

Гродненский государственный медицинский
университет

КУРС ЛЕКЦИЙ ПО
ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ
АНАТОМИИ И ОПЕРАТИВНОЙ
ХИРУРГИИ

(МУЛЬТИМЕДИЙНЫЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ)

Гродно 2008

Составители:

Жук И.Г., профессор кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, доктор медицинских наук, профессор;

Юрченко В.П., заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии, доктор медицинских наук, профессор;

Ложко П.М., доцент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, кандидат медицинских наук, доцент;

Кумова И.В., ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, кандидат медицинских наук;


Стенько А.А., ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, кандидат медицинских наук.

Краткий курс лекций в виде мультимедийных презентаций предназначен для студентов лечебного и педиатрического факультетов. В учебном пособии на современном уровне и в доступной форме освещены основные вопросы по топографической анатомии и оперативной хирургии. Данная форма изложения лекционного материала призвана облегчить подготовку студентов к практическим занятиям и будет способствовать лучшему усвоению предмета.

Рецензенты:

Е.С. Околоулак, зав.кафедрой анатомии человека УО «Гродненский государственный медицинский университет», докт. мед. наук, профессор.

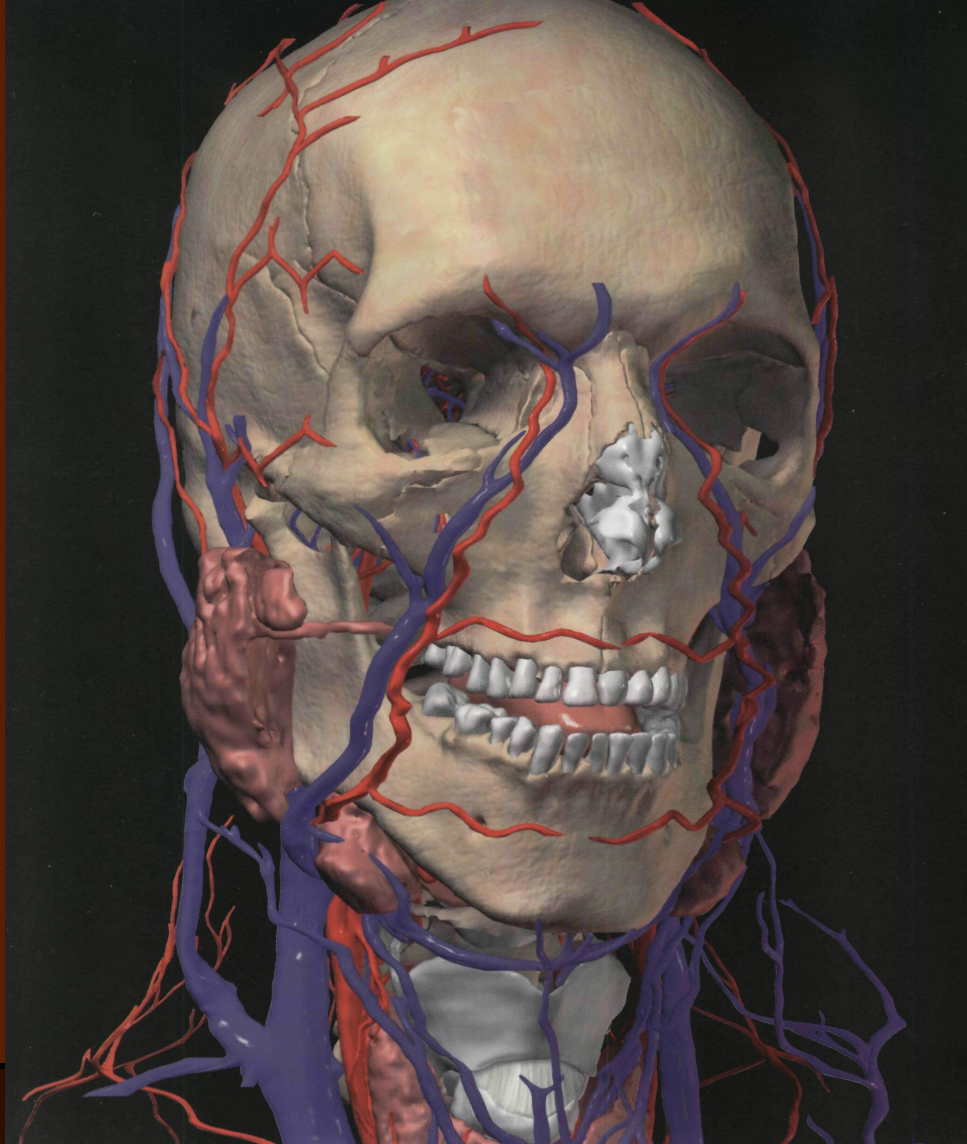
Г.Г. Мармыш, профессор кафедры общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет», докт. мед. наук, профессор.



**Кафедра оперативной хирургии и
топографической анатомии**

**ПРЕДСТАВЛЯЕТ
КУРС ЛЕКЦИЙ**

ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАЦИИ НА ГОЛОВЕ



Лекция № 1

ГРАНИЦЫ И ОТДЕЛЫ ГОЛОВЫ

Граница между головой и шеей: подбородочный выступ; нижний край, угол и ветвь нижней челюсти; наружный слуховой проход; вершина сосцевидного отростка; верхняя выйная линия; наружный затылочный бугор.

Отделы: мозговой и лицевой

Граница между мозговым и лицевым отделами: надпереносье; верхний край глазницы; скуловая дуга; наружный слуховой проход.

■ **МОЗГОВОЙ:**

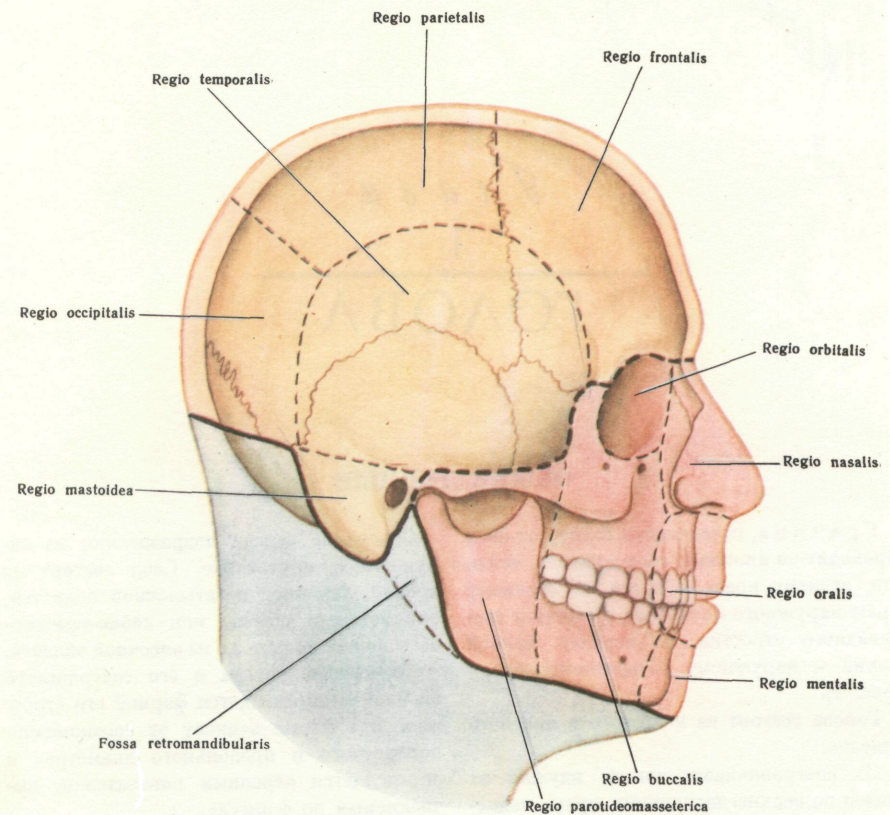
-**СВОД** (лобно-теменно-затылочная, височная, область сосцевидного отростка)

-**ОСНОВАНИЕ** (внутренняя, наружная поверхности)

■ **ЛИЦЕВОЙ:**

-**передняя поверхность** (области глазницы, носа, рта)

-**боковая поверхность** (щечная, околоушно-жевательная, глубокая область лица).

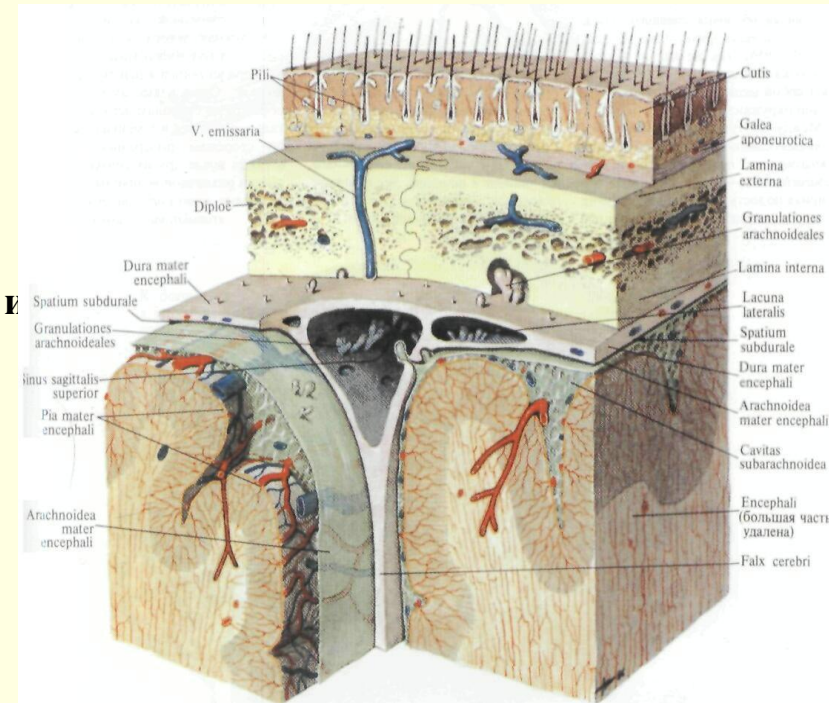


МОЗГОВОЙ ОТДЕЛ ГОЛОВЫ

ЛОБНО-ТЕМЕННО-ЗАТЫЛОЧНАЯ ОБЛАСТЬ

СЛОИ:

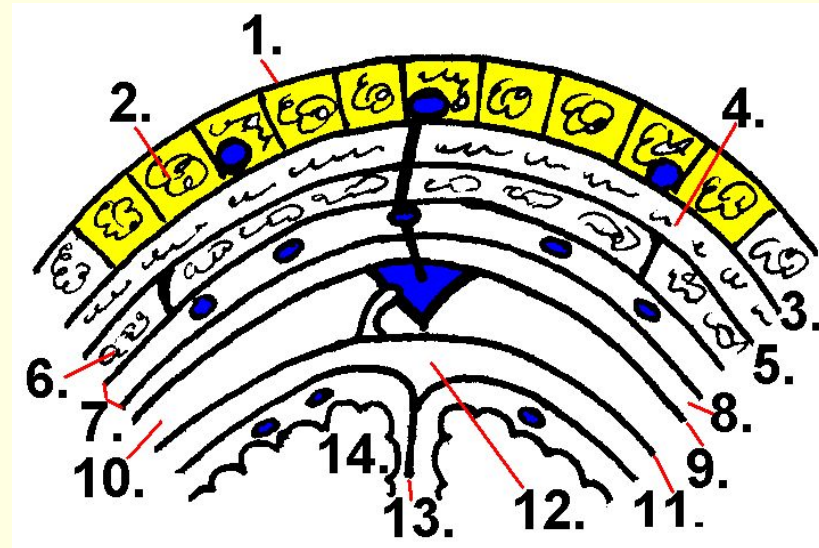
1. **КОЖА** – толстая, малоподвижная, соединена с апоневрозом соединительно-тканными перемычками.
2. **ПОДКОЖНО-ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА (ПЖК)** – разделена на ячейки этими соединительно-тканными перемычками, здесь проходят поверхностные артерии и вены.
3. **СУХОЖИЛЬНЫЙ ШЛЕМ** – состоит из мышечной и плотной сухожильной частей (aponевроз).
4. **ПОДАПОНЕВРОТИЧЕСКАЯ КЛЕТЧАТКА** – рыхлая, легко отслаивается.
5. **НАДКОСТНИЦА** – отделена от кости слоем поднадкостничной клетчатки, срастается с костью в местах швов.
6. **ПОДНАДКОСТНИЧНАЯ КЛЕТЧАТКА** – ограничена пределами одной кости.
7. **КОСТЬ** – состоит из 3-ех слоев:
наружная компактная пластинка;
диплоэтическое вещество (диплоэ);
внутренняя компактная пластинка (стекловидная).



*Продолжение
следует...Vertae!*

ЛОБНО-ТЕМЕННО-ЗАТЫЛОЧНАЯ ОБЛАСТЬ (МОЗГОВЫЕ ОБОЛОЧКИ)

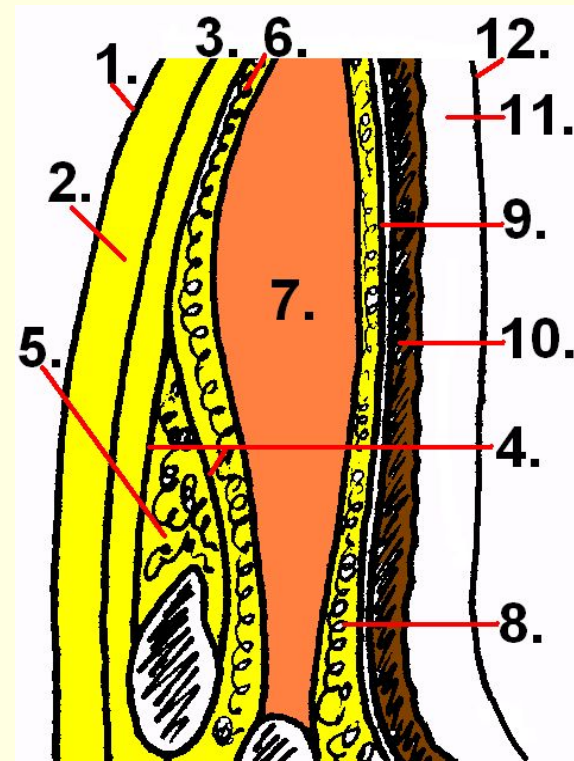
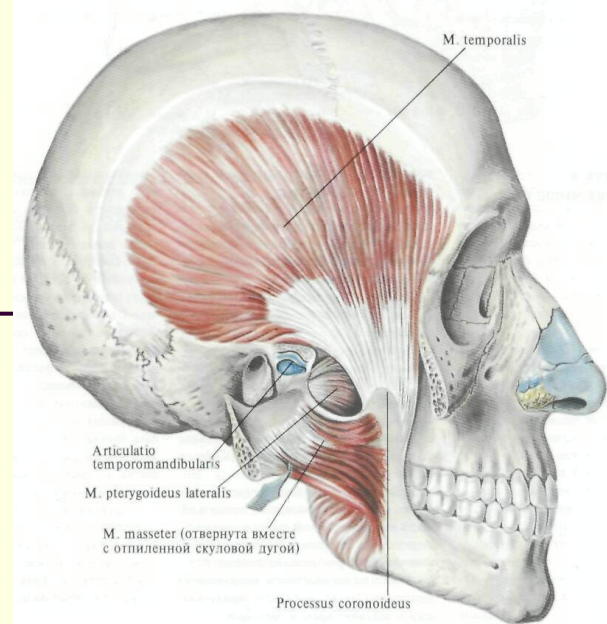
8. **ЭПИДУРАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО**
9. **ТВЕРДАЯ МОЗГОВАЯ ОБОЛОЧКА** – образует венозные синусы.
10. **СУБДУРАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО**
11. **ПАУТИННАЯ МОЗГОВАЯ ОБОЛОЧКА** – бессосудистая, образует Пахионовы грануляции.
12. **СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО** – заполнено ликвором.
13. **МЯГКАЯ МОЗГОВАЯ ОБОЛОЧКА (СОСУДИСТАЯ)** – покрывает вещество мозга, заходит в извилины.
14. **ВЕЩЕСТВО МОЗГА**



ВИСОЧНАЯ ОБЛАСТЬ

СЛОИ:

1. **КОЖА** – тонкая.
2. **ПЖК** – рыхлая, в ней проходит а. temporalis superficialis.
3. **ПОВЕРХНОСТНАЯ ФАСЦИЯ** – тонкая
4. **СОБСТВЕННАЯ (ВИСОЧНАЯ) ФАСЦИЯ** – в нижних отделах разделяется на 2 листка: **поверхностный**, прикрепляется к передней поверхности скуловой дуги, и **глубокий** – к задней.
5. **МЕЖАПОНЕВРОТИЧЕСКОЕ КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО** – замкнуто, расположено между поверхностным и глубоким листками собственной фасции, в нем проходит а. temporalis media.
6. **ПОДАПОНЕВРОТИЧЕСКОЕ КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО**
7. **ВИСОЧНАЯ МЫШЦА** – в толще проходят а. et n. temporales profundae.
8. **КОСТНО-МЫШЕЧНОЕ ВИСОЧНОЕ КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО**
9. **НАДКОСТНИЦА** – сращена с костью.
10. **КОСТЬ** – тонкая, лишена диплоэ.
11. **ЭПИДУРАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО**
12. **ТВЕРДАЯ МОЗГОВАЯ ОБОЛОЧКА**



СОСЦЕВИДНАЯ ОБЛАСТЬ

Границы: соответствуют контурам сосцевидного отростка

■ **СЛОИ:**

1. **КОЖА** – тонкая.
2. **ПЖК** – рыхлая.
3. **ПОВЕРХНОСТНАЯ ФАСЦИЯ**
4. **СОБСТВЕННАЯ ФАСЦИЯ**
5. **КЛЕТЧАТКА** (в верхне-переднем отделе)
МЫШЦЫ (в остальных отделах)
6. **НАДКОСТНИЦА** – сращена с костью за исключением верхне-переднего отдела
7. **КОСТЬ** – содержит воздухоносные ячейки

В пределах сосцевидного отростка располагается

трепанационный **треугольник Шипо**

Границы треугольника Шипо:

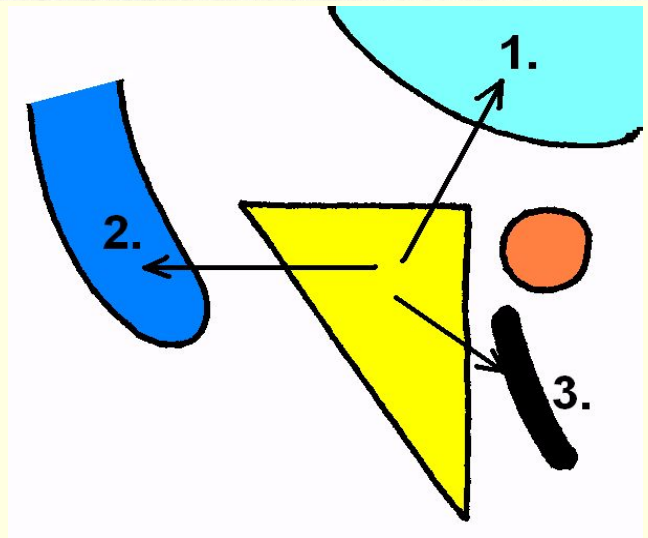
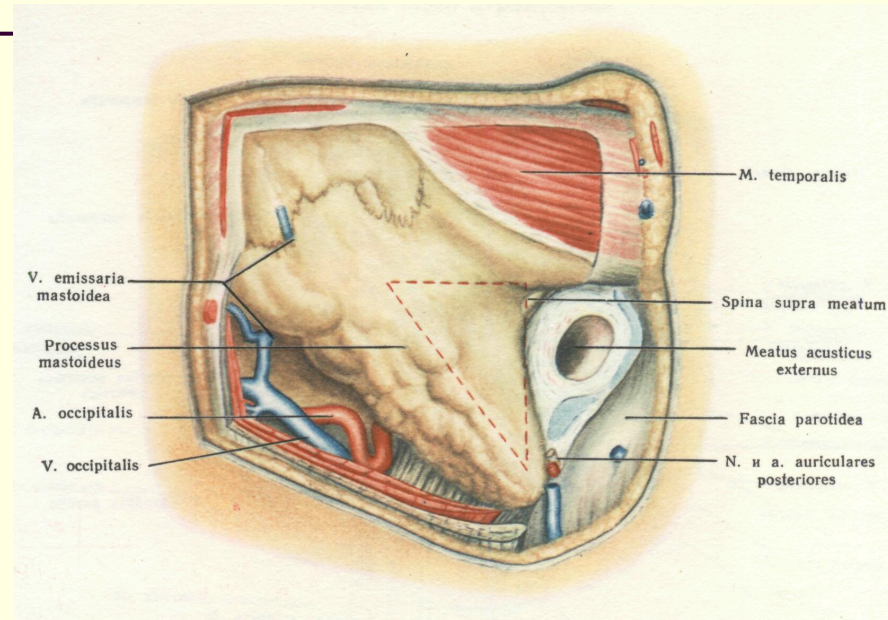
спереди – spina suprameatum

сверху – линия продолжения верхнего края скуловой дуги

сзади – гребень сосцевидного отростка

Треугольник Шипо граничит:

1. со средней черепной ямкой (сверху);
2. с сигмовидным синусом (сзади);
3. с каналом лицевого нерва (спереди).



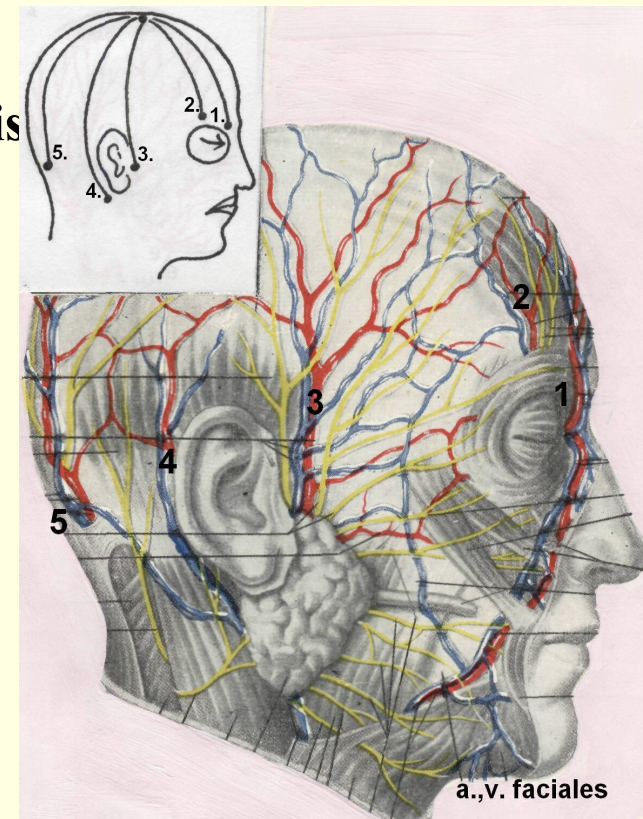
ОСНОВНЫЕ СОСУДИСТО- НЕРВНЫЕ ПУЧКИ

ОСНОВНЫЕ СОСУДИСТО-НЕРВНЫЕ ПУЧКИ:

1. a. et n. supratrochleares
2. a. et n. supraorbitales
3. a. temporalis superficialis et n. auriculotemporalis
4. a. occipitalis et nn. occipitales minor et major
5. a. et n. auriculares posteriora

ОСОБЕННОСТИ СОСУДОВ:

1. радиальное направление относительно верхней точки головы (макушки);
2. расположение в подкожной клетчатке, фиксация стенок к соединительно-тканным перемычкам (при повреждении – зияние просвета и обильное кровотечение);
3. богатая сеть артериальных анастомозов (хорошее заживление ран).



ЛИЦЕВОЙ ОТДЕЛ ГОЛОВЫ

Околоушно-жевательная область

Границы:

Сверху – скуловая дуга

Снизу – нижний край нижней челюсти

Спереди - передний край жевательной мышцы

Сзади – сосцевидный отросток и
грудино-ключично-сосцевидная мышца

Слои:

Кожа

ПЖК – разделена **поверхностной фасцией** на
2 слоя: поверхностный и глубокий
(проходят ветви лицевого нерва)

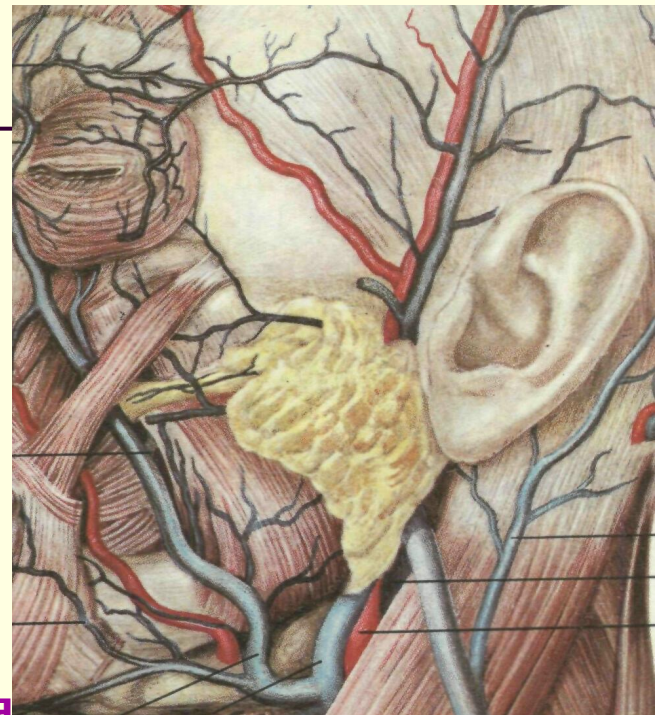
Собственная (околоушно-жевательная) фасция образует
капсулы слюнной железы и жевательной мышцы,
спереди образует капсулу жирового комка.

Околоушная слюнная железа

Жевательная мышца – от скуловой дуги к углу нижней
челюсти

Жевательно-нижнечелюстное пространство – костно-
фиброзное

Ветвь нижней челюсти



ОКОЛОУШНАЯ СЛЮННАЯ ЖЕЛЕЗА:

Расположена большей частью в заднечелюстной ямке.

Выделяют поверхностную (покрыта фасцией) и глубокую (глочный отросток – не покрыт фасцией) части.

Фасция дает перепопки, делит железу на дольки.

В толще железы проходит лицевой нерв

В ложе железы проходят: наружная сонная артерия; задненижнечелюстная вена и ушно-височный нерв

В капсуле выделяют 2 слабых места

(распространение гноя):

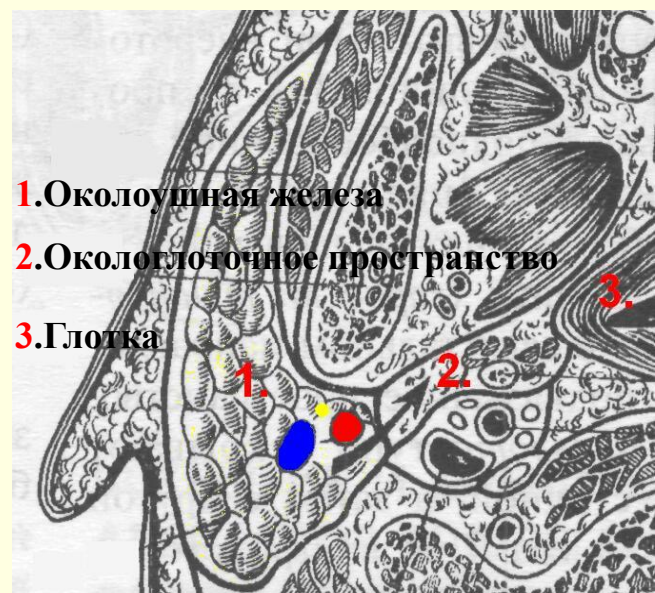
глочный отросток – не покрыт фасцией,

сообщается с окологлочным пространством

верхняя часть – прилежит к наружному слуховому проходу, пронизана лимфатическими сосудами

Проток железы – идет в горизонтальной плоскости на передней поверхности жевательной мышцы, поворачивает на 90°, идет сквозь толщу жирового комка и щечной мышцы, открывается в преддверие рта на уровне 6-7 верхних зубов.

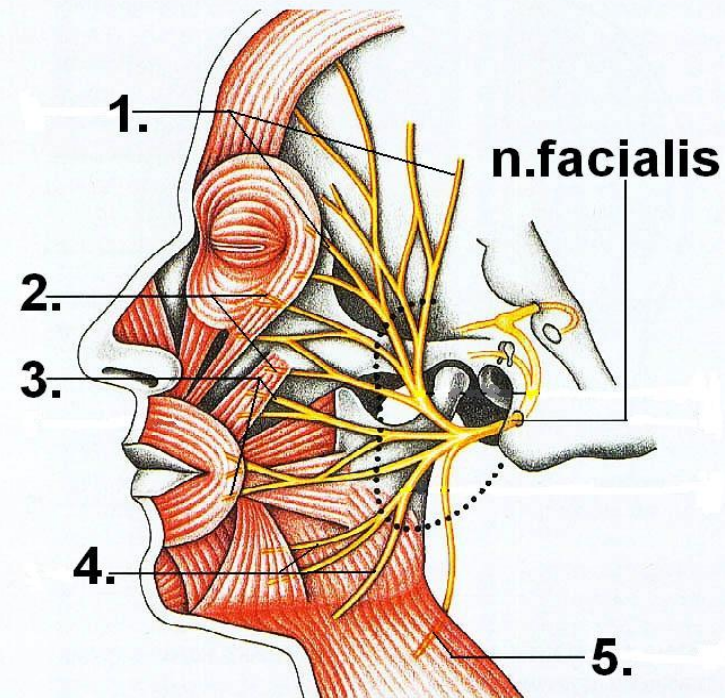
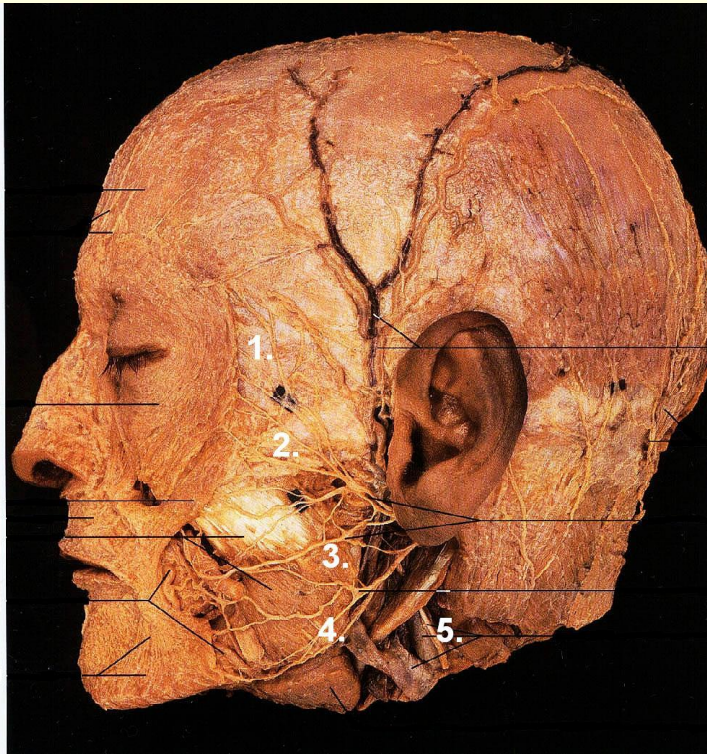
Проекция протока: по линии от наружного слухового прохода к середине линии между крылом носа и углом рта



ХОД ВЕТВЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Ствол лицевого нерва проецируется на 1,5 см ниже наружного слухового протока и в толще околоушной железы делится на свои конечные ветви:

1. **височные** (вертикально вверх)
2. **скуловые** (к наружному углу глаза)
3. **щечные** (к крылу носа и углу рта)
4. **краевая ветвь нижней челюсти** (вдоль нижнего края нижней челюсти)
5. **шейная ветвь** (вертикально вниз)

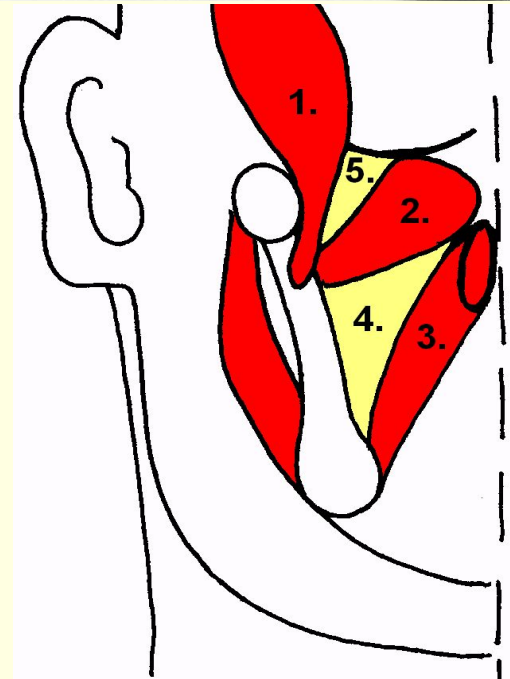
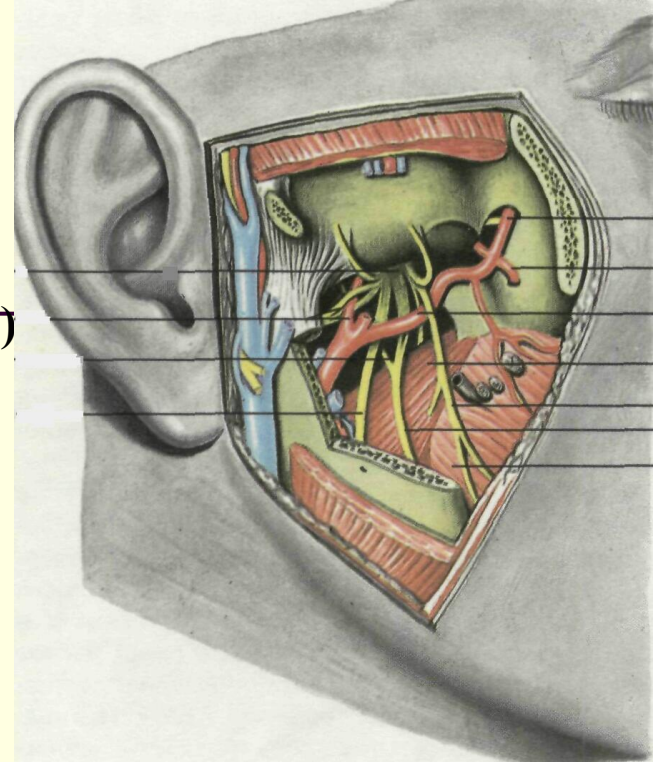


ГЛУБОКАЯ ОБЛАСТЬ ЛИЦА

(располагается между верхней и нижней челюстями)

В области располагаются:

1. **ВИСОЧНАЯ МЫШЦА;**
2. **ЛАТЕРАЛЬНАЯ КРЫЛОВИДНАЯ МЫШЦА;**
3. **МЕДИАЛЬНАЯ КРЫЛОВИДНАЯ МЫШЦА;**
4. **МЕЖКРЫЛОВИДНЫЙ ПРОМЕЖУТОК** (находятся ветви верхнечелюстной артерии, крыловидное венозное сплетение, ветви нижнечелюстного нерва);
5. **ВИСОЧНО-КРЫЛОВИДНЫЙ ПРОМЕЖУТОК** (находятся верхнечелюстная артерия и вены крыловидного сплетения).

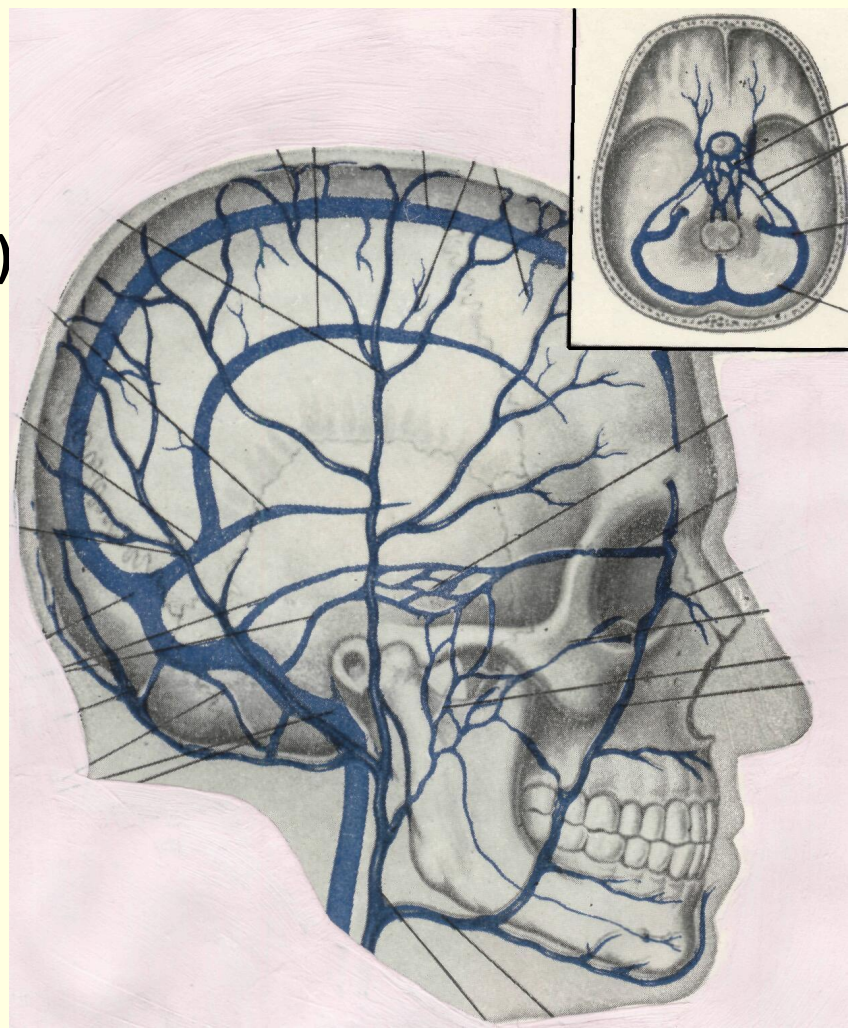
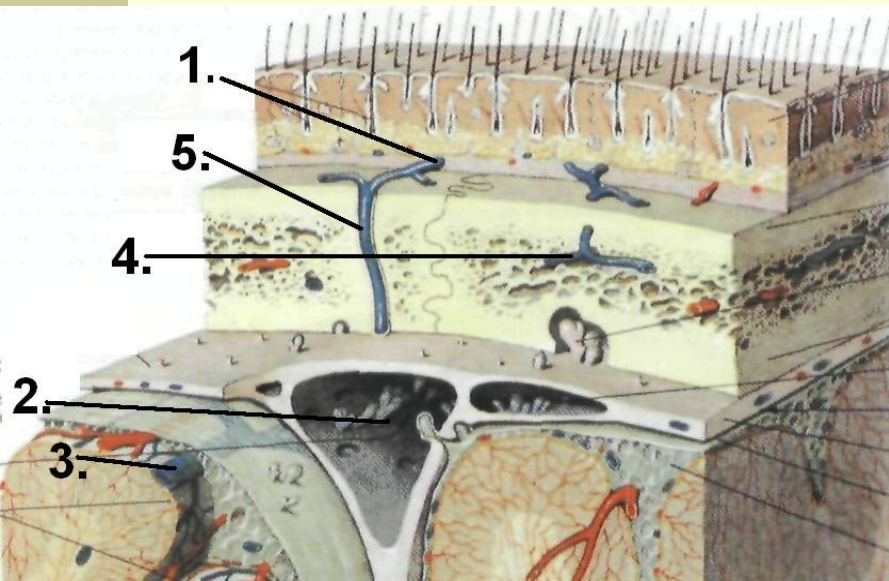


ВЕНОЗНАЯ СИСТЕМА МОЗГОВОГО ОТДЕЛА ГОЛОВЫ

Представлена 2-мя системами:

- поверхностные вены (1.)
- внутричерепные: синусы (2.)
мозговые вены (3.)
+диплоэтические (4.)

Соединяются обе системы
посредством эмиссарных вен (5.).



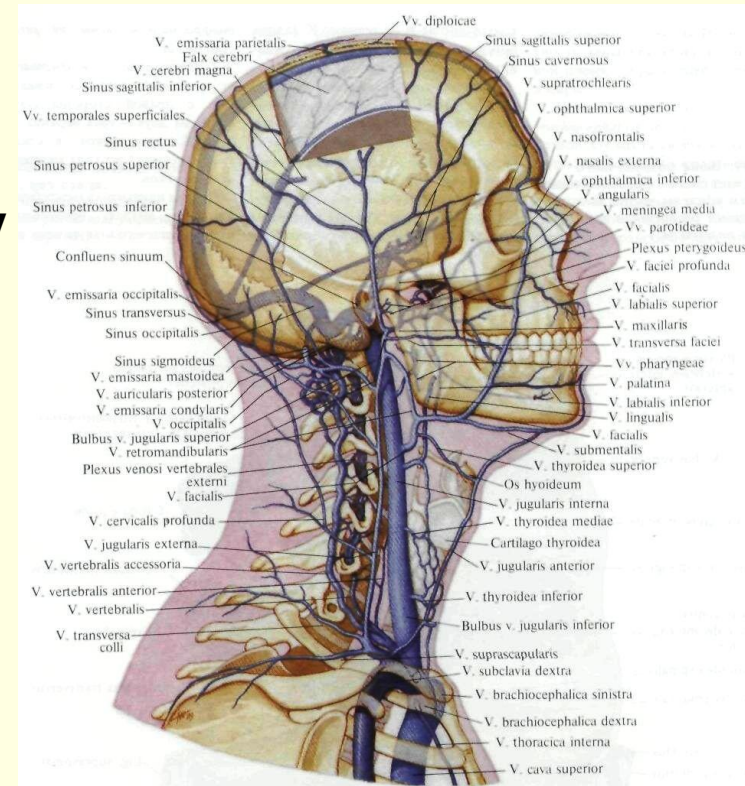
ВЕНОЗНАЯ СИСТЕМА ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ГОЛОВЫ

В норме кровь оттекает по **лицевой** (от передней области) и **занижнечелюстной** (от боковой области) вене во **внутреннюю яремную вену**

Лицевая через угловую вену анастомозирует с верхней глазничной веной, по которой кровь оттекает в кавернозный синус, и через глубокую вену лица с крыловидным сплетением

Крыловидное сплетение имеет связи с лицевой, занижнечелюстной (основной отток), нижней глазничной венами и кавернозным синусом (через средние менингеальные вены и эмиссарии)

При воспалительных заболеваниях в области лица может быть септический тромбоз лицевой вены, возникает ретроградный ток крови в полость глазницы и крыловидное сплетение, и далее в кавернозный синус, приводя к его тромбозу



ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТОПОГРАФИЯ

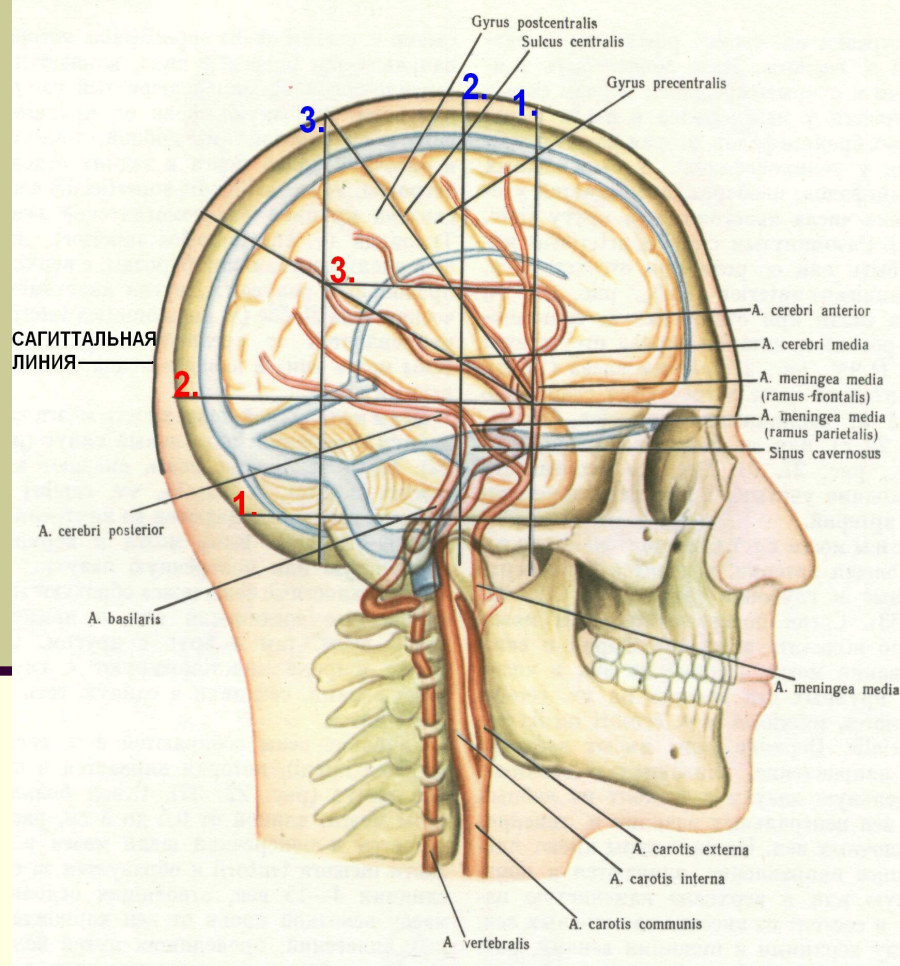


СХЕМА КРЕНЛЕЙНА- БРЮСОВОЙ

- 1. Основная нижняя горизонталь**
 - 2. Средняя горизонталь**
 - 3. Третья горизонталь (по Брюсовой)**
- 1. Передняя вертикаль**
 - 2. Средняя вертикаль**
 - 3. Задняя вертикаль**

ОПЕРАЦИИ НА ГОЛОВЕ

Часть 2

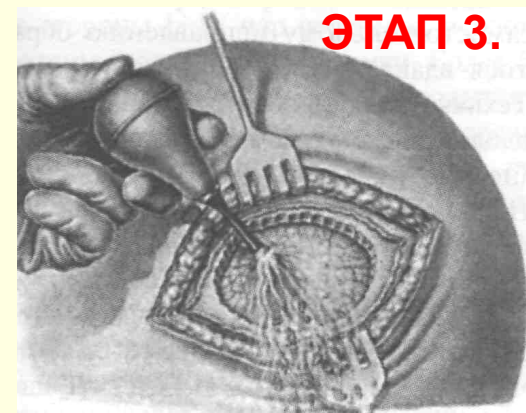
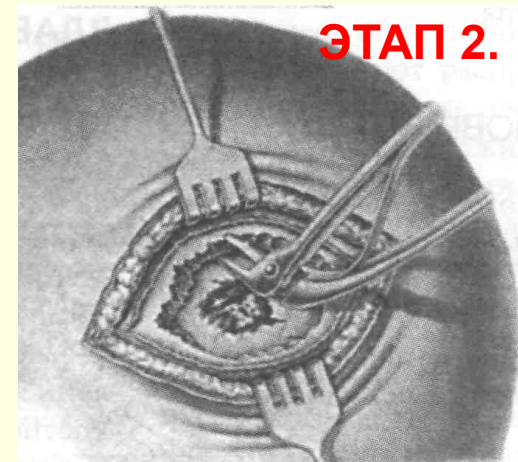
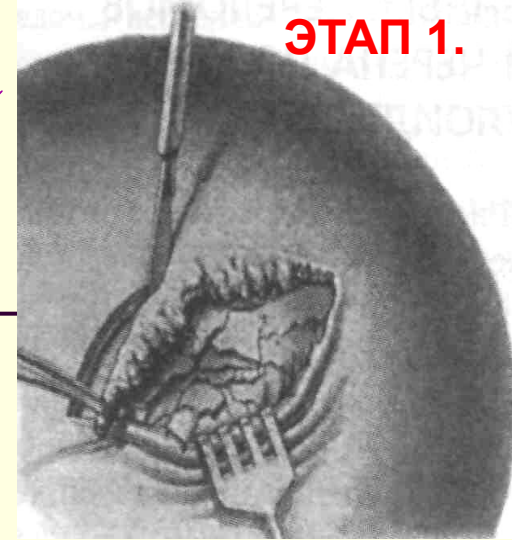


Первичная хирургическая обработка ран мозгового отдела головы

- **Повреждения головы:** закрытые и открытые (с повреждением кожи)
- **Ранения черепа:** непроникающие и проникающие (с повреждением твердой мозговой оболочки)

Этапы ПХО проникающих ран головы:

1. экономное иссечение мягких тканей с учетом топографо-анатомических особенностей области;
2. удаляют не связанные с надкостницей отломки кости. С помощью кусачек Люэра производят расширение костной раны, выравнивают ее края;
3. обрабатывают (экономно иссекают) рану твердой мозговой оболочки, saniруют раневой канал вымыванием мозгового детрита и мелких инородных тел струёй теплого физиологического раствора.



ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ

- Для остановки кровотечения из сосудов мягких тканей используют:
 - 1) пальцевое прижатие мягких тканей к костям свода черепа
 - 2) последовательное прошивание толстым шелком мягких тканей вокруг раны вместе с проходящими в подкожной клетчатке сосудами (способ Гейденгайна)
 - 3) наложение кровоостанавливающих зажимов с последующим лигированием сосудов
 - 4) электрокоагуляцию
- Для остановки кровотечения из диплоэтических вен используют:
 - 1) втирание восковой пасты
 - 2) кусачками Люэра раздавливают кость, прижимая наружную и внутреннюю пластинки друг к другу

Продолжение следует...Vertae!



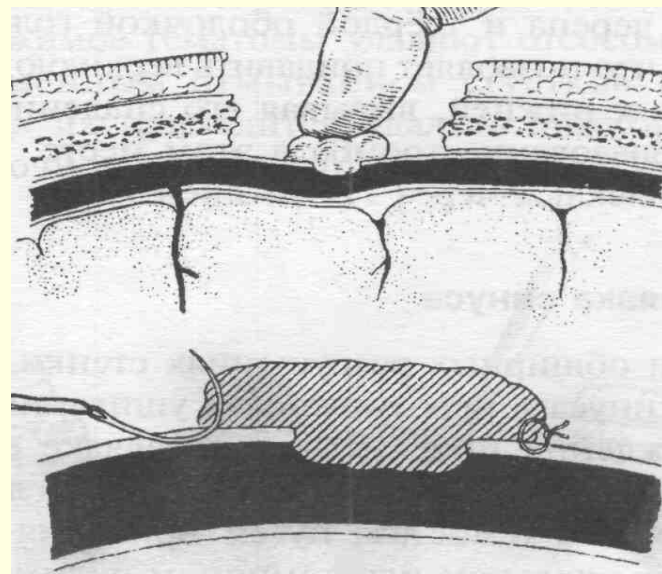
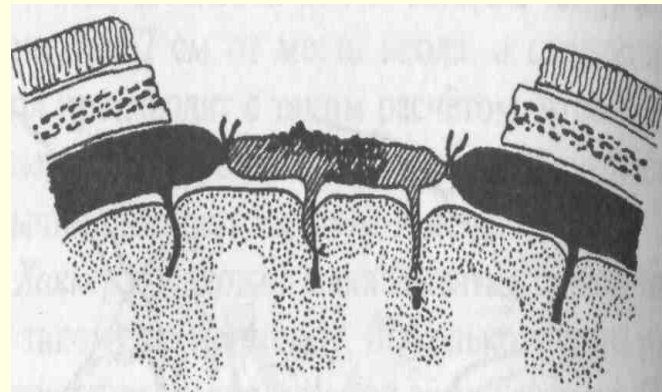
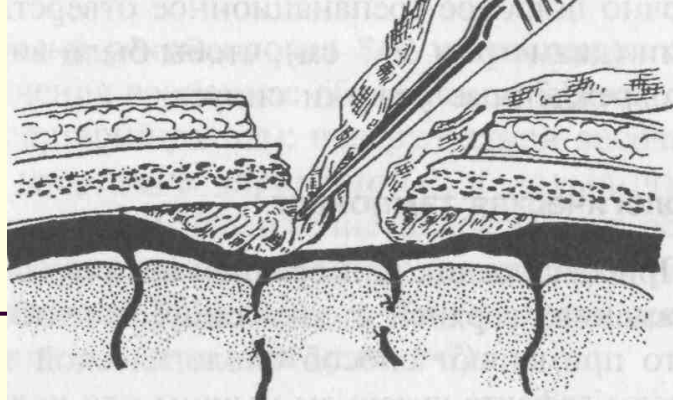
способ Гейденгайна

ОСТАНОВКА

КРОВОТЕЧЕНИЯ

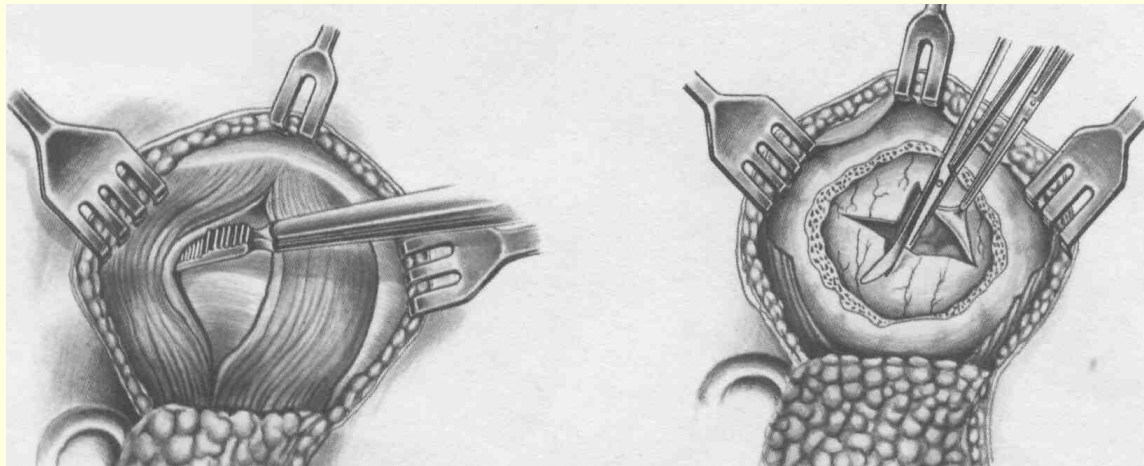
При повреждении синусов твердой мозговой оболочки применяют:

- 1) наложение **швов** на линейные раны небольших размеров;
 - 2) **пластику** дефекта стенки синуса лоскутом из наружного листка твердой мозговой оболочки или широкой фасции бедра, кусочком мышцы;
 - 3) при полном разрыве используется **тампонада синуса** марлевыми турундами, которые вводят между костью и твердой мозговой оболочкой (до 6 дней);
 - 4) **перевязка синуса.**
- Из мозговых сосудов:
- 1) электрокоагуляция;
 - 2) заполнение раневого канала мозга смесью фибриногена и тромбина.



ДЕКОМПРЕССИВНАЯ ТРЕПАНАЦИЯ по Кушингу

- **Декомпрессивная (декомпрессионная, резекционная) трепанация** - паллиативная операция, которая чаще всего выполняется при неоперабельных опухолях головного мозга с целью устранения или уменьшения болевого симптома путем снижения внутричерепного давления.
- **Принцип операции** заключается в формировании костного дефекта (5х6 см) в области свода черепа. Чаще производят **в височной области**, так как здесь имеется хорошо выраженный мышечно-аневротический слой, который будет препятствовать пролабированию мозга. Иногда производят непосредственно **над местом расположения опухоли**.



Отслоение
надкостницы
и мышцы

Резецирована
кость,
рассечение
твердой
мозговой
оболочки

КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ТРЕПАНАЦИЯ

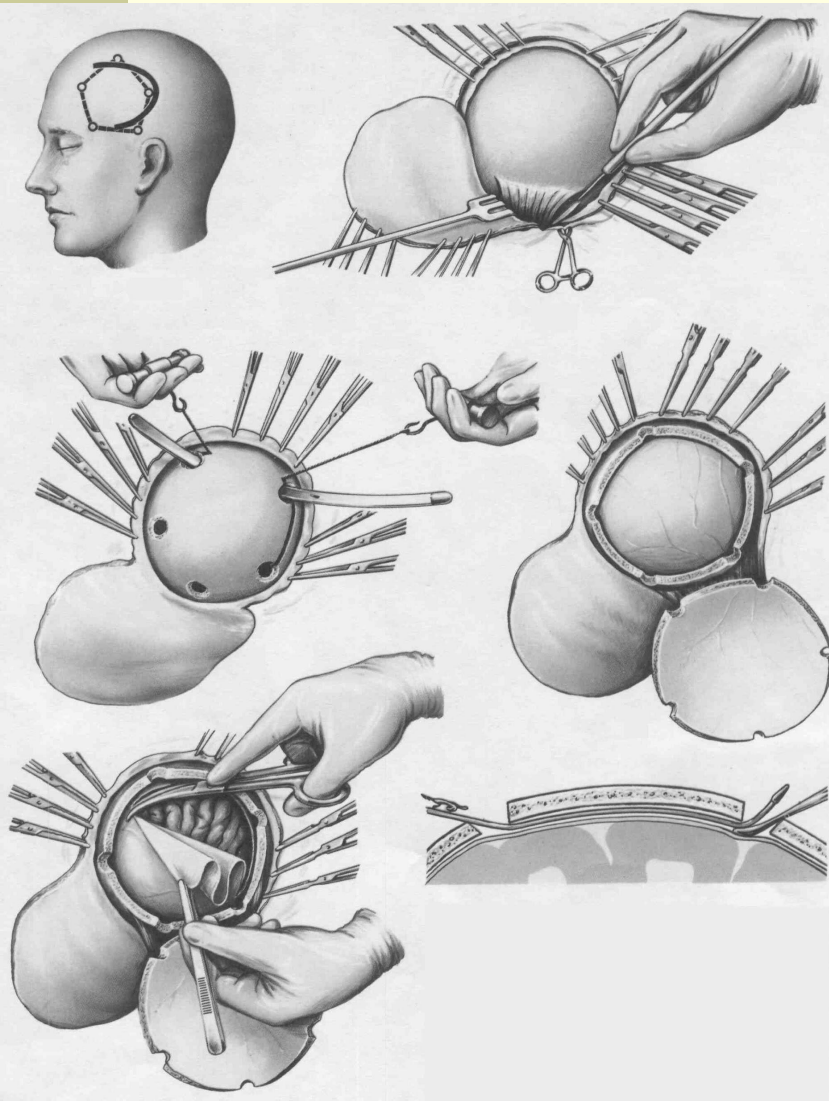
Является оперативным доступом
в полость черепа

Способы костно-пластической трепанации:

- однолоскутная по Вагнеру-Вольфу;
- двухлоскутная по Оливекрону.

Этапы двухлоскутной костно-пластической трепанации:

- формирование кожно-апоневратического лоскута;
- обработка надкостницы;
- сверление фрезевых отверстий;
- перепиливание костных перемычек между ними;
- откидывание костно-надкостничного лоскута с сохранением или без сохранения питающей ножки;
- рассечение твердой мозговой оболочки;
- манипуляции на мозге;
- ушивание твердой мозговой оболочки;
- закрытие дефекта черепа.



АНТРОТОМИЯ

(ТРЕПАНАЦИЯ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА)

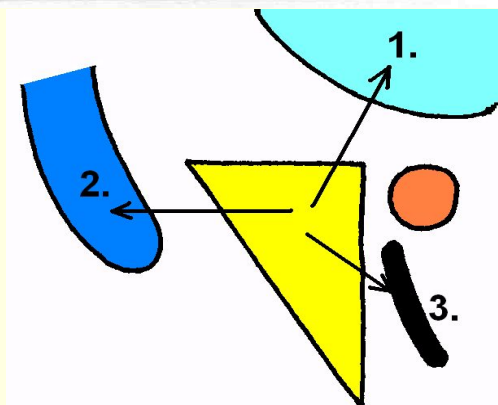
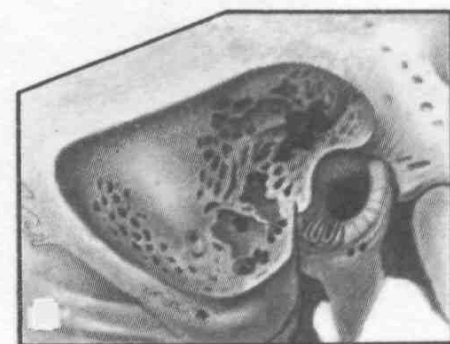
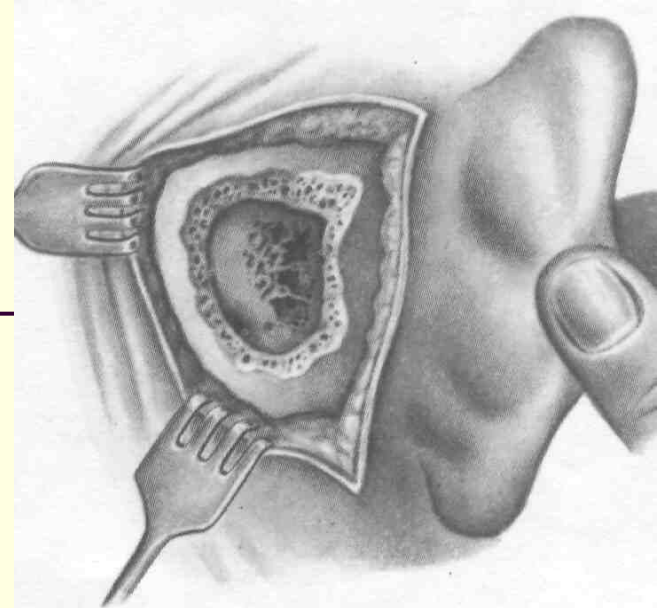
Показания: первичный и вторичный гнойный мастоидит

Цель операции - удаление гнойного экссудата, грануляций из воздухоносных ячеек сосцевидного отростка, вскрытие и дренирование сосцевидной пещеры

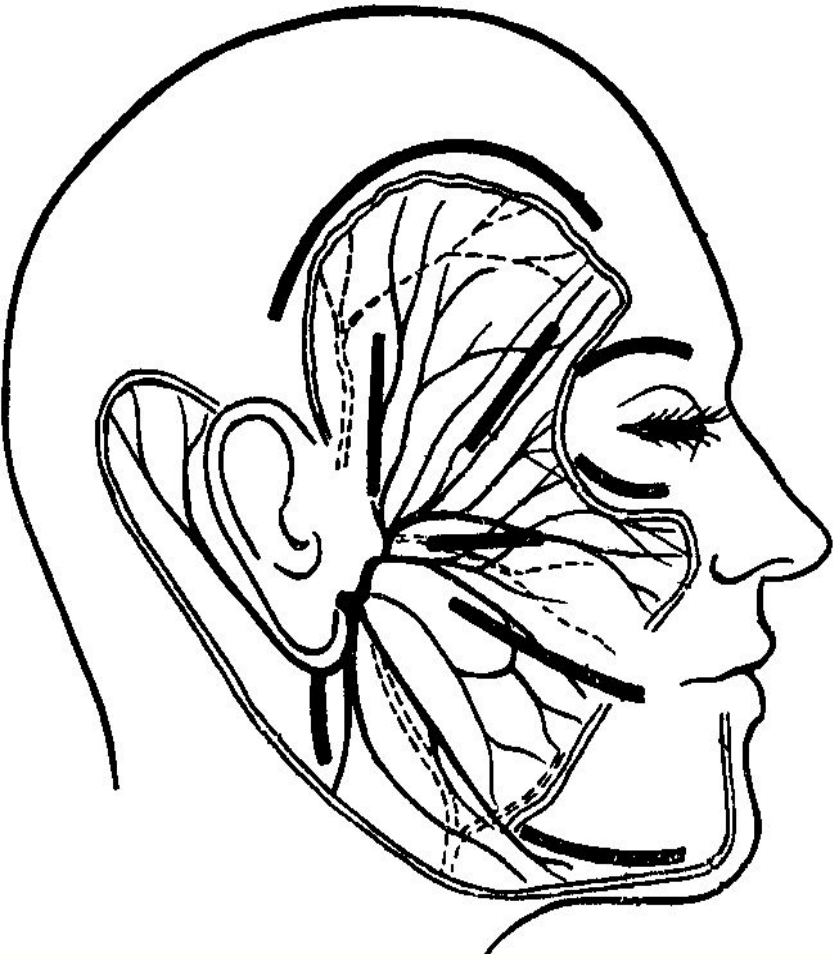
ОПЕРАЦИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ ТРЕУГОЛЬНИКА ШИПО

Осложнения: при отклонении от границ треугольника Шипо и техники можно повредить:

- 1) образования средней черепной ямки;
- 2) сигмовидный синус;
- 3) лицевой нерв.



ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕ



РАЗРЕЗЫ НА ЛИЦЕ

- Разрезы на лице проводят по ходу естественных складок и морщин, с учетом направления ветвей лицевого нерва
- Ткани иссекают экономно
- Тщательный гемостаз
- Швы лучше внутрикожные непрерывные синтетической нитью или чрезкожные с раздельным ушиванием ПЖК и кожи

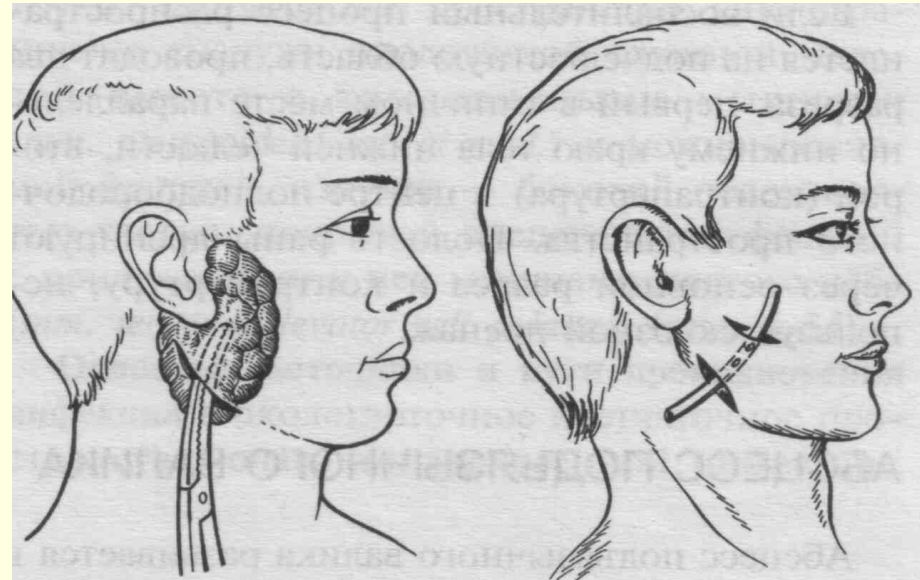
ОПЕРАЦИИ ПРИ ГНОЙНОМ ПАРОТИТЕ

Гнойный паротит – гнойное воспаление околоушной слюнной железы

Разрезы при гнойном паротите производят с учетом хода ветвей лицевого нерва (чаще используют разрез за углом нижней челюсти)

Остро рассекают кожу, подкожную клетчатку и капсулу околоушной железы

Далее ткани разделяют **тупым способом, чтобы не повредить сосудисто-нервные образования**

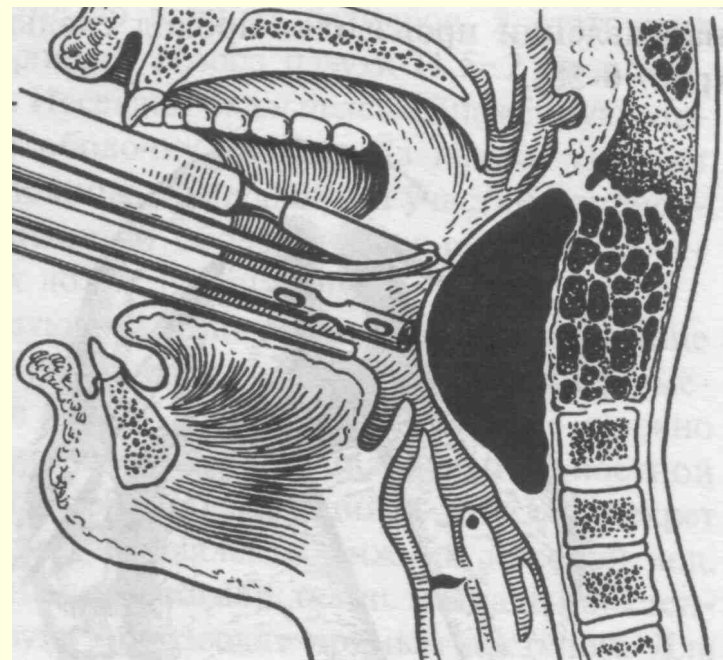


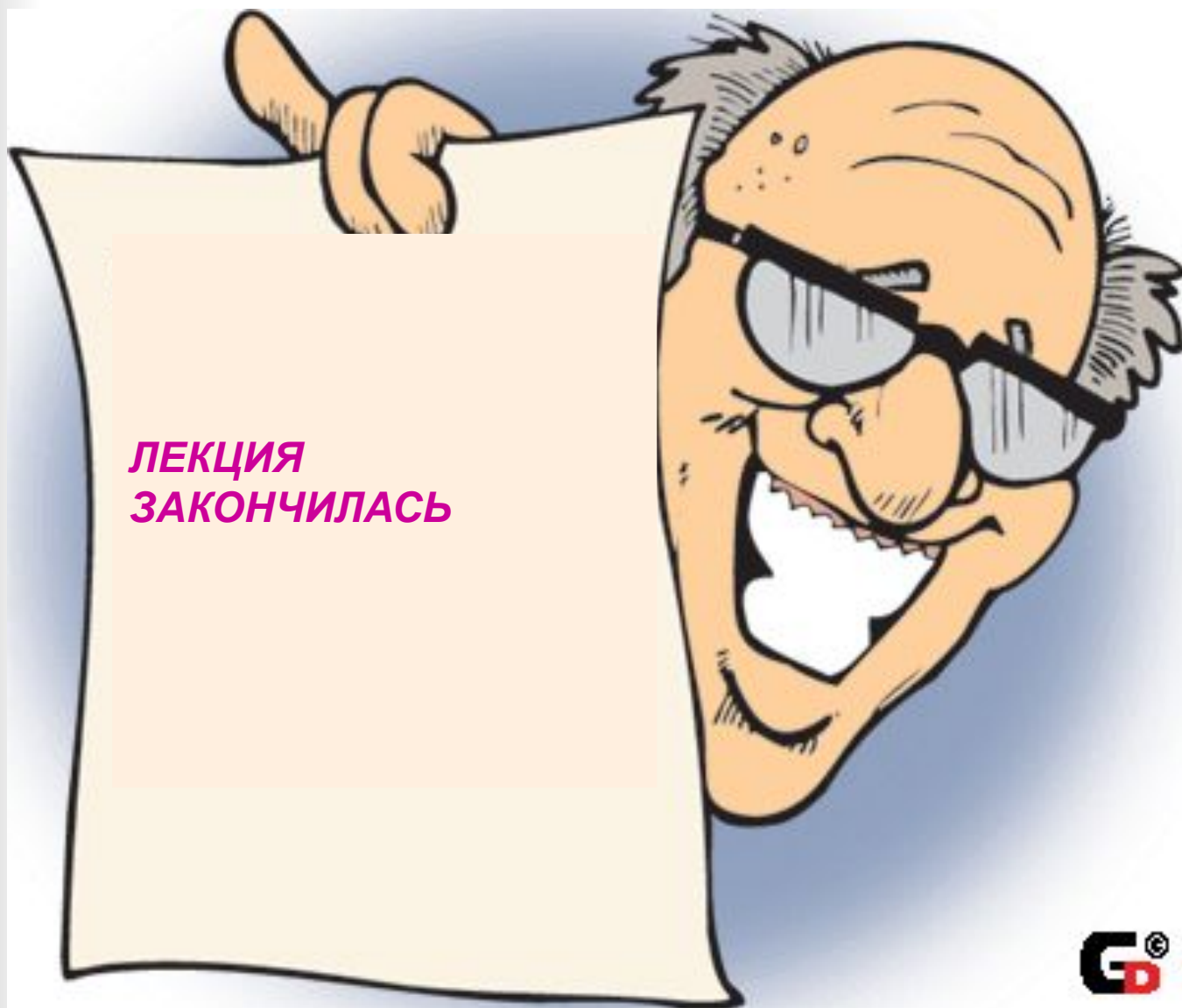
ВСКРЫТИЕ ЗАГЛОТОЧНОГО АБСЦЕССА

Заглоточный абсцесс располагается в клетчатке между глоткой и предпозвоночной фасцией. Чаще односторонний, т.к. заглоточное пространство разделено перегородкой. Сообщается с позадивисцеральным пространством шеи и далее с задним средостением.

Техника вскрытия:

- Положение больного – сидя;
- Доступ – через рот;
- Скальпель фиксируют пластырем или зажимом, оставляя 1 см. лезвия;
- Разрез вертикальный (~2см.) по месту наибольшего выпухания;
- Во избежание аспирации гноя сразу после вскрытия абсцесса следует голову больного наклонить вперед либо использовать аспиратор.





**ЛЕКЦИЯ
ЗАКОНЧИЛАСЬ**