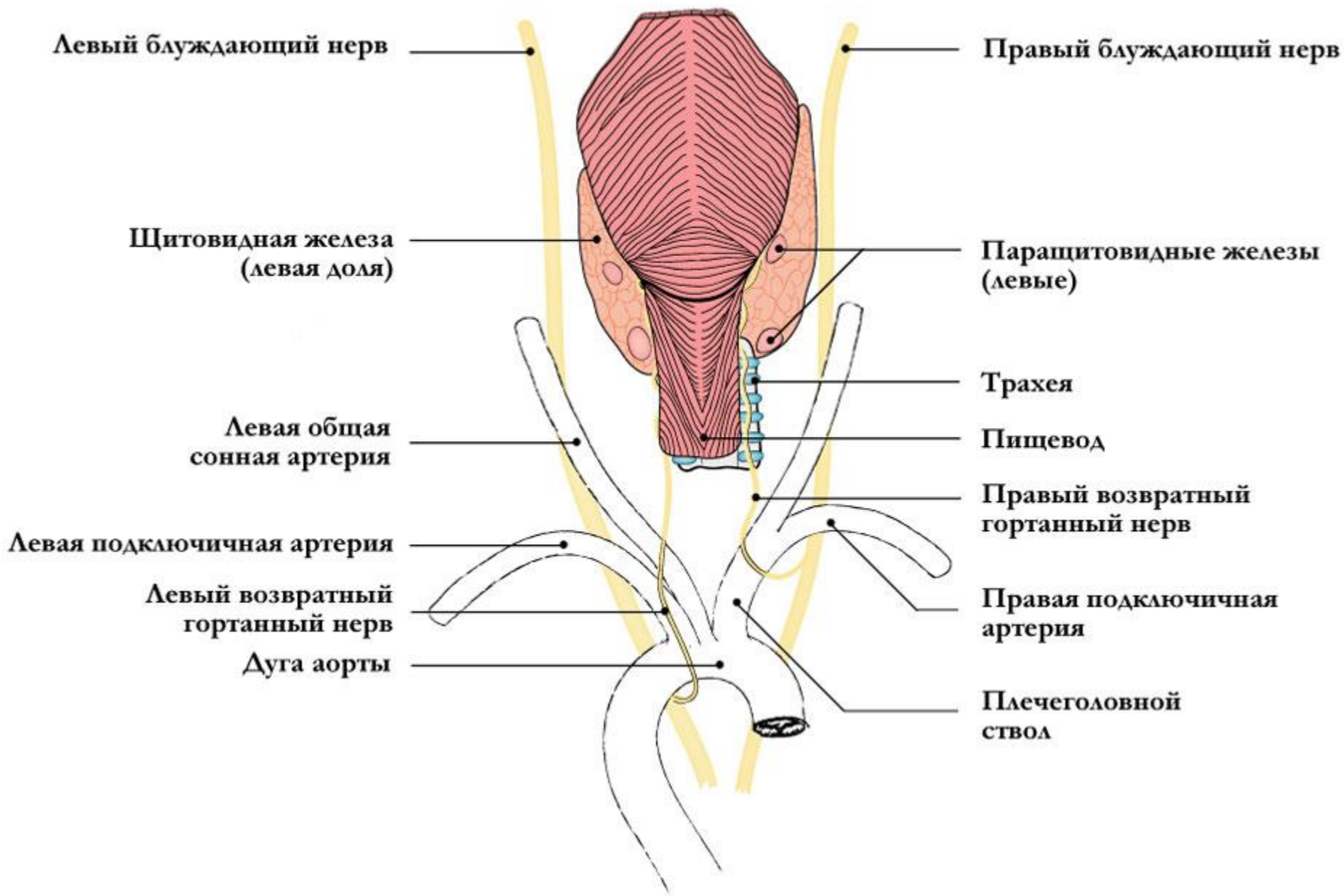


# Синтопия щитовидной железы

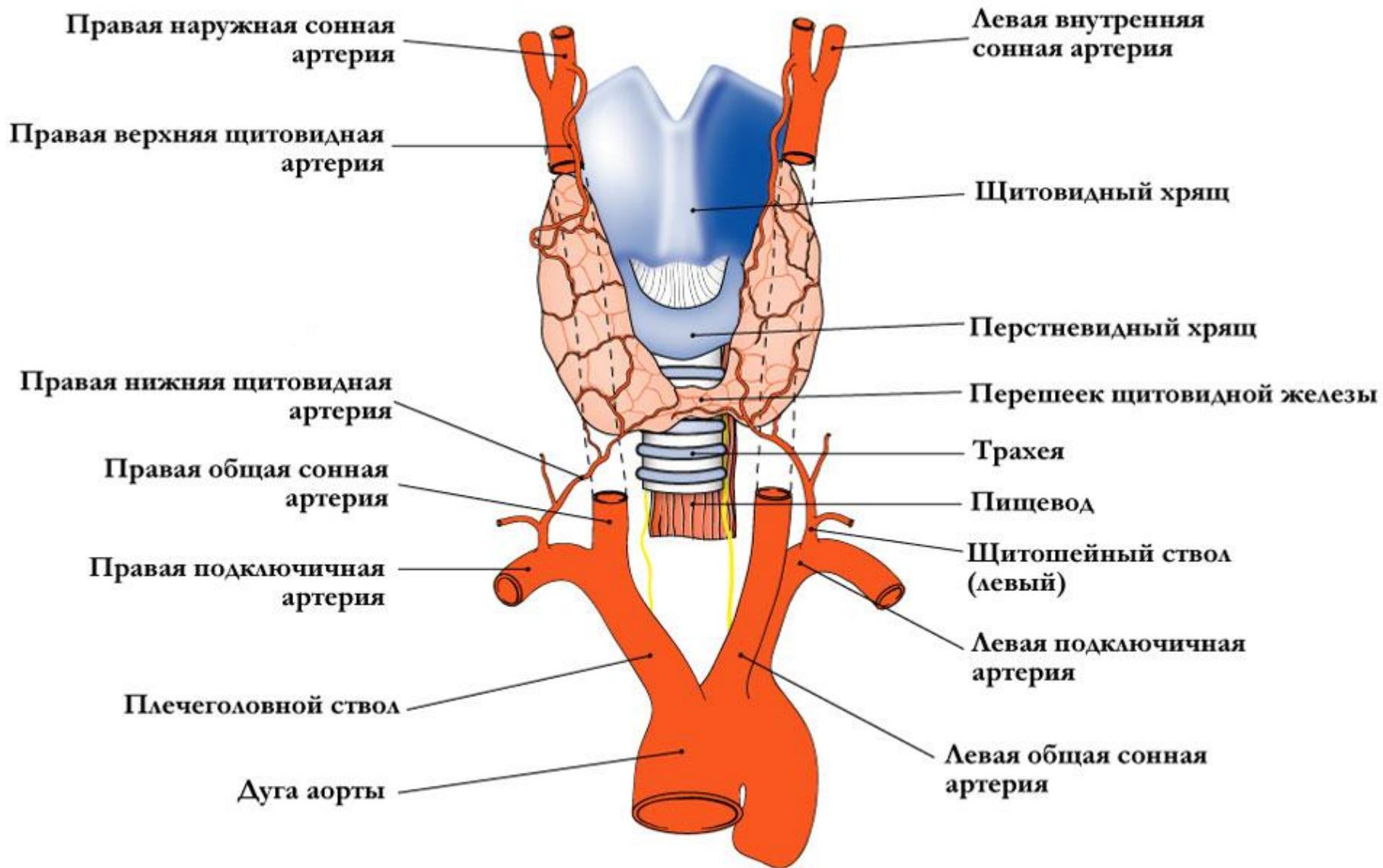


# Синтопия щитовидной и паращитовидных желез

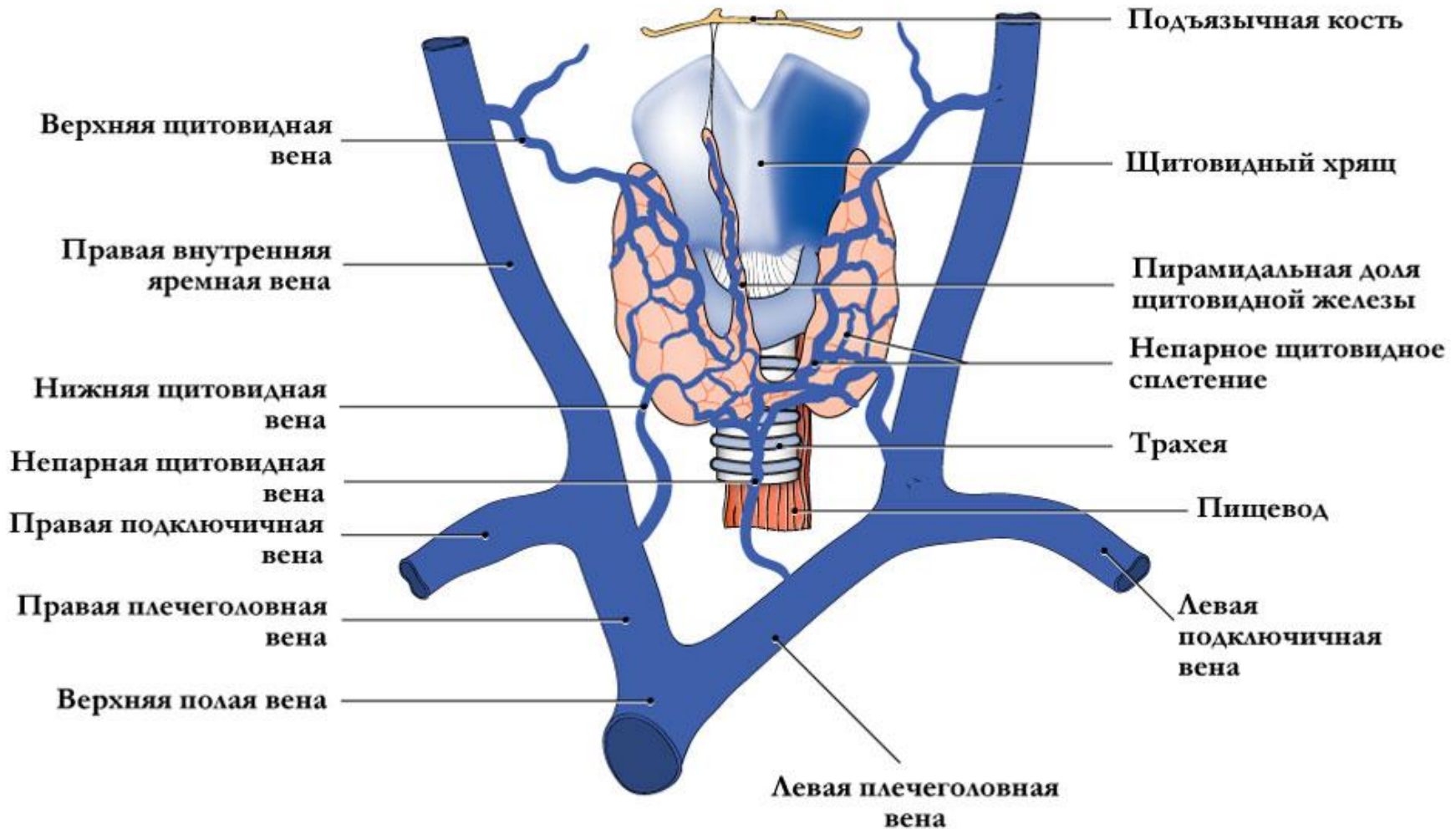
(вид сзади)



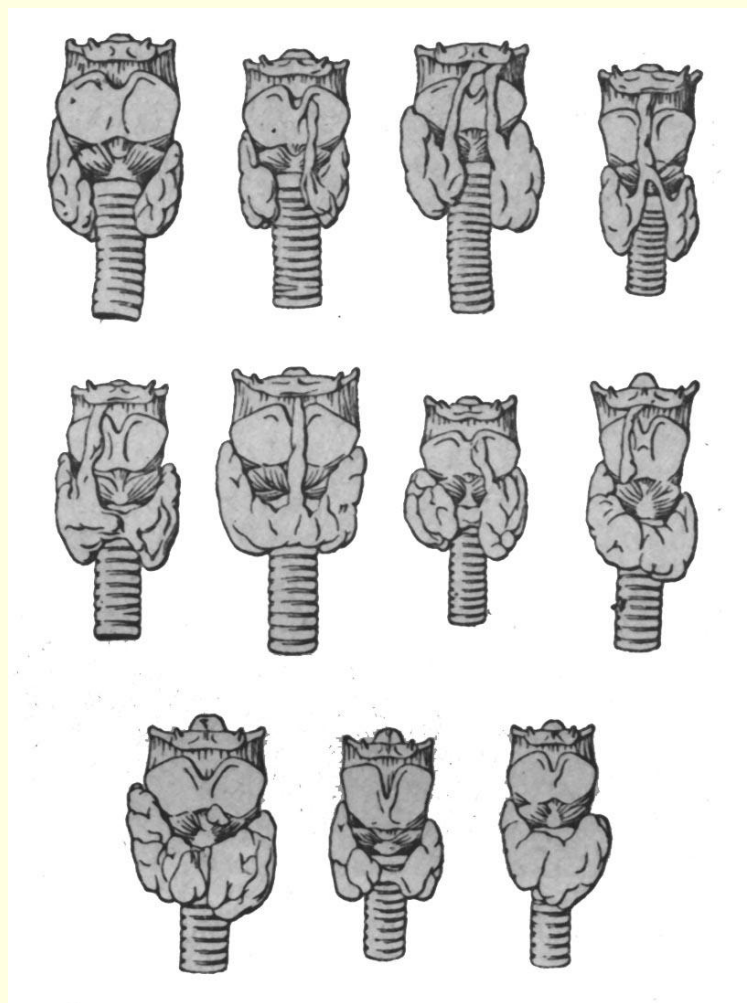
# Кровоснабжение щитовидной железы



# Венозный отток от щитовидной железы



# Формы щитовидной железы





---

***БЛАГОДАРЮ  
ЗА  
ВНИМАНИЕ***

**БЛАГОДАРЮ  
ЗА  
ВНИМАНИЕ**

