

Міністерство охорони здоров'я України  
Українська медична стоматологічна академія

**С.М.Білаш, О.М. Проніна, М.М.Коптев,  
А.В.Пирог-Заказникова**

**КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ І  
ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ**

Навчально-методичний посібник  
до практичних занять  
лікарів-інтернів стоматологів

Рекомендовано Вченою радою  
Української медичної стоматологічної академії  
як навчально-методичний посібник  
для лікарів-інтернів стоматологів і лікарів-слухачів  
закладів (факультетів) післядипломної освіти МОЗ України  
(протокол № 4 від 09.10.2019 р.)

Полтава – 2019

УДК [611. 9+616-089](07)

Рекомендовано Вченою радою Української медичної стоматологічної академії як навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів стоматологів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти МОЗ України (протокол №4 від 09.10.2019 р.)

Автори:

**С.М.Білаш, О.М.Проніна, М.М.Коптев, А.В.Пирог-Заказникова**

Клінічна анатомія і оперативна хірургія. Навчально-методичний посібник до практичних занять лікарів-інтернів стоматологів. – Полтава: ФОП-Мирон І.А., 2019. –102 с.

Навчально-методичний посібник із клінічної анатомії і оперативної хірургії для лікарів-інтернів стоматологів складено згідно з програмою і навчальним планом. У ньому послідовно викладені основні питання, які рекомендуються для розгляду на практичних заняттях, дані рекомендації щодо методології предмета. У кінці кожної теми наведено ситуаційні задачі та список літератури, яка рекомендується для використання під час самостійної підготовки лікарів-інтернів.

Навчально-методичний посібник сприятиме підвищенню ефективності навчання інтернів-стоматологів. Він допоможе їм глибше вивчити предмет клінічної анатомії і оперативної хірургії, що має велике практичне значення в підготовці до лікувальної діяльності.

**Рецензенти:**

В.Г.Дуденко, завідувач кафедри клінічної анатомії та оперативної хірургії Харківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор;

О.А.Григор'єва, завідувач кафедри анатомії людини, оперативної хірургії і топографічної анатомії Запорізького державного медичного університету, доктор медичних наук, професор;

Т.П.Скрипнікова, професор кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів Української медичної стоматологічної академії, Заслужений лікар України, кандидат медичних наук, професор.

Літературний редактор - кандидат філологічних наук, доцент Т. О. Лещенко.

Редакція літератури з медицини та біології.

УДК [611. 9+616-089](07)

С.М.Білаш, О.М.Проніна, М.М.Коптев, А.В.Пирог-Заказникова

## ЗМІСТ

|  |    |
|--|----|
| Клінічна анатомія мозкового відділу голови. Клінічна анатомія лицевого відділу голови  | 4  |
| Оперативна хірургія та клінічна анатомія щелепно-лицевої ділянки. Техніка невідкладних операцій в ділянці обличчя. Відновлювальні операції на обличчі. Принципи пластичних операцій на обличчі | 29 |
| Клінічна анатомія ший. Оперативні втручання на ший. Семінар  | 69 |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Навчальна дисципліна</b> | Клінічна анатомія і оперативна хірургія  |
| <b>Тема заняття 1</b>       | <p>Клінічна анатомія і оперативна хірургія ділянок черепно-мозкового відділу голови. Склепіння черепа, розподіл на ділянки. Клінічна анатомія мозкових оболон. Підоболонні простори. Головний мозок та його кровопостачання. Черепномозкова топографія, схема Кренлейна-Брюсової. Зовнішня та внутрішня основи черепа. Топографія черепних ямок. Кістковопластична і декомпресійна трепанація черепа.</p> <p>Клінічна анатомія і оперативна хірургія ділянок лицевого відділу голови. Клінічна анатомія бокового відділу лиця. Привушна слинна залоза. Глибока (міжщелепна) ділянка лиця. Кровопостачання, особливості венозної системи лиця, лімфовідтік.</p> |
| <b>Спеціальність</b>        | Стоматологія   |
| <b>Факультет</b>            | Післядипломної освіти  |

**1. Актуальність теми:** Різноманітні травми голови з пораненням м'яких тканин, проникні та непроникні поранення черепа, гематоми, пухлини зустрічаються дуже часто в роботі лікаря. Без знання анатомо-фізіологічних особливостей будови тканин мозкового відділу черепа неможливо повною мірою освоїти техніку хірургічних втручань на цих ділянках, опанувати різні види та особливості патологічних процесів, використати оптимальні хірургічні прийоми для їх ліквідації.

Захворювання слинних залоз, різноманітні травми, пухлини щелепно-лицевої ділянки потребують точних знань топографоанатомічних співвідношень органів цієї ділянки. Хірургічне

лікування гнійних і епідемічних паротитів, запальних процесів приносних пазух, флегмон лицевої ділянки, переломів і травм кісткової основи обличчя передбачають знання анатоμο-фізіологічних особливостей лицевого відділу голови. Цей розділ має важливе значення для лікарів-стоматологів, тому що саме вони здебільшого лікують ці патології.

## **2. Конкретні цілі:**

1) Поглибити знання лікарів-інтернів стоматологів з питань топографоанатомічних співвідношень утворів у межах шарів ділянок, що вивчаються.

2) Засвоїти топографію судин і нервів, зони їх розповсюдження стосовно проведення знеболювання та хірургічних утручань.

3) Анатомічно обґрунтувати шляхи поширення флегмон, гнійних набряків і гематом, способи їх розтинів, а також запропонувати лікарям оптимальні методи щелепно-лицевих операцій, розроблені і впроваджені в Україні та закордоном.

4) Поглибити знання лікарів-інтернів стоматологів з питань топографоанатомічних співвідношень утворів у межах шарів ділянок, що вивчаються.

5) Засвоїти топографію судин і нервів, зони їх іннервації стосовно проведення знеболювання та хірургічних утручань.

6) Анатомічно обґрунтувати шляхи поширення флегмон, гнійних набряків і гематом та способи розтинів, на лиці.

### 3. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

#### 3.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти лікар-інтерн при підготовці до заняття.

| Термін                                    | Визначення  |
|---|---|
| 1. Клінічна анатомія                      | 1. Сукупність прикладних напрямків сучасної анатомії, які вивчають будову і топографію органів і ділянок у нормі та при патології стосовно різних розділів клінічної медицини |
| 2. Оперативна хірургія                    | 2. Наука про хірургічні операції, методи хірургічних утручань, суть яких зводиться до механічної дії на органи і тканини з діагностичною чи відновлювальною метою             |
| 3. Загальний хірургічний інструментарій   | 3. Хірургічний інструментарій, що використовується для проведення всіх видів оперативних втручань   |
| 4. Спеціальний хірургічний інструментарій | 4. Хірургічний інструментарій, що використовується лише для проведення певного оперативного прийому на органах  |
| 5. Первинна хірургічна обробка рани       | 5. Хірургічна операція, яка передбачає перетворення рани з брудної (інфікованої) в чисту і створення належних умов для загоєння її первинним натягом                          |

#### 3.2. Теоретичні питання до заняття:

- 1) Мозковий відділ голови. Межі, ділянки.
- 2) Межі та прошарки лобово-тім'яно-потиличної ділянки. Особливості підшкірної клітковини, кісток склепіння черепа.
- 3) Кровопостачання лобово-тім'яно-потиличної ділянки. Три яруси венозної системи лобово-тім'яно-потиличної ділянки. Іннервація лобово-тім'яно-потиличної ділянки.

- 4) Межі та прошарки скроневої ділянки. Особливості клітковинних просторів. Особливості лускатої частини скроневої ділянки.
- 5) Кровообіг, іннервація скроневої ділянки.
- 6) Пошарова будова ділянки соскоподібного відростка. Трепанацийний трикутник Шипо. Межі. Анатомічні утвори, які можуть ушкоджуватися при виході за межі трикутника Шипо.
- 7) Кровообіг, іннервація ділянки соскоподібного відростка.
- 8) Зовнішня основа черепа.
- 9) Внутрішня основа черепа. Черепні ямки, їх вміст.
- 10) Клінічна анатомія V, VII, VIII, IX, X, XII пар черепномозкових нервів.
- 11) Топографія оболонок головного мозку. Синуси твердої мозкової оболони.
- 12) Павутинна оболонка головного мозку.
- 13) М'яка оболонка головного мозку, цистерни.
- 14) Кровообіг головного мозку.
- 15) Схема черепномозкової топографії Кренлейна-Брюсової.
- 16) Гнійники мозкового відділу черепа.
- 17) Межі лицевого відділу голови. Кістковий скелет. Зовнішні орієнтири.
- 18) Форми та типи обличчя. Вікові та статеві особливості топографії обличчя.
- 19) Пошарова будова обличчя.
- 20) Привушно-жувальна ділянка. Топографія привушної залози.
- 21) Топографія підщелепної слинної залози.
- 22) Щічна ділянка.
- 23) Мімічні м'язи.
- 24) Клінічна анатомія жувальних м'язів.
- 25) Артеріальна система обличчя.
- 26) Венозний відтік від лицевого відділу голови.

- 27) Зв'язок венозної системи обличчя з синусами твердої мозкової оболони.
- 28) Іннервація зубів.
- 29) Лімфатична система голови.
- 30) Клітковинні простори обличчя.
- 31) Клінічне значення клітковинних просторів обличчя.
- 32) Приносіві пазухи, їх топографія.

### **3.3. Практичні роботи, які виконуються на занятті:**

- 1) Проведення первинної хірургічної обробки ран черепа, припинення кровотеч.
- 2) Проведення кістковопластичної трепанації черепа за Олівекроном.
- 3) Проведення декомпресійної підскроневої трепанації черепа за Кушингом.
- 4) Виконання типових розрізів на лиці при флегмонах.
- 5) Розкриття верхньощелепної пазухи за Колдуеллом-Люком.
- 6) Розкриття лобної пазухи за Кілліаном.

## **4. Зміст теми.**

На початку заняття викладач ознайомлює лікарів інтернів із такими поняттями:

- топографічна анатомія — наука, що вивчає будову, форму та взаємне розташування органів і тканин в різних ділянках тіла людини;
- оперативна хірургія — наука про хірургічні операції, методи хірургічних утручань, суть яких зводиться до механічної дії на органи і тканини з діагностичною чи відновлювальною метою;
- оперативний доступ забезпечує підхід до органа, судин, нервового стовбура тощо. Він створює достатній простір для хірургічного втручання без надмірного травмування тканин і розтинів значної кількості судинних та нервових утворень;



- оперативний прийом — це той чи інший спосіб хірургічного втручання на певному органі.

### **Розрізняють операції:**

за характером та метою— радикальні та паліативні;  
за строками виконання — невідкладні, екстрені та планові,  
одно-, дво- та багатомоментні.

Повторні операції — це хірургічні втручання з приводу якогось одного захворювання.

### **Клінічна анатомія мозкового відділу голови**

Лікарі-інтерни під керівництвом викладача розглядають ділянки черепа, засвоюють межі між головою і шиєю, мозковим і лицевим відділами голови. Потім операційна бригада в складі хірурга, асистента розпочинає пошарове препарування лобово-тім'яно-потиличної ділянки. Із цією метою проводять дугоподібний розтин м'яких тканин. Клапоть лобово-тім'яно-потиличної ділянки своєю основою спрямований до верхнього очноямкового краю. При цьому слід наголосити, що основа викроєного клаптя має бути спрямованою до основи черепа. При пошаровому препаруванні звертають увагу на сполучнотканинні перетинки, які проникають через клітковину, завдяки чому шкіра з'єднується з апоневрозом. Після відгортання за допомогою зонда Кохера шкірно-апоневротичного шару кожен із інтернів може пересвідчитися в наявності пухкої підапоневротичної клітковини. При нагнітанні фізіологічного розчину під апоневроз спостерігають появу розлитого інфільтрату, що свідчить про можливість поширення в зазначеній клітковині гематом чи гнійних процесів.

Після цього, дещо відступивши від шкірно-апоневротичного клаптя, розсікається окістя і лікарі-інтерни стоматологи переконуються в наявності підокісної клітковини між окістям і кісткою та її відсутності в місцях, де окістя міцно зрощене з кісткою.

При вивченні кровопостачання цієї ділянки звертається увага на те, що кровоносні судини, розташовані в підшкірній клітковині, прямують до тімені як до центру (мають радіальний напрямок), адвентиційна оболонка стінок судин спаяна із фіброзними перегородками, завдяки чому при розтині вони не спадаються, а також вказується на наявність анастомозів між підшкірними, диплоїтичними венами та синусами твердої мозкової оболони.

Далі розглядають іннервацію та лімфовідтік зазначеної ділянки.

Використовуючи препарати черепа, муляжі та таблиці, викладач акцентує увагу на будові кісток. Кістки лобово-тім'яно-потиличної ділянки плоскі, вони складаються з двох пластинок (зовнішньої та внутрішньої, яку ще називають склистою). Між ними розташоване диплоє з диплоїтичними венами (у новонароджених воно відсутнє, і відповідні вени розвиваються з 2—5 років). Товщина кісток у різних відділах ділянки неоднакова: в ділянці сагітальної лінії вона найбільша (до 0,5 см), а на бокових поверхнях ділянки потоншується до 0,2 см.

Після лобово-тім'яно-потиличної ділянки інтерни досліджують скроневу. Операційна бригада на трупі викроює язикоподібний клапоть (слід зазначити, що в цій ділянці в подальшому проводитиметься трепанація). Шкіра в скроневій ділянці, на відміну від лобово-тім'яно-потиличної, рухлива, у верхній частині з'єднана з фасцією, підшкірна клітковина мало розвинена. Поверхнева фасція (продовження сухожильного шолома) має вигляд стоншеного листка. Глибше розташована власна фасція, яка, починаючись від верхньої скроневої лінії, розщеплюється і прикріплюється двома пластинками до передньої та задньої поверхонь виличної дуги. Між пластинками

міститься жировий шар, в якому проходить середня скронева артерія. Глибше залягає скроневий м'яз. Між виличною дугою (її внутрішньою поверхнею) і переднім краєм скроневого м'яза інтени вводять зонд Кохера і пересвідчуються, що інструмент вільно просувається вниз під виличною дугою, а потім на щічну ділянку. При цьому викладач наголошує, що підапоневротичні флегмони скроневої ділянки можуть розповсюджуватися на жирове тіло щоки, внаслідок чого виникають флегмони щічної ділянки. Після цього по краю шкірного клаптя розсікають скроневий м'яз і зміщують його вниз. На внутрішній поверхні м'яза знаходяться артеріальні та венозні гілки. При введенні зонда Кохера між окістям скроневої кістки і однойменним м'язом він безперешкодно просувається між скронеvim і зовнішнім крилоподібним м'язом у лицевий відділ голови. Якщо відшарувати окістя від скроневої кістки, то можна пересвідчитися, що воно щільно прилягає до кістки і підокісна клітковина тут відсутня.

**М'язи склепіння черепа.** Майже все склепіння черепа покрите плоским надчерепним м'язом, який має широку сухожильну частину у вигляді шолома або надчерепного апоневрозу. Його м'язова частина розподіляється на три окремих м'язових черевця: 1) переднє, або лобове, що починається від шкіри брів; 2) заднє, або потиличне, що починається від верхньої каркової лінії; 3) бокове, яке розділяється на три маленьких м'яза, що підходять до вушної раковини: передній, верхній та задній вушні м'язи.

Досліджуючи соскоподібну ділянку, слід особливу увагу звернути на трепанаційний трикутник Шипо. Верхньою межею його є горизонтальна лінія — уявне продовження виличної дуги; передньою — лінія позаду слухового проходу; задньою — гребінець соскоподібного відростка. З'ясовують, яким анатомічним утворам відповідають межі трикутника Шипо і які ускладнення можливі під час антротомії.

Після теоретичного розгляду операційна бригада розпочинає трепанацію соскоподібного відростка. Шкіру з підшкірною клітковиною розтинають паралельно прикріпленню вушної раковини, відступивши на 1 см назад. Роз'єднавши краї розрізу, знаходять трепанаційний трикутник, який має гладеньку поверхню. Спочатку відділяють распатором окістя; більш широким жолобуватим долотом, ставлячи його зверху, а потім знизу від верхівки соскоподібного відростка і спереду від заднього краю слухового проходу, знімають шар кістки. Збивши поверхневий шар кістки, беруть вужче долото і ним заглиблюються досередини і вперед — паралельно задній стінці зовнішнього слухового проходу. Достатність розкриття печери соскоподібного відростка контролюють зондом, яким обстругують стінки печери, і через неї обережно проникають у барабанну порожнину. Рану зашивають пошарово.

**Зовнішня основа черепа.** Після проведення антротомії лікарі досліджують топографію зовнішньої основи черепа: визначають її передній та задній відділи, межею між якими є лінія, що, проходячи через передню частину великого потиличного отвору, з'єднує соскоподібні відростки. У передньому відділі розташовані отвори, через які проходять судини і черепні нерви. Виділяють глоткову ямку, яка використовується як хірургічний доступ (ротовим чи носовим шляхом) до верхньої стінки носової частини глотки, а через неї — до турецького сідла.

При дослідженні **внутрішньої основи черепа** увага лікарів звертається на участь кісток в утворенні черепних ямок, наявність нерівностей, чисельних отворів, заглибин і кісткових випинів, які забезпечують різну міцність стінок черепних ямок.

**Передня черепна ямка** відокремлена від середньої заднім краєм малих крил клиноподібної кістки і розташована над очними ямками. В ній зосереджені лобові частки мозку; збоку від півнячого гребеня міститься дірчаста пластинка решітчастої кістки, через отвори якої

проходять зоровий нерв (1 пара черепномозкових нервів), передні решітчасті судини та однойменний нерв, що відходить від 1 гілки трійчастого нерва. Попереду від півнячого гребеня знаходиться сліпий отвір, куди входить відросток твердої мозкової оболони, що утворює анастомоз між верхнім сагітальним синусом і венами носа.

Гнійні процеси в ділянці передньої черепної ямки можуть бути наслідком емпієми лобових синусів чи гнійних захворювань носової порожнини, які поширюються через емісарну вену сліпого отвору, або переходу запалення з лобової пазухи на оболони головного мозку чи його речовину.

**Середня черепна ямка** утворена тілом клиноподібної кістки і складається з двох заглибин, розділених гіпофізарною ямкою, де залягають скроневі частки головного мозку. В ямці турецького сідла знаходиться гіпофіз, попереду нього — перехрестя зорових нервів, із боків — печеристі синуси. Цей відділ основи черепа має більшу, порівняно з передньою і середньою черепними ямками, кількість отворів, через які проходять кровоносні судини і нерви. Найбільш попереду розташований зоровий канал, через який в очну ямку проходять зоровий нерв та очна артерія. Між малим і великим крилом клиноподібної кістки утворюється верхня очна щілина, через яку проходять орбітальні вени та окоруховий, блоковий, відвідний і очний (1 гілка трійчастого) нерви. Позаду від верхньої очної щілини знаходиться круглий отвір, через який іде 2 гілка трійчастого нерва (n. maxillaris); латерально і позаду — овальний отвір, який пропускає нижньощелепний нерв і вени, що зв'язують крилоподібне сплетення з печеристим синусом. Недалеко від отвору, на передній поверхні піраміди скроневої кістки, у втисненні трійчастого нерва, розташований трійчастий вузол. Позаду і ззовні овального отвору знаходиться остистий отвір, через який проходять середня артерія твердої мозкової оболони та менінгеальна гілка, яка відходить від нижньощелепного нерва. Між верхівкою піраміди і тілом

клиноподібної кістки розташований рваний отвір, через який проходять внутрішня сонна артерія, емісарні вени, що з'єднують крилоподібне сплетення з печеристим синусом, та великий кам'янистий нерв.

**Задня черепна ямка** спереду обмежена верхнім краєм піраміди скроневої кістки, позаду — внутрішньою поверхнею потиличної кістки. Вона містить мозочок, потиличні частки великого мозку, міст і довгастих мозок. У центрі ямки знаходиться великий потиличний отвір, через який проходять довгастих мозок, хребтові артерії та їх гілки, передня і задні спинномозкові артерії та спинномозкова частина додаткового нерва. Збоку від великого потиличного отвору міститься канал під'язикового нерва. По задньому краю піраміди скроневої кістки розташований яремний отвір, через передній відділ якого проходять язикоглотковий, блукаючий та додатковий нерви, а в задньому відділі знаходяться цибулина внутрішньої яремної вени та задня менінгеальна артерія.

На задній поверхні піраміди скроневої кістки розташований внутрішній слуховий отвір. Через нього проходять лицевий, проміжний та присінково-завитковий нерви.

Викладач роз'яснює принципи будови схеми Кренлейна-Брюсової, її практичну значимість (проекцію основних звивин і борозен головного мозку, його судин, топографію середньої артерії твердої мозкової оболони).

Далі інтерни-стоматологи під керівництвом викладача, використовуючи попередньо відсепарований шкірно-апоневротичний клапоть, проводять кістковопластичну трепанацію в тім'яно-скроневій ділянці. Основна увага операційної бригади зосереджується на викроюванні кісткового клаптя з окістям і м'язом. Через створений трепанаційний отвір інтерни перев'язують середню артерію твердої мозкової оболони і виконують пластику твердої мозкової оболони за Бурденком. Під час обговорення проведеної операції викладач наголошує на особливості кровопостачання зовнішньої стінки венозних пазух

твердої мозкової оболони. Гілки менінгеальних артерій всередині зовнішньої стінки мають повздовжню орієнтацію і широко анастомозують між собою, що утруднює венозний крововідтік із пазух і є одним із визначальних факторів його пульсуючого характеру. При ушкодженні зовнішньої стінки пазух слід перев'язати обидва кінці артерії (Ю. К. Хілько, 2003).

**Лицевий відділ** — це ділянка голови, що розміщується донизу і допереду від мозкового відділу. Верхня межа його проходить від перенісся по верхньоочномковому краю, виличному відростку лобової кістки, лобовому відростку виличної кістки, її тілу, виличній дузі, зовнішньому слуховому проході до вершини соскоподібного відростка; нижня — відповідає нижній межі голови.

**Форма лица.** Мінливість форми лица має клінічне значення при провідниковому знеболюванні, оперативних втручаннях і в ортопедичній стоматології.

У формі лица існують вікові, статеві та індивідуальні відмінності. Розрізняють широке низьке лице (хамепрозопічна форма) та довге вузьке (лептопрозопічна форма).

Перша форма спостерігається при брахіморфній будові тіла людини; її ознаки: очні ямки великої чотирикутної форми, виличні дуги значно виступають у боки, ніс широкий, тверде піднебіння коротке і широке, по вертикалі лице значно вкорочене.

Лептопрозопічна форма лица характерна для людей із доліхоморфним типом будови тіла; її ознаки: очні ямки округлої форми, виличні кістки і дуги порівняно з хамепрозопічною формою лица виділяються недостатньо, скелет носа довгий і вузький, тверде піднебіння довге і вузьке, лице загалом видовжене.

Між зазначеними крайніми формами мінливості лица існують і перехідні форми.

Для визначення точної форми лица застосовується лицевий показник (index):

$$\text{Index} = \text{висота лица} / \text{ширина лица} \times 100$$

Широка і низька форма лица (хамепрозопічна форма) зустрічається у людей, у яких індекс становить 80—84,9; довга і вузька — при індексові 90—94,9.

**Статеві та вікові особливості топографії лица.** Лице жінки відрізняється від чоловічого: воно менш профільовано, підшкірна клітковина, що визначає його округлість, більш розвинута.

У чоловіків розвинутіші м'язи і скелет лица, а також зуби.

У жіночих черепах очні ямки мають округліші обриси і тому розміри їх більші, ніж у чоловіків. Відстань між очними ямками у жінок більша, і тому очі у них ширше розведені.

Щодо вікових особливостей, то у новонароджених і дітей раннього віку мозковий відділ значно більший, ніж лицевий. Для дітей характерна більша округлість форми лица, що пов'язано з добре розвиненими підшкірною клітковиною і жировим тілом щоки.

Форма лица у новонароджених обумовлена відсутністю зубів, малорозвиненими жувальними м'язами і щелепами. У період статевої зрілості лицевий відділ поступово видовжується і в подальшому, в залежності від форми лица, не відрізняється від дорослих.

У людей похилого і старечого віку через втрату зубів значно змінюється альвеолярний край щелеп, відбувається редукція жувального апарату. Ось чому для них характерне зміщення лицевого відділу черепа донизу і назад. При цьому ніс наближається до підборіддя, а м'які тканини, що втратили пружність, стають відвислими і утворюються зморшки.



**Лицевий відділ голови** складний за топографією. Він утворений ділянками очної ямки (regio orbitalis), носа (regio nasalis), рота (regio oralis), підборіддя (regio mentalis). Усі вони належать до переднього відділу обличчя.

Крім цього, на обличчі розрізняють два самостійних бічних відділи (правий і лівий), у яких знаходяться щічна (regio buccalis) і привушно-жувальна ділянки (regio parotideomasseterica). До бічного відділу належить глибока ділянка обличчя (regio facialis profunda).

**Щічна ділянка** обмежена: зверху — нижнім краєм орбіти, знизу — нижнім краєм тіла нижньої щелепи; спереду — носогубною та носощічною складками, ззаду — переднім краєм жувального м'яза. Шкіра тонка, містить чимало сальних і потових залоз. Підшкірна клітковина добре виражена. До неї прилягає жирове тіло щоки, яке є скупченням жирової клітковини, оточеної щільною фасціальною капсулою. Жирове тіло щоки розташовується між жувальним та щічним м'язами. Воно має скроневиї, орбітальні, крилопіднебінні відростки, які продовжуються в однойменні ділянки.

**Глибока, або міжщелепна, ділянка за М.І. Пироговим** дуже складна за своєю структурою, що підтверджує препарування на трупі.

Спочатку відділяють гілку нижньої щелепи. Кусачками Люера розділяють вінцевий і суглобний відростки нижньої щелепи. Щоб не ушкодити нижній альвеолярний судинно-нервовий пучок, зонд Кохера вводять по кістці на межі середньої і нижньої третин гілки нижньої щелепи. Нижню щелепу в цьому місці перепилують пилкою Джиглі. Після видалення гілки нижньої щелепи стає помітною основно-щелепна ямка, глибокий відділ якої за тілом верхньої щелепи називається крилопіднебінною ямкою. Слід звернути увагу на досить щільну фасціальну пластинку, що зовні прикриває утвори основно-щелепної ямки і відокремлює їх від кістки. Вона прилягає до внутрішньої поверхні гілки нижньої щелепи, а попереду від неї відходить фасція, що покриває щічний м'яз. На рівні нижньої третини гілки нижньої щелепи фасціальну пластинку пронизує нижній альвеолярний судинно-нервовий пучок (a.,v.,n. alveolaris inferior).

Якщо видалити фасцію, то оголюється крилоподібне сплетення (plexus pterygoideus). Воно локалізується на передній і задній поверхнях латерального крилоподібного м'яза, що переходить на медіальний однойменний м'яз і євстахієву трубу. Крилоподібне сплетення мінливе за своєю формою, може мати вигляд і петлистої сітки, і роз'єднаних венозних стовбурів, оточених дрібними венами. Однак, більші його гілки зосереджені в латеральному крилоподібному м'язі, а дрібніші — в ділянці перетинчастої частини слухової труби і медіального крилоподібного м'яза.

Кров від нижньої альвеолярної, середньої оболонної, клинопіднебінних вен, а також від вен прилеглих м'язів і венозної сітки овального отвору надходить до крилоподібного венозного сплетення.

Слід пам'ятати, що венозні анастомози, з клінічної точки зору, сприяють поширенню гнійних процесів у сусідні ділянки. Ця характерна особливість крилоподібного сплетення важлива не лише для морфологів, а й для хірургів. Plexus pterygoideus з'єднане з анастомозом печеристого синуса через emissarium foraminis laceri anterioris et rete foraminis ovalis. Існує відчутний зв'язок між крилоподібним сплетенням і нижньою очноямковою веною, з якої кров відтікає також у печеристий синус (sinus cavernosus) твердої мозкової оболони.

Крилоподібне сплетення має анастомотичний зв'язок і з поверхневими венами, зокрема, завдяки анастомозній вені, розташованій на рівні альвеолярного краю верхньої щелепи, із лицевою. Оскільки з лица кров може відтікати в кутову вену, що анастомозує з v.ophthalmica superior, яка, в свою чергу, має анастомотичні зв'язки із синусами твердої мозкової оболони, то можливість поширення гною з поверхневих шарів у крилоподібне сплетення, очну ямку, синуси твердої мозкової оболони стає реальністю клінічної практики. Знання зазначених венозних зв'язків, безперечно, важливі для кожного хірурга, що оперує у ділянках голови.

Клітковина скронево-крилоподібного та міжкрилоподібного проміжків переходить безпосередньо на сусідні ділянки або поширюється в напрямку судинно-нервових утворів. Поширюючись догори, вона покриває скроневий м'яз, потім біля його переднього краю обминає виличну дугу і переходить у щічну ділянку. Клітковина, що розташовується між жувальним і щічним м'язами, відома під назвою жирового тіла щоки (Біша). Клітковина скронево-крилоподібного та міжкрилоподібного проміжків, оточуючи судини і нерви, досягає отворів на основі черепа; в напрямку дозад і досередини — крилопіднебінної ямки та очної ямки, а по ходу язикового нерва клітковина міжкрилоподібного проміжку доходить до дна ротової порожнини.

Клітковинні проміжки міжщелепної ділянки можуть залучатися до гнійних запалень при так званих остеофлегмонах — нагноєннях клітковини з первинним запаленням у кістці. Найчастіше вони бувають перимандибулярні, спричинені ураженням нижніх молярів. При цьому в процес залучається медіальний крилоподібний м'яз, наслідком чого є тризм — запальна контрактура названого м'язу, яка заважає відкривати рот. Подальше розповсюдження інфекції може призвести до флегміти крилоподібного сплетення з переходом процесу на вени очної ямки. Нагноювання клітковини скронево-крилоподібного проміжку може поширитися на тверду мозкову оболону за ходом середньої менінгеальної артерії (a. meningea media) або гілок трійчастого нерва.

У розвитку глибоких флегмон важливу роль відіграє клітковина двох просторів — заглоткового та навкологлоткового.

Навкологлотковий простір оточує глотку з боків. Він відокремлений від заглоткового бічною перегородкою, яку утворює фасціальний мішок, натягнутий між передхребтовою фасцією та фасцією глотки.

Навкологлотковий простір розташований між глоткою та ложем привушної залози. Зверху він сягає основи черепа, знизу — під'язикової кістки. У ньому розрізняють два відділи: передній і задній. Межу між

ними утворюють шилоподібний відросток із м'язами та фасціальний мішок, натягнутий між шилоподібним відростком і глоткою.

До переднього відділу парафарингеального простору приєднуються: зсередини — піднебінний мигдалик, ззовні — глотковий відросток привушної залози. У задньому відділі цього простору проходять судини і нерви, ззовні розташована внутрішня яремна вена, до середини від неї — зовнішня сонна артерія та нерви: язикоглотковий, блукаючий, додатковий, під'язиковий та симпатичний стовбур. Тут же міститься найбільш верхня група глибоких шийних лімфатичних вузлів.

У передньому відділі парафарингеального простору знаходяться гілки висхідної піднебінної артерії та однойменні вени, які сприяють розповсюдженню запальних процесів за ділянку мигдаликів. Заглотковий простір розташований між глоткою (з її фасцією) та передхребтовою фасцією і простягається від основи черепа до рівня VI шийного хребця. Зазвичай перегородка, що міститься по серединній лінії, поділяє його на два відділи — правий і лівий. Тому заглоткові абсцеси, як правило, бувають односторонніми.

Інфікування навкологлоткового простору нерідко спостерігається при ураженні сьомого та восьмого зубів нижньої щелепи і клітковини міжкрилоподібного проміжку.

Перехід гнійного процесу з цього проміжку можливий або внаслідок інфікування привушного простору, або лімфатичними шляхами. Для запалення клітковини навкологлоткового простору характерні такі симптоми, як ускладнення ковтання, а в тяжких випадках — і дихання.

Якщо інфекція з переднього відділу парафарингеального простору проникла до заднього, то подальше її розповсюдження може здійснюватися по судинно-нервовому просторі шиї в передне середостіння, а при переході інфекції на заглотковий простір — уздовж стравоходу в задне середостіння.

При гнійному ураженні клітковини заднього відділу приглоткового простору виникає небезпека омертвіння стінки внутрішньої сонної артерії (з тривалою кровотечею) або розвитку тромбозу внутрішньої яремної вени.

## **5. Матеріали для самоконтролю.**

### **Задачі для самоконтролю:**

#### **Задача 1**

У пацієнта В., 35 років, скарги на біль у верхній щелепі, головний біль, слабкість. Загальний стан середньої тяжкості, пацієнт малоактивний, температура тіла — 38,1° С, пульс 106/хв, ритмічний; незначна асиметрія обличчя за рахунок припухлості м'яких тканин виличної та скроневої ділянок. При пальпації під виличною дугою визначається болючість. Рот відкривається на 1 см. Коронка 2.8 зуба зруйнована цілком, перкусія різко болюча. Перехідна складка в ділянці 2.7 і 2.8 зубів набрякла й інфільтрована.

Визначте попередній діагноз, вкажіть оперативний доступ для дренивання гнійника.

Відповідь. Діагноз: одонтогенна флегмона лівої підскроневої ямки. Для її розкриття необхідно зробити розріз слизової оболонки по склепінню присінка рота в ділянки 2.7, 2.8 зубів, а потім тупо пройти в підскроневу ямку, евакуювати ексудат, промити рану розчином антисептика, ввести гумовий випускник. Можливе розкриття цієї флегмони і позаротовим шляхом — під виличною дугою.

## Задача 2

У пацієнта діагностована флегмона привушно-жувальної ділянки.  
Визначте можливі шляхи поширення гнійно-запального процесу.

Відповідь. Запальний процес з цієї ділянки може поширитися в крилоподібно-щелепний і навкологлотковий простори, підскроневу ямку та ділянку шиї.

## Задача 3

У пацієнта, 18 років, у ділянці лівого кута рота утворився фурункул. Оточуючі тканини набряклі, синюшного кольору, щільної консистенції. Синюшність і ущільнення у вигляді тяжа поширюються до кута ока. Загальний стан змінений: температура тіла — 38,5°C, у крові — лейкоцитоз, підвищена ШОЕ.

Визначте це ускладнення, складіть план лікування і прогноз.

Відповідь. Діагноз: тромбофлебіт лівої лицевої вени. Запалення може поширитися на вени очної ямки і призвести до тромбозу кавернозного синуса і менінгіту. Необхідна інтенсивна протизапальна терапія, антикоагулянти, новокаїнові блокади місцево, УФО, абсолютний спокій в умовах стаціонару.

## Задача 4

Пацієнт М., 18 років, намагався видавити гнійник у ділянці лівого крила носа. Наступного дня відчув озноб, головний біль, загальне нездужання, в ділянці лівого крила носа гіперемія, інфільтрат 3х3 см з нечіткими межами, у центрі якого невеликий пухирець, наповнений серозно-гнійним умістом. Встановіть діагноз, опишіть особливості перебігу цього захворювання і можливі ускладнення.

Відповідь. Діагноз — фурункул обличчя, злоякісний перебіг, можливі ускладнення — тромбофлебіт вен обличчя, тромбоз кавернозного синуса, сепсис, остеомієліт щелепи.

### Задача 5

Пацієнтка Я., 23 роки, проходить лікування з приводу фурункула лівої щічної ділянки. Раптом стан пацієнтки різко погіршився. З'явився сильний головний біль, підвищилася температура тіла, збільшився набряк щічної ділянки, утворився щільний інфільтрат у вигляді тяжа в напрямку до внутрішнього кута ока.

Встановіть діагноз. Визначте можливі ускладнення. Складіть план обстеження хворої.

Відповідь. Можливий розвиток тромбофлебіту передньої лицевої вени, тромбозу кавернозного синуса. Необхідні консультації окуліста і невропатолога, дослідження згортальної системи крові.

### Задача 6

Пацієнтка Н., 17 років, звернулася до лікаря-стоматолога зі скаргами на загальну слабкість, озноб, болючу набряклість у ділянці верхньої губи зліва. Хворіє 3 дні. Початок захворювання пов'язує зі спробою видавити гнійник на шкірі обличчя. Загальний стан середньої тяжкості.

Об'єктивно: виражений набряк верхньої губи і лівої підчонамкової ділянки, у центрі — інфільтрат із гнійним стрижнем. При пальпації носогубної борозни визначається щільний болючий інфільтрат у вигляді тяжа в напрямку до внутрішнього кута ока. Очна щілина звужена.

Який клінічний діагноз? Складіть план лікування.

Відповідь. Діагноз: фурункул верхньої губи, який ускладнився тромбофлебітом лівої кутової вени обличчя. До комплексної терапії

(антибактеріальної та десенсібілізувальної) необхідно додати гепарин (5 000 ОД через 4 години з контролем тривалості та часу згортання крові) і нікотинову кислоту, призначити строгий ліжковий режим.

### **Задача 7**

Пацієнтка Р., 46 років, звернулася зі скаргами на загальну слабкість, головний біль, важкість у правій половині голови, закладення носа. Хворіє 6 днів. Раніше лікувалася амбулаторно.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, температура тіла 38,2°C, пульс 96/хв, АТ - 140/80 мм рт. ст. Визначається набряклість м'яких тканин правої підочноямкової ділянки, з носа відходять гнійні виділення. Очна щілина звужена, екзофтальм, рухливість очного яблука обмежена. Встановіть діагноз. Складіть план обстеження і лікування.

Відповідь. Діагноз: гострий гнійний одонтогенний правобічний гайморит, що ускладнився тромбозом печеристого синуса. Для уточнення діагнозу необхідно провести рентгенографію придаткових пазух носа, консультацію окуліста, невропатолога, оториноларинголога. Показано видалити одонтогенне джерело інфекції, провести операцію за Колдуелл-Люком, призначити масивну антибактеріальну терапію, гепарин, строгий ліжковий режим.

### **Задача 8**

Пацієнт Ж., 63 років, звернувся у клініку зі скаргами на постійний біль у правій половині обличчя і голови. Захворів 4 дні тому, після видалення 1.7 зуба.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий, симптоми вираженої інтоксикації. Набряклість та інфільтрат нижньої і верхньої повік правого ока, екзофтальм, обмеження рухливості очного яблука, зниження гостроти зору.



Який попередній діагноз? Укажіть можливі шляхи поширення одонтогенної інфекції.

Відповідь. Діагноз: тромбоз печеристого синуса. Одонтогенна інфекція поширилася в печеристий синус по крилоподібному венозному сплетенню.

## **6. Література**

### **Основна:**

1. Оперативна хірургія і топографічна анатомія голови та шії; за ред. В.І.Півторака, О.М.Проніної. - Вінниця, 2016. - 312 с.
2. Оперативна хірургія і топографічна анатомія; за ред. М.П.Ковальського. — К.: Медицина, 2010. - 504 с.
3. Оперативна хірургія і топографічна анатомія; за ред. М.С.Скрипнікова. - К.: Вища школа, 2000. - 502 с.
4. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология / В.В.Афанасьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 400 с.
5. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю.Й.Бернадський. – К. Спалах, 2003. – 512 с.
6. Вовк Ю.Н. Клиническая анатомия головы и шеи / Ю.Н.Вовк. – Луганск, 2011. – 308 с.
7. Топоров Г.Н. Клиническая анатомия лица / Г.Н.Топоров. – Харьков, 2005. – 272 с.

### **Додаткова:**

1. Вовк Ю.Н. Клиническая анатомия головы. Часть I / Ю.Н.Вовк. – Луганск, 2010. – 196 с.

2. Півторак В.І. Клінічна анатомія трійчастого та лицевого нервів. Вегетативні вузли лиця. Місцеве знеболювання / В.І.Півторак, М.П.Булько. – Вінниця, 2012. – 136 с.
3. Топоров Г.М. Клінічна анатомія та оперативна хірургія гнійно-запальних процесів голови та шиї / Г.М.Топоров, М.С.Скрипніков, О.М.Проніна [та ін.]. – Полтава, 2002. – 100 с.
4. Топоров Г.Н. Клиническая анатомия. Лицо / Г.Н.Топоров. – Харьков, 2003. – 223 с.
5. Бурых М.П. Клиническая анатомия мозгового отдела головы / М.П.Бурых, И.А.Григорова. – Харьков, 2002. – 240 с.
6. Вовк Ю.Н. Клиническая анатомия головы с основами нейрохирургии / Ю.Н.Вовк, С.А.Усатов. – Луганск, 2011. – 248 с.
7. Рузин Г.П. Основы технологий операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Г.П.Рузин, М.П.Бурых. – Харьков, 2000. – 292 с.
8. Горішний Б.М. Щелепно-лицьова хірургія екстремальних ситуацій / Б.М.Горішний, О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна. – Полтава, 2000. – 221 с.
9. Руководство по хирургической стоматологии; под. ред. Евдокимова А.И. – М.: Медицина, 1972. – 584с.
10. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах; под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. – М.: Медицина, 2000. – 776 с.
11. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А.Тимофеев. – К.: Червона Рута-Турс, 2004. – 1061 с.

12. Рузин Г.П. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Рузин, А.А. Дмитриева – Харьков: ХГМУ, 2001 – 108 с.
13. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю.И.Бернадский. – Минск: Белкнига 1998. - 308 с.
14. Кабаков Б.Д. Переломы челюстей / Б.Д.Кабаков, В.А.Малышев. – М.: Медицина, 1981. – 176 с.
15. Лукьяненко А.В. Огнестрельные ранения лица / А.В.Лукьяненко А.В. – СПб, 1996. – 182 с.
16. Рибалов О.В., Волошина Л.І. Травматичні ушкодження кісток лицьового скелета мирного часу / О.В.Рибалов, Л.І.Волошина. – Полтава: Лекой, 1999. - 132 с.
17. Травмы челюстно-лицевой области; под ред. проф. Н.М.Александрова, П.З.Аржанцева. - М.: Медицина, 1986. - 447 с.
18. Міжнародна анатомічна номенклатура / За редакцією І.І.Бобрика, В.Г.Ковешнікова. - К.: Здоров'я, 2001. – 328 с.
19. Оперативная хирургия и топографическая анатомия: учебник / Ю.Т.Ахтемийчук, Ю.М.Вовк, С.В.Дорошенко [и др.]; под ред. проф. М.П.Ковальского. - К.:ВСИ «Медицина», 2012. — 504 с.
20. Кованов В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / В.В. Кованов. – 3-е изд. с исправл. – М.: Медицина, 1995. – 400 с.
21. Литтман И. Оперативная хирургия / И.Литтман. – Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1985. - 1176 с.
22. Сергиенко В.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: В 2 т.т. / В.И.Сергиенко, Э.А.Петросян, И.В.Фраучи, под

общ. ред. акад. РАМН Ю.М.Лопухина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. –  
Т.1. - 832 с

23. Золотко Ю.А. Атлас топографической анатомии человека /  
Ю.А. Золотко. – М., 1978. – 214 с.

24. Каталог медицинского инструмента. — Тумборино, 2003. —  
148 с.

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Навчальна дисципліна</b> | Клінічна анатомія і оперативна хірургія  |
| <b>Тема заняття</b><br>2    | Оперативна хірургія та клінічна анатомія щелепно-лицевої ділянки. Техніка невідкладних операцій в ділянці обличчя. Відновлювальні операції на обличчі. Принципи пластичних операцій на обличчі |
| <b>Спеціальність</b>        | Стоматологія   |
| <b>Факультет</b>            | Післядипломної освіти  |

**1. Актуальність теми:** травми, запальні процеси щелепно-лицевої ділянки, пухлини та інша патологія часто потребують оперативних методів лікування, які ґрунтуються на глибоких знаннях топографії відповідної ділянки, її артеріального кровопостачання, іннервації, венозного і лімфатичного відтоку. Топографію ділянки переддвер'я порожнини рота також необхідно знати як при визначенні певного діагнозу, так і наданні допомоги хворому. Уроджені дефекти піднебіння, губ, зовнішнього носа, щелеп, що спостерігаються досить часто, а також патологічні процеси в цих ділянках потребують відповідних оперативних втручань. Проведення операцій на лицевому відділі голови ґрунтується на глибоких знаннях топографоанатомічних особливостей ділянок лицевого відділу голови. Можливі післяопераційні ускладнення на лицевому відділі голови також пов'язані з особливостями поширеної будови відповідної ділянки та її зв'язками із сусідніми утворами.

## **2. Конкретні цілі:**

1. Поглибити знання лікарів-інтернів стоматологів із питань топографоанатомічних співвідношень утворів у щелепно-лицевій ділянці.

2. Засвоїти топографію судин і нервів, зони їх іннервації стосовно проведення знеболювання та хірургічних втручань.

3. Анатомічно обґрунтувати шляхи поширення флегмон, гнійних набряків і гематом та способи розтинів.

4. Запропонувати лікарям оптимальні методи щелепно-лицевих операцій, що розроблені та впроваджені в Україні та за кордоном.

**3. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.**

**3.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти лікар-інтерн при підготовці до заняття.**

| <b>Термін</b>   | <b>Визначення</b>   |
|---|---|
| 1. Первинна хірургічна обробка рани лицевого відділу голови | 1. Хірургічна операція, яка передбачає перетворення рани мозкового відділу голови з брудної (інфікованої) в чисту і створення належних умов для загоєння її первинним натягом   |
| 2. Провідникові анестезії                                   | 2.Спосіб місцевого знеболювання, коли розчин анестетика вводять до нервових стовбурів, які іннервують ділянку оперативного втручання.   |
| 3. Хейлопластика  | 3.Хірургічна операція, яка виконується для усунення вродженого незрощення верхньої губи.  |
| 4. Уранопластика  | 4.Хірургічна операція, яка виконується для усунення вродженого незрощення піднебіння.   |
| 5.Пластична хірургія  | 5.Розділ хірургії, що займається операціями, спрямованими на усунення деформацій і дефектів органу, тканини або поверхні людського тіла чи корекції видимих фізіологічних змін. |

### **3.2. Теоретичні питання до заняття:**

1. Ділянка рота, ділянка губ.
2. Ротова порожнина.
3. Скренево-нижньощелепний суглоб, зв'язки. Кровообіг та іннервація.
4. Розвиток зубо-щелепно-лицевої системи.
5. Молочні та постійні зуби. Формули зубів. Кількість зубів.
6. Анатомо-топографічні особливості будови окремих зубів.
7. Форма окремих зубів. Товщина твердих тканин коронок зубів. Форма та величина кореневих каналів. Морфологічні особливості тканин зуба.
8. Будова емалі, дентину, пульпи.
9. Будова періодонту.
10. Види знеболювання на верхній щелепі.
11. Види знеболювання на нижній щелепі.
12. Анатомо-фізіологічне обґрунтування операцій при ушкодженнях скренево-нижньощелепного суглоба.
13. Анатомо-фізіологічне обґрунтування операцій на приносних пазухах
14. Оперативні втручання на обличчі.
15. Анатомо-фізіологічне обґрунтування розрізів на обличчі.
16. Анатомо-фізіологічне обґрунтування вагосимпатичної блокади.
17. Анатомо-фізіологічне обґрунтування раціональних розрізів дна ротової порожнини при гнійних ураженнях.

### **3.3. Практичні роботи, які виконуються на занятті:**

1. Проведення первинної хірургічної обробки ран лиця, припинення кровотеч.
2. Виконання провідникових анестезій у ділянці обличчя.

3. Проведення реконструктивно-відновлювальних операцій на обличчі.

#### **4. Зміст теми.**

Лікарі-інтерни під керівництвом викладача розглядають ділянку рота.

**Ділянка рота** обмежена зверху лінією, проведеною через основу шкірної перегородки носа; знизу — горизонтальною лінією, проведеною по підборідній складці; з боків — носогубними складками.

До ділянки рота належать частини обличчя, що оточують ротовий отвір і складають ділянку губ, та власне ротова порожнина.

#### **Порожнина рота**

При зімкнутих щелепах порожнина рота поділяється на два відділи — присінок порожнини рота і власне ротової порожнини.

Присінок порожнини рота обмежений слизовою оболонкою щік і губів з одного боку та альвеолярними відростками щелеп із зубами і яснами — з другого. В присінковій роті, на слизовій оболонці щоки, на рівні між першим і другим верхнім моляром розташовується отвір вивідної протоки привушної слинної залози.

Позаду порожнина рота переходить у ротоглотку. Сполучення між порожниною рота і зівом обмежують піднебінні дужки, піднебінна завіска і корінь язика.

Зверху порожнина рота обмежена твердим і м'яким піднебінням. Задній край м'якого піднебіння переходить у бічну стінку зіва у вигляді двох складок, передньої і задньої піднебінних дужок. Між ними розташовуються піднебінні мигдалики, які разом із глотковим, язиковим і двома трубними мигдаликами утворюють лімфоїдне кільце зіва.

Дно порожнини рота складають такі утвори: нижньощелепна дуга — *mm. mylohyoidei*, з боку шиї — *mm. digastrici*; з боку рота до них приєднуються *mm. geniohyoidei*. Над *mm. geniohyoidei* розташовуються



mm. genioglossi. На m. mylohyoideus у проміжку між нижньою щелепою і mm. geniohyoideus et genioglossus лежить під'язикова слинна залоза.

Із боків від серединної лінії, уздовж нижньої поверхні язика проходить судинно-нервовий пучок (v. lingualis, n. lingualis, a. profunda linguae, n. hypoglossus).

Під язиком в сагітальному напрямкові натягнута його вуздечка, а з боків від неї, на слизовій оболонці дна рота розташовані дві *carunculae sublinguales*, де відкриваються вивідні протоки підщелепних і під'язикових слинних залоз; у складках слизової оболонки, розміщених назовні від *carunculae sublinguales*, відкриваються малі протоки під'язикових залоз.

У здорової людини 32 постійних зуби: на кожному боці щелепи по два різці, одному іклу, два премоляри і три моляри. В зубові розрізняють три частини: коронку, шийку і корінь. Різці та ікла називаються ріжучими, премоляри та моляри — жувальними зубами. Зуб складається з твердих (емаль, цемент, дентин) і м'яких (пульпа) тканин.

Емаль покриває коронку зуба і складається з емалевих клітин — призм, які йдуть від дентину до зовнішнього покриття емалі, безструктурної на вигляд плівки.

Цемент покриває корінь зуба ззовні, потовщуючись від шийки до кореня зуба; за гістологічним складом він схожий з кістковою тканиною. Шаром цементу корінь з'єднаний із кісткою альвеоли через її окістя, що грає роль скріплювального апарату.

Дентин становить основну масу твердих тканин. Він складається з основної речовини та системи тонких каналців. Основна речовина має волокнисту будову, утворена пучками, що йдуть паралельно поздовжній осі зуба. В каналцях знаходяться протоплазматичні відростки специфічних клітин пульпи.

Пульпа заповнює порожнину внутрішньої частини зуба. Це ніжна, сітчастої будови сполучна тканина, що містить кровоносні та лімфатичні

судини і нерви. На межі порожнини з дентином розташований шар вузьких циліндричних клітин — одонтобластів.

Зовнішній кінець одонтобласта у вигляді протоплазматичного відростка (волокна Томса) спрямований у дентинний каналець. Одонтобласти беруть участь в утворенні дентину, сприймають подразнення. У пульпі розташований судинно-нервовий пучок, що проникає в зуб через апікальний отвір.

N. infraorbitalis належить до периферичного відділу верхньощелепного нерва, що є другою гілкою трійчастого нерва.

Верхньощелепний нерв (n. maxillaris) у початковому своєму відділі проникає в очну ямку через *fissura orbitalis inferior*, проходить у підчочномковій борозні, однойменному каналі та виходить через підчочномковий отвір у вигляді підчочномкового нерва.

Впродовж цього шляху від нього відгалужуються верхні альвеолярні гілки (r.r. alveolares superiores): задні, середні і передні. По альвеолярних каналах вони заходять у товщу альвеолярного відростка до відповідних груп зубів. Задні гілки (г.г. alveolares superiores posteriores) підходять до молярів верхньої щелепи; середні (г.г. alveolares superiores media) — до премолярів; передні (r. r. alveolares superiores anteriores) — до ікла і різців.

Між передніми, середніми і задніми гілками верхніх альвеолярних нервів існує безліч нервових зв'язків, які утворюють верхнє зубне сплетення (*plexus dentalis superior*), що віддає гілки до слизової оболонки і кісткових стінок верхньощелепної пазухи, ясен і зубів верхньої щелепи.

Хірургічна анатомія нижньощелепного нерва має важливе клінічне значення, тому що зони його іннервації досить значні й оперативні втручання на нижній щелепі пов'язані з ушкодженням гілок нижньощелепного нерва.

**Нижньощелепний нерв** у внутрішньочерепному відділі відходить від вузла трійчастого нерва, а з порожнини черепа на його зовнішню поверхню виходить через овальний отвір. Ця гілка відразу ж

після виходу з порожнини черепа потрапляє в глибоку ділянку обличчя. Спереду нерв прикритий латеральним крилоподібним м'язом. Оскільки нижньощелепний нерв після виходу з порожнини черепа розгалужується на 3 основні гілки: щічний, нижній альвеолярний і язиковий нерви, топографія їх у глибокій ділянці неоднакова. Так, щічний нерв (n. buccalis) іде між двома порціями латерального крилоподібного м'яза і по ходу до щічного м'яза розміщений більш медіально.

Нижній альвеолярний (n. alveolaris inferior) і язиковий нерви (n. lingualis) розташовуються спочатку на зовнішній поверхні медіального крилоподібного м'яза (m. pterygoideus medialis).

**Нижній альвеолярний нерв** проходить у проміжку між гілкою нижньої щелепи (ззовні) і медіальним крилоподібним м'язом (зсередини), разом із нижніми альвеолярними судинами (a., v. alveolaris inferior) у складі судинно-нервового пучка прямує до отвору каналу нижньої щелепи.

Перед входженням у канал (canalis mandibularis) від нього відходять рухові волокна до щелепно-під'язикового м'яза і переднього черевця m. digastricus, що свідчить про змішаний характер іннервації цього нерва.

**Язиковий нерв** розташовується на передній поверхні медіального крилоподібного м'яза, дещо допереду і медіальніше n. alveolaris inferior. Зверху і ззовні до нього спускається chorda tympani, що прикрита стовбуром нижнього альвеолярного нерва. Барабанна струна є гілкою проміжного нерва (n. intermedius) і складається з передвузлових парасимпатичних та смакових волокон. Вона забезпечує секреторну функцію під'язикової і підщелепної слинних залоз, а також смакову іннервацію передніх двох третин язика.

При розгляді топографічної анатомії **слинних залоз** потрібно відмітити, що в ротову порожнину відкриваються протоки трьох пар великих слинних залоз: привушної, піднижньощелепної та під'язикової. Крім того, на слизовій оболонці рота розміщено чимало малих залоз, які

відповідно до розташування називаються губними, щічними, піднебінними, язиковими. За характером секрету залози можуть бути серозними, слизовими та змішаними.

Великі слинні залози, досягаючи значних розмірів, виходять за межі слизової оболонки і зберігають зв'язок із ротовою порожниною через свої вивідні протоки.

**Привушна залоза** — найбільша серед слинних залоз серозного типу. Вона має неправильну форму (поперечний розріз її нагадує трикутник), розташована на латеральній поверхні лиця і дещо нижче вушної раковини, проникає також у защеlepну ямку. Залозу з усіх боків покриває фасція, яка ззовні потовщена, а у місці прилягання до навкологлоткової клітковини та хрящової частини слухового проходу тонка, через що гній може досить легко проникати у навкологлотковий простір і слуховий прохід. Крім фасціального покриву, залоза має тонку капсулу, яка разом із фасцією дає відрогі всередину органа, розділяючи його на часточки. Вивідна протока привушної залози формується і в межах органа, і поза ними; протока може бути не одна. Довжина її становить від 1,5 до 5 см, діаметр — 2-3 мм. Наблизившись до переднього краю жувального м'яза, протока прямує в жирове тіло щоки, проходить через щічний м'яз, протягом 5 мм іде під слизовою оболонкою і відкривається в присінок ротової порожнини на рівні між першим і другим молярами верхньої щелепи.

Кровообіг привушної залози здійснюють гілки від поверхневої скроневої артерії. Венозна кров відтікає в занижньощелепні вени, лімфа — в привушні лімфовузли. Іннервується залоза гілками симпатичного сплетення та язикоглоткового нерва.

**Підщелепна слинна залоза** змішаного характеру, за будовою складна альвеолярно-трубчаста, друга за розміром. Має часточкову будову. Вона розташована в піднижньощелепній ямці, виходить за межі заднього краю щелепно-під'язикового м'яза. По задньому краю цього

м'яза відросток залози завертається на верхню його поверхню; від нього відходить вивідна протока, яка відкривається на невеликому під'язиковому сосочкові. Кровопостачається залоза гілками лицевої та язикової артерій.

Венозна кров відтікає в лицеву вену, лімфа — в підщелепні лімфовузли.

**Під'язикова залоза** слизового типу за будовою складна, альвеолярно-трубчаста. Вона розташована поверх щелепно-під'язикового м'яза на дні ротової порожнини й утворює складку між язиком і внутрішньою поверхнею нижньої щелепи. Вивідні протоки деяких часточок відкриваються самостійно в ротову порожнину вздовж під'язикової складки. Головна вивідна протока під'язикової залози іде поряд із піднижньощелепною і відкривається або одним спільним з нею отвором, або поблизу.

Кровопостачання, венозний та лімфатичний відтоки аналогічні піднижньощелепній слинній залозі.

**Скронево-нижньощелепний суглоб** утворений головкою нижньої щелепи та нижньощелепною ямкою скроневої кістки. Їх поверхні покриті розташованим між ними волокнистим хрящем, який своїми краями зростається з капсулою суглоба і розгороджує його порожнину на два відокремлені відділи.

Суглобова капсула по краю нижньощелепної ямки прикріплюється до кам'янисто-барабанної щілини, захоплюючи суглобовий горбик, а знизу охоплює шийку нижньої щелепи.

Біля скронево-нижньощелепного суглоба знаходяться три зв'язки, з яких до нього безпосередньо дотикається тільки латеральна зв'язка, що прямує по бічній поверхні суглоба від виличного відростка косо назад до шийки виросткового відростка нижньої щелепи. Вона обмежує рух суглобової головки назад. Дві інші зв'язки віддалені від суглоба й утворюють петлю, яка сприяє підвішуванню нижньої щелепи.

Кровообіг суглоба здійснюється гілками щелепної артерії. Венозний відтік спрямований у венозну сітку скронево-нижньощелепного суглоба, яка обплітає його, лімфовідтік — у занижньощелепні, а потім — у глибокі шийні лімфовузли. Іннервується суглоб гілками вушно-скроневого нерва.

Далі лікарі-інтерни розпочинають повторення м'язів обличчя. Ці м'язи розподіляються на дві групи: жувальні та мімічні.

**Мімічні м'язи**, на відміну від жувальних, не мають подвійного закріплення на кістках, а двома чи одним кінцем неодмінно вплітаються в шкіру чи слизову оболонку. Внаслідок цього вони не мають фасцій і, скорочуючись, приводять у рух шкіру. При їх розслабленні шкіра завдяки своїй пружності повертається до попереднього стану.

М'язи навколо очей:

1. М'яз гордіїв, починається від кісткової спинки і апоневрозу м'яза носа, закінчується в ділянці глабели; з'єднуючись із лобовим м'язом, опускає шкіру цієї ділянки донизу.

2. Коловий м'яз ока, розташовуючись своєю периферичною частиною по кістковому краю орбіти, а внутрішньою — на повіках, оточує очну щілину. Третя частина м'яза впливає на всмоктування сліз через слізні каналці, розширюючи слезовий мішок. У коловому м'язі розрізняють ще невеликий м'яз, який зморщує брови.

Мімічні м'язи носа:

Власне носовий м'яз розвинутий слабо, стискує хрящовий відділ і опускає крило носа та хрящову частину носової перетинки.

М'язи навколо рота:

1) М'яз-підіймач верхньої губи, починається від підорбітального краю верхньої щелепи, закінчується в шкірі носогубної складки.

2) Малий виличний м'яз, починається від виличної кістки і влітається в носогубну складку, яку при скороченні поглиблює.

3) Великий виличний м'яз, міститься між латеральною поверхнею виличної кістки та кутом рота і частково доходить до верхньої губи.

4) М'яз сміху — невеличкий поперечний пучок, що йде до кута рота, часто відсутній.

5) М'яз-опускач кута рота, починається на нижньому краї нижньої щелепи і прикріплюється до шкіри кута рота і верхньої губи. Тягне донизу кут рота і робить носогубну складку прямолінійною.

6) М'яз-підіймач кута рота, починається від іклової ямки і прикріплюється до кута рота.

7) Підборідний м'яз, відходить від альвеолярної вирізки нижніх різців та іклів, прикріплюється до шкіри підборіддя. Піднімає шкіру підборіддя і зводить угору нижню губу.

8) Щічний м'яз, утворює бокову стінку ротової порожнини. Починається на альвеолярному відросткові верхньої щелепи, щічному гребені, альвеолярній частині нижньої щелепи, крилонижньощелепному шві. Прикріплюється до шкіри слизової оболонки кута рота, де переходить у круговий м'яз.

9) Круговий м'яз рота, виконує функцію жому (сфінктера) рота.

### **Жувальні м'язи**

1) Жувальний м'яз, починається від нижнього краю виличної дуги двома частинами: поверхневою та глибокою і прикріплюється до жувальної горбистості ззовні гілки нижньої щелепи.

2) Скроневий м'яз, своїм початком займає весь простір скроневої ямки черепа, потім м'язові пучки об'єднуються, утворюючи міцне сухожилля, яке прикріплюється до вінцевого відростка нижньої

щелепи.

3) Латеральний крилоподібний м'яз, починається від нижньої поверхні великого крила крилоподібної кістки та однойменного відростка і прикріплюється до шийки виросткового відростка нижньої щелепи, а також до капсули та суглобових дисків скронево-нижньощелепного суглоба.

4) Медіальний крилоподібний м'яз, бере початок у крилоподібній ямці однойменного відростка, прикріплюється на медіальній поверхні кута нижньої щелепи.

Жувальний, скроневий і медіальний крилоподібний м'язи закривають рот. При одночасному скороченні латеральних крилоподібних м'язів щелепа зміщується вперед, а при односторонньому скороченні — вбік.

Суттєво, що жувальні м'язи іннервуються передусім гілками трійчастого нерва, а мимічні — лицевого.

Інтерни-стоматологи, повторивши попередні розділи, переходять до розгляду провідникових анестезій.

**Провідникова, або регіональна анестезія**, може бути центральною чи периферичною.

До центральних провідникових анестезій належать:

- 1) анестезія біля круглого отвору (крилопіднебінна анестезія);
- 2) анестезія стовбура нижньощелепного нерва біля овального отвору.

При виконанні крилопіднебінної анестезії знеболюється верхньощелепний нерв. Розчин новокаїну при цій анестезії потрапляє в крилопіднебінну ямку і блокує п. maxillaris.

При проведенні анестезії біля овального отвору розчин новокаїну досягає цього отвору, завдяки чому п. mandibularis знеболюється.



## **Знеболювання біля круглого отвору**

Крилопіднебінна анестезія за С. Н. Вайсблатом має 4 шляхи підходу:

1) палатинальний; 2) туберальний; 3) орбітальний; 4) підвилично-крилоподібний.

**Піднебінний (палатинальний) шлях.** Пацієнт широко відкриває рот. Укол роблять на рівні останнього моляра, відступивши від альвеолярного краю на 0,5-1 см усередину і на 1 см наперед від великого піднебінного отвору. При цьому голку спрямовують косо спереду та знизу назад і вгору, потрапляючи її кінцем у великий піднебінний отвір.

Якщо по ходу анестезії голка потрапила в кістку, то спочатку слід випустити зі шприца кілька крапель новокаїну і шляхом обережного просування голки намацати отвір. Коли голка зануриться в отвір, то її поступово просувають у крилопіднебінний канал на глибину 2,5-3 см і випускають 1,5-2,0 мл 2 %-ного розчину новокаїну.

**Туберальний (горбистий) шлях крилопіднебінної анестезії.** Пацієнт повертає голову в протилежний бік, великим і вказівним пальцями лівої руки через тканини щоки визначають вилице-альвеолярний гребінь. М'які тканини проколюють по проекції ребра гребеня, зміщуючись на задню поверхню гребеня, а голку просувають у напрямку спереду назад, згори вниз і ззовні всередину. Голка впродовж усього просування повинна ковзати по кістці, огинаючи при цьому горб верхньої щелепи. Розчин новокаїну випускають у місці цільового пункту крилопіднебінної ямки.

**Орбітальний шлях.** Указівним пальцем лівої руки визначають нижній очноямковий край. Укол роблять трохи медіальніше середини нижнього краю очної ямки. Голку, випускаючи по ходу її просування невеликий об'єм новокаїну, просувають спочатку вгору до місця переходу через нижній очноямковий край, а потім по нижній стінці очної

ямки на 3-3,5 см у глибину, весь час ковзаючи по кістці та випускаючи анестезуючий розчин.

**Підвилично-крилоподібний шлях.** Спочатку визначають середину трагоочноямкової або козелково-очноямкової лінії. Ця лінія проектується від козелка вушної раковини до зовнішнього краю очної ямки. Середина цієї лінії і відповідає проєкції зовнішньої пластинки крилоподібного відростка. Укол роблять по середині зазначеної лінії біля нижнього краю виличної дуги. Спочатку голку занурюють до зовнішньої пластинки крилоподібного відростка.

Глибину занурення голки відмічають кінцем середнього пальця правої руки, якою проводять ін'єкцію. Потім зворотним рухом голку виводять більш ніж на половину її занурення зовні та знову занурюють, але з нахилом наперед. Досягнувши крилопіднебінної ямки, в неї і вводять 2 % розчин новокаїну.

### **Знеболювання біля овального отвору**

Анестезію біля овального отвору можна провести двома шляхами: підвиличним і нижньощелепним.

### **Підвиличний шлях**

Безпосередньо над трагоорбітальною лінією біля нижнього краю виличної дуги проводять укол. Голку просувають углиб до зовнішньої пластинки крилоподібного відростка, відстежуючи за її ходом глибину уколу, і відтягують зворотно до підшкірної клітковини. Після цього голку відводять на 1см назад і досягають цільового пункту - овального отвору, де випускають новокаїн.

### **Нижньощелепний шлях**

Попередньо визначають кут нижньої щелепи і з внутрішнього його боку, відступивши на 1, 5 см, роблять укол. Попередньо вимірюють відстань від місця уколу до нижнього краю виличної дуги: вона дорівнює проміжку між місцем уколу і овальним отвором.

Голку просувають по внутрішній поверхні гілки нижньої щелепи паралельно її задньому краю на глибину 0,5-0,75 см, відчуваючи при цьому наявність кістки. Потім відводять її від кістки всередину і просувають на решту відстані (попередньо виміряну) і біля цільового пункту (овального отвору) випускають 2 % розчин новокаїну.

Далі лікарі-інтерни під керівництвом викладача розпочинають розгляд актуальних питань трансплантології, насамперед, відновлення втрачених тканин на голові.

### **Артеризовані трансплантати. Визначення. Переваги і недоліки.**

#### **Види артеризованих трансплантатів**

Останні досягнення морфології, трансплантології, судинної хірургії й особливо мікрохірургії дозволили розробити і впровадити в клінічну практику принципово новий вид пластичних операцій — трансплантацію комплексів тканин із автономним кровопостачанням. Відновлення втрачених органів і тканин на голові та шиї, реабілітація хворих із цією патологією — одна з головних медико-соціальних проблем сучасності. Особливо складними є пластичні операції при значних за обсягом комбінованих дефектах тканин, для заміщення яких необхідний пластичний матеріал великої площі і товщини, включаючи шкіру, клітковину, фасції, м'язи і навіть кістку. За останні десятиліття сталися відчутні позитивні зміни в пластичній реконструктивно-відновлювальній хірургії. Цьому значною мірою сприяло впровадження методів пластики артеризованими трансплантатами. Трансплантація комплексів артеризованих тканин має ряд незаперечних переваг у порівнянні з

традиційними методами пластики і створює нові можливості перед пластичною хірургією: одним етапом операції здійснюється заміщення великого дефекту і відновлення втраченого органа, а новітня мікрохірургічна техніка дозволяє використовувати донорські тканини з віддалених ділянок.

Артеризовані трансплантати завдяки автономному кровопостачанню стійкі до інфікування і приживлюються в реципієнтній зоні навіть при виражених порушеннях трофіки (після опромінення, при трофічних виразках, на тлі хронічних запальних явищ), що відкриває нові можливості проведення операції в пацієнтів, які вважалися раніше неоперабельними.

Водночас перед пластичною хірургією постала низка нових проблем, пов'язаних із морфологічним обґрунтуванням донорських зон, застосуванням раціональних методик мобілізації трансплантата, оптимальним вибором тканин для пластики. Позначається недосконалість знань процесів кровопостачання у пересаджуваних тканинах і патоморфології. Широкому впровадженню в лікувальну практику останніх досягнень пластичної хірургії заважає також відсутність наукової і методичної літератури.

Використовуючи класичні способи топографоанатомічних досліджень, а також розроблену в минулому на нашій кафедрі оригінальну методику корозії тканин, удалося створити анатомічну просторову реконструкцію потенційних донорських зон артеризованих трансплантатів.

Новий підхід дозволив визначити загальні закономірності й особливості ангіоархітекtonіки кровоносного русла досліджуваної ділянки та просторового взаємозв'язку з тканинами донорської зони і потенційних трансплантатів.

При плануванні реконструктивно-відновлювальних операцій, передусім при заміщенні великих дефектів тканин і пластичній

реконструкції втрачених органів складної конфігурації, виникає потреба в найрізноманітнішому пластичному матеріалі.

За розробленими на кафедрі схемою і класифікаційними таблицями донорських зон можна виділити майже 40 видів трансплантатів, які надійно кровопостачаються.

Згруповані вони за принципом від «простого до складного». Першу групу складають монотканинні клапті: фасціальний, жировий, м'язовий, кістковий; другу — багатоскладові, що містять у собі кілька тканинних структур. Найбільша група — це багатоклаптеві (ангіосомні) трансплантати. Подані в графічному вигляді, вони дають уявлення про регіон основних видів клаптів і дозволяють хірургам обрати найбільш оптимальну методику проведення пластичних реконструктивних операцій.

Колишніми співробітниками кафедри (В.Соколовим і Д.Аветіковим, 2001) розроблені основні донорські зони — джерела артеризованих трансплантатів: ділянка лопатки, передньоверхня поверхня грудної клітки, задньобокова поверхня грудей, передньобокова стінка живота, пахвова ділянка, ділянка трапецієподібного м'яза, шкірно-фасціальні артеризовані клапті голови, передня ділянка передпліччя.

Проведена розробка артеризованих трансплантатів у зоні розгалуження задньої вушної артерії для пластики тотальних і субтотальних дефектів вушної раковини.

Пластичні реконструктивно-відновлювальні операції з використанням артеризованих трансплантатів виконувалися пацієнтам, які мали значні ушкодження, дефекти і деформації тканин голови та шиї. Це особлива клінічна група хворих, лікування і реабілітація яких є досить складною проблемою для хірургів. Як правило, при великих дефектах голови, обличчя та шиї ушкоджується комплекс тканин, що, крім косметичних порушень, супроводжується розладами життєво важливих

функцій: вживання їжі, дихання, вимови. Усе це завдає хворим тяжких страждань.

Традиційні методи пластики з використанням місцевих тканин, філатовського стебла, ауто- і алотрансплантатів (невазуляризованих) здебільшого не дають позитивних наслідків.

Раніше майже всі пацієнти зі значними дефектами оперувалися по декілька разів, деяким було виконано 20 і більше операцій. Неefективність оперативних втручань пояснювалася неадекватними методикою і вибором пересаджуваних тканин.

Низка операцій, проведених спеціалістами Української медичної стоматологічної академії, була виконана вперше у світовій практиці. Серед них — пластична реконструкція носа і вушної раковини з використанням вільної васкуляризованої лопаткової фасції і колагенового каркаса.

Особливо перспективними при пластичі великих дефектів і реконструкції складних органів із відновленням комплексу тканин є застосування багатоклаптевих «ангіосомних» трансплантатів. На кафедрі розроблені методики підняття дво- і триклаптевих трансплантатів, у тому числі нейроваскуляризованих, для відновлення втрачених тканин.

Далі із лікарями-інтернами розглядаються операції, які найбільш поширені в стоматологічній практиці.

## **Гінгівектомія**

### **Проста гінгівектомія**

Гінгівектомію виконують при лікуванні пародонтиту, поліпозних утворів ясен і гіпертрофічного гінгівіту. До операції ретельно видаляють зубні відкладення. Вздовж ураженого ясневого краю проводять горизонтальний розріз ясна й окістя з боку присінка порожнини рота до кістки, відступаючи від шийок зубів на 2-3 мм. Такий самий розріз

роблять і з боку порожнини рота. По кінцях цих розрізів, безпосередньо від ясневого краю, проводять вертикальні розрізи довжиною 3-5 мм. Слизово-окісні смужки від альвеолярного краю відокремлюють распатором і видаляють; край ясен, що залишився, зрізають ножицями уздовж горизонтального розрізу, щоб одержати пологий схил. Грануляції з міжзубних проміжків, осередки деструкції і зубні відкладення, що залишилися, ретельно вишкрібають гострими ложками й екскаваторами.

Рану ясневого краю прикривають вузьким тампоном із йодоформної марлі, який поступово щільно вводять між зубами і утримують у рані 48 годин.

### **Радикальна (пластична або клаптева) гінгівектомія за Відман-Нейманом**

Цю операцію виконують при пародонтозі. За 5-7 днів до неї видаляють розхитані зуби, корені зубів і зубні відкладення. Грунтуючись на клінічних і рентгенологічних даних, визначають розміри радикальної гінгівектомії. При операції за Відман-Нейманом, крім горизонтальних розрізів на яснах із зовнішньої і ротової поверхонь альвеолярних відростків, по кінцях розрізу з вестибулярної поверхні роблять два розрізи: вниз — на нижній щелепі і нагору, під кутом 110-120° — на верхній.

Викроєні за таким способом трапецієподібні слизово-окісні клапті відокремлюють распатором від кістки альвеолярного відростка до перехідної складки. Потім відшаровують і видаляють смужки зміненої слизової оболонки, що ззовні і зсередини прилягають до шийок зубів. Грануляції й осередки деструкції кістки, а також невидалені зубні відкладення вишкрібають кістковою ложечкою, екскаватором та інструментами для видалення зубного каменю.

### **Операції при вкороченій вуздечці язика**

Для подовження вуздечки язика застосовують дві основні операції: пластику трикутними клаптями (за А.А.Лімбергом) і пластику поперечним розтином.

Пластика зустрічним обміном трикутних клаптів здійснюється так само, як при подовженні вуздечки губи. Серединний розріз проводиться по вуздечці від нижньої поверхні язика до вивідних проток слинних залоз, які слід оберігати від ушкоджень.

Пластика поперечним розтином застосовується при значному вкороченні вуздечки язика, коли пластика зустрічними трикутними клаптями не дає бажаного результату.

Операція технічно проста: вуздечка в середній третині розсікається поперечним розрізом до повного звільнення рухливої частини язика. При максимальному піднятті кінчика язика доверху пряма лінія поперечного розтину вуздечки набуває форми ромба. Через значну рухливість та еластичність слизової оболонки біля основи язика її краї легко наближаються з боків і зшиваються в поздовжньому напрямкові.

### **Операція при вкороченій вуздечці губи**

Подовження вуздечки губи досягається зустрічним обміном трикутних клаптів за А.А.Лімбергом.

Асистент максимально відтягає і вивертає губу, при цьому добре оголюється натягнута вуздечка губи. Під інфільтраційною анестезією 0,5%-ним розчином новокаїну розсікають уздовж усю вкорочену вуздечку. По боках вуздечки викроюють два симетричних трикутних клапті, які мобілізують, переміщують і зшивають тонким кетгутом.

Розмір кутів бічних розрізів при цьому залежить від ступеня вкорочення вуздечки. Частіше за все застосовують бічні розрізи під кутом у  $45 \times 45^\circ$  або  $60 \times 60^\circ$ . У ділянці альвеолярного відростка розріз роблять до окістя, у ділянці губи розсікають слизову оболонку з підслизовим шаром, після чого мобілізують трикутні клапті.



## **Операція при перикоронариті**

Перикоронарит свідчить про запальний процес, що локалізується в м'яких тканинах, які оточують коронку нижніх молярів. У тих випадках, коли немає прямих показань до видалення зуба (при позитивній ретромоларній діастемі, А.Т.Руденко, 1961), проводять лише висічення м'яких тканин, які оточують коронку зуба.

Слизову оболонку, що покриває коронку зуба, висікають вузьким гострим скальпелем таким чином, щоб цілком звільнити коронку з усіх боків — жувального, щічного, язикового і заднього (замолярного).

Якщо звільняють тільки жувальну поверхню коронки, а інші залишають закритими слизовою оболонкою, частіше виникають рецидиви захворювання, загострення процесу тощо.

Значний нахил коронки зуба вперед та інші варіанти його розташування, рецидив перикоронариту, руйнація коронки цього зуба карієсом, служать показанням до видалення зуба. Оперативні втручання при перикоронариті (з метою збереження зуба) доцільні лише після згасання гострих явищ у ділянці запалення. Для цього місцево вводять антибіотики, промивають карман тощо.

## **Розтин заглоткового абсцесу**

Заглотковий абсцес — це результат нагноєння лімфатичних вузлів, розташованих у пухкій сполучній тканині заглоткового простору; виникає головним чином у дітей до 3—4 років, у дітей старшого віку і дорослих спостерігається дуже рідко. Пояснюється це тим, що лімфатичні вузли заглоткового простору, що схильні до запалення і нагноєння, у 3—4-річному віці зазвичай зникають.

У віці від 2 років і більше, коли захисні рефлекси гортані вже добре розвинуті, розкриття можна зробити в звичайному положенні (сидячи); після появи гною голову дитини слід нахилити вперед для того, щоб він не потрапив у дихальні шляхи. Невеликий розріз виконують дозованим

скальпелем, а після появи гною його розширюють тупим корнцангом або пінцетом.

У дітей раннього віку, у яких захисний рефлекс гортані ще слабкий, абсцес слід спочатку спорожнити через голку шприцом, а потім розрізати скальпелем. Щоб уникнути швидкого витікання та аспірації гною, розріз повинен бути невеликим, після чого голову дитини швидко нахиляють униз.

Повного видалення гною досягають повторним розведенням країв розрізу пінцетом із наступним негайним поворотом голови вниз. Розведення країв повторюють ще протягом 2—3 днів.

## **5. Матеріали для самоконтролю.**

### **Задачі для самоконтролю:**

#### **Задача 1**

Пацієнт М. скаржиться на біль у ділянці 1.6 зуба. Коронка його зруйнована, перкусія болюча, на рентгенограмі цього зуба — розрідження тканини в ділянці медіального кореня, затемнення верхньощелепної пазухи.

Установіть діагноз, назвіть можливі ускладнення, опишіть методи обстеження і тактику лікування.

Відповідь. Хронічний періодонтит 16 зуба в стадії загострення. Можливий розвиток одонтогенного гаймориту. Вростання кісти у верхньощелепну пазуху.

Додаткові методи дослідження: рентгенографія верхньої щелепи в передній проекції. При наявності змін у верхньощелепній пазусі — її розкриття і видалення патологічно зміненої слизової оболонки.

#### **Задача 2**

Пацієнт відчуває біль у ділянці нижньої щелепи зліва, затруднене відкривання рота, підвищення температури тіла. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок набряку тканин у привушно-жувальній ділянці зліва, обмеження відкривання рота до 1,5 см між різцями, інфільтрація лівої ретромоллярної ділянки, зруйнований напівретинований 3.8 зуб.

Попередній діагноз. Опишіть лікування, назвіть види анестезій.

Відповідь. Діагноз: ретромоллярний періостит зліва. Призначено із застосуванням мандибулярної та за Берше-Дубовим анестезій видалити 3.8 зуб, зробити розріз у ретромоллярній ділянці зліва, дренувати; загальне лікування: антибіотики, десенсібілізувальна терапія.

### Задача 3

Пацієнт відмічає головний біль, порушення сну, підвищення температури тіла до 38° С. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, асиметрія обличчя за рахунок колатерального набряку м'яких тканин у лівій підочній ділянці. Колір шкіри не змінений, вона вільно збирається в складку. У лівій піднижньощелепній ділянці пальпуються болючі рухливі лімфовузли. У порожнині рота: коронка 2.5 зуба частково зруйнована, по перехідній складці верхньої щелепи зліва — інфільтрація, на рівні 2.5 зуба — флюктуація.

Визначте попередній діагноз. Опишіть можливі ускладнення.

Відповідь. Діагноз: гострий гнійний одонтогенний періостит лівої верхньої щелепи. Можливі ускладнення: одонтогенний гайморит, остеомієліт верхньої щелепи, при видаленні 25 зуба — перфорація верхньощелепної пазухи, флебіт вен обличчя.

### Задача 4

При повторному обстеженні пацієнта з гострим гнійним одонтогенним періоститом нижньої щелепи виявлені: зниження чутливості шкіри в ділянці нижньої губи зліва, рухливість 3.5 і 3.7 зубів.

Визначте причини появи нових клінічних симптомів.

Відповідь. Зміна чутливості шкіри в ділянці нижньої губи спричинена поширенням запального процесу на кісткову тканину нижньої щелепи і стисненням нижнього альвеолярного нерва ексудатом.

### **Задача 5**

У пацієнта виявлено гострий гнійний одонтогенний періостит верхньої щелепи (джерело інфекції — 1.6 зуб), інфільтрацію перехідної складки правої верхньої щелепи.

Визначте довжину розрізу та тканини, які доцільно пошарово розсікати при розкритті гнійника.

Відповідь. Довжина розрізу 2 см, розсікати слизову оболонку слід по перехідній складці верхньої щелепи справа над 1.6 зубом, підслизовий шар, окістя.

### **Задача 6**

У пацієнта протягом трьох діб у ділянці твердого піднебіння справа спостерігається набряклість з чіткими контурами, розміром 3x3 см, слизова оболонка інфільтрована. Коронка 1.2 зуба зруйнована, перкусія різко болюча. На рентгенологічному знімку в ділянці кореня 1.2 зуба помітна деструкція кісткової тканини з нечіткими контурами.

Визначте діагноз. Опишіть методику хірургічного лікування.

Відповідь. Діагноз: абсцес твердого піднебіння. Біля великого піднебінного отвору під інфільтраційною і провідниковою анестезією

видалити 1.2 зуб, висікти трикутний слизово-окісний клапоть у місці найбільшої флюктуації, рану промити розчином антисептика.

### **Задача 7**

У пацієнтки Т. 46 років, десь 10 днів тому виник ниючий біль у 1.6 зубі, температура тіла підвищилась до 37,8°C, з'явився головний біль. Лікувалася амбулаторно (зуб трепанований), однак поліпшення не настало. При обстеженні в стаціонарі виявлений незначний набряк правої щоки, пальпація її трохи болюча.

Із правої половини носа відходять слизисто-гнійні виділення. У порожнині рота: на жувальній поверхні 1.6 зуба глибока каріозна порожнина, перкусія болюча. Слизова оболонка альвеолярного відростка і перехідної складки набрякла, гіперемійована й інфільтрована. Рухливість 1.6 і 1.7 зубів II ступеню.

Визначте попередній діагноз.

Відповідь. Діагноз: одонтогенний остеомиєліт верхньої щелепи справа (гостра фаза), ускладнений гострим гнійним гайморитом з цього боку.

### **Задача 8**

Пацієнт С. звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на болючу набряклість у ділянці нижньої щелепи зліва, підвищення температури тіла до 38,2°C. Захворювання пов'язує з появою 3 дні тому болю в 3.7 зубі. Об'єктивно: виражена асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин піднижньощелепної ділянки. Інфільтрат щільної консистенції, в центрі різко болючий, з нечітко вираженою флюктуацією, шкіра напружена, набрякла, гіперемійована; зниження чутливості шкіри нижньої губи і підборіддя зліва. Коронка 3.7 зуба частково зруйнована. Рухливість 3.6 і 3.7 зубів I—II ступеня, перкусія їх болюча.

Визначте попередній діагноз.

Відповідь. Діагноз: одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи зліва (гостра фаза). Остеофлегмона лівої піднижньощелепної ділянки.

### Задача 9

Пацієнт Д. скаржиться на болючу набряклість у ділянці нижньої щелепи зліва, слабкість, біль при ковтанні. Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, температура тіла 38,2° С, виражена асиметрія обличчя за рахунок набряку й інфільтрації м'яких тканин піднижньощелепної ділянки; шкіра в ній напружена, гіперемійована, в центрі визначається флюктуація; значне зниження шкірної чутливості в ділянці нижньої губи і підборіддя зліва. Коронка 3.7 зуба зруйнована на 2/3, перкусія його болюча, рухливість 3.6, 3.7 і 3.8 зубів II—III ступеня.

Визначте ймовірний діагноз. Складіть план лікування.

Відповідь. Діагноз: одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи зліва (гостра фаза). Остеофлегмона піднижньощелепної ділянки. Необхідно видалити 37 зуб як джерело одонтогенної інфекції, провести розкриття остеофлегмони і декомпресивну остеоперфорацію, призначити антибактеріальну, гіпосенсибілізувальну і дезінтоксикаційну терапію.

### Задача 10

Пацієнтка Ж., 46 років, звернулася зі скаргами на ниючий біль у ділянці верхньої щелепи зліва, закладення носа. Це триває вже місяць, відтоді, як з'явилися ниючий біль у зруйнованому 2.7 зубі і набряклість щоки. Лікувалася амбулаторно з приводу гострого гнійного періоститу верхньої щелепи. Стан поліпшився. Протягом 2 тижнів із лунки вилученого зуба відходили незначні гнійні виділення. Об'єктивно: самопочуття і загальний стан задовільні, ліва щока трохи набрякла, з лунки 2.7 зуба виділяється гній, рухливість 2.6, 2.7 зубів II ступеня, альвеолярний відросток потовщений. Із носа відходять слизисто-гнійні виділення. На рентгенограмі альвеолярного відростка верхньої щелепи

зліва і придаткових пазух носа визначається деструкція кісткової тканини в ділянці лунки 2.7 зуба і верхівки кореня 2.6, порушена прозорість лівої верхньощелепної пазухи.

Визначте клінічний діагноз, складіть план комплексного лікування хворої.

Відповідь. Діагноз: одонтогенний остеомиєліт верхньої щелепи зліва (хронічна фаза, рарефіцируюча форма), ускладнений одонтогенним гайморитом зліва. Пацієнтці призначено антибактеріальну, гіпосенсибілізувальну та фізіотерапію; оперативне лікування (секвестрєктомію, гайморотомію).

### **Задача 11**

Пацієнта С. непокоїть біль у раніше пролікованому 2.6 зубі; при цьому він помітив періодичну набряклість м'яких тканин у піднижньощелепній ділянці справа. Три дні тому біль у зубі посилювався, зросла набряклість, температура тіла підвищилася до 38,4°C, виникли болючість при ковтанні, загальна слабкість. У піднижньощелепній ділянці справа визначається різко болючий інфільтрат, шкіра над ним у центрі гіперемійована. У порожнині рота: коронка 2.6 зуба зруйнована, перкусія болюча, слизова оболонка під'язикового валика справа набрякла.

Визначте попередній діагноз. Проведіть диференційну діагностику з іншими захворюваннями.

Відповідь. Діагноз: одонтогенна флегмона піднижньощелепної ділянки справа. Це захворювання необхідно диференціювати з лімфаденітом і гострим гнійним запаленням піднижньощелепної слинної залози.

### **Задача 12**

Пацієнт Г. відчуває ниючий біль у нижній щелепі зліва, різку болючість при ковтанні, головний біль, слабкість. Загальний стан середньої важкості. Визначається невелика набряклість м'яких тканин під кутом нижньої щелепи зліва, колір шкіри не змінений, пальпація помірно болісна. Відкривання рота обмежене до 1,5 см. У порожнині рота: корені 3.7, 3.8 зубів, крилоподібно-щелепна складка набрякла й інфільтрована, при пальпації різко болюча, набряклість поширюється на передню піднебінну дужку.

Попередній діагноз?

Відповідь. Діагноз: одонтогенна флегмона крилоподібно-щелепного простору.

### Задача 13

Пацієнт В., 29 років, звернувся у стоматологічний стаціонар зі скаргами на болючу набряклість у підборідній і піднижньощелепній ділянці зліва, різкий біль при ковтанні, слабкість, утруднене дихання. Це триває 3 дні, відтоді, як з'явився біль у 3.8 зубі. Лікувався амбулаторно компресами, приймав анальгін. Об'єктивно: загальний стан тяжкий, температура тіла — 39,2°C, пульс — 104/хв., інспіраторна задишка. Пацієнт адинамічний, шкіра обличчя бліда, покрита липким потом. У підборідній і піднижньощелепній ділянці зліва щільний болючий інфільтрат без чітких меж і ознак флюктуації. Шкіра під ним бліда, в центрі — синюшний набряк, у нижньому полюсі інфільтрату при пальпації визначається крепітація. Рот відкритий, слизова оболонка дна порожнини рота і язика набрякли та інфільтровані; коронка 3.8 зуба частково зруйнована, перкусія його болюча, рухливість II ступеня.

Визначте клінічний діагноз, план лікування.

Відповідь. Діагноз: гнильно-некротична флегмона дна порожнини рота зліва. Призначено: широке розкриття запального інфільтрату від



кута нижньої щелепи до підборідної ділянки, антибактеріальна, десенсібілізувальна й інтенсивна інфузійна терапія, місцевий діаліз.

#### **Задача 14**

Пацієнт Р. звернувся зі скаргами на болючість при ковтанні справа, обмежене відкривання рота, підвищення температури тіла. Три дні тому були вилучені корені 4.7 зуба. Наступного дня з'явився біль при ковтанні, температура тіла підвищилася до 37,4°C. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок невеликої припухлості м'яких тканин у піднижньощелепній ділянці справа. Відкривання рота обмежене до 2,5 см. Лунка 4.7 зуба покрита серозно-гнійним нальотом. Слизова оболонка щелепно-язикового жолобка справа інфільтрована і гіперемована, при пальпації різко болюча. Крилоподібно-щелепна складка і слизова оболонка альвеолярного відростка набряклі і гіперемовані.

Визначте попередній діагноз. Із якими захворюваннями слід проводити диференційний діагноз?

Відповідь. Діагноз: абсцес щелепно-язикового жолобка справа, Диференційний діагноз слід проводити із абсцесом і флегмоною крилоподібно-щелепного простору, гострим гнійним піднижньощелепним сіаладенітом.

#### **Задача 15**

Пацієнтка С., 37 років, звернулася в стоматологічний стаціонар зі скаргами на загальну слабкість, біль у нижній щелепі. Загальний стан середньої тяжкості, болюча набряклість м'яких тканин у піднижньощелепній ділянці. При пальпації визначається інфільтрат розміром 4 x 6 см, щільної консистенції, різко болючий у центрі. Тіло нижньої щелепи потовщене, шкірна чутливість нижньої губи і підборіддя зліва знижені. Відкривання рота обмежене до 1,5 см. Коронки 3.7 і 3.8

зубів зруйновані наполовину, перкусія їх болюча. 3.6, 3.7, 3.8 зуби рухливі (II—III ступеня). Крилоподібно-щелепна складка набрякла, інфільтрована і болюча.

Визначте клінічний діагноз.

Відповідь. Діагноз: одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи зліва (гостра фаза). Остеофлегмона крилоподібно-щелепного простору.

### **Задача 16**

Пацієнт Р., 28 років, звернувся в стоматологічну поліклініку зі скаргами на болючу набряклість у підпідборідній ділянці, біль при ковтанні. Хворіє 5 днів. Загальний стан задовільний. У підпідборідній ділянці визначається помірно болючий інфільтрат 4х3 см, шкіра над ним гіперемійована, в центрі — флюктуація. На шкірі нижньої губи — герпетичні висипання, із гнійними кірками. Установіть діагноз. Складіть план лікування.

Відповідь. Діагноз: абсцес підпідборідної ділянки. Призначені: розкриття гнійника, протизапальна і десенсибілізувальна терапія, антисептична обробка висипань на шкірі нижньої губи.

### **Задача 17**

Пацієнт Ш., 46 років, звернувся до хірурга-стоматолога зі скаргами на ниючий біль у 17 зубі, болючість при ковтанні. Хворіє 3 дні. Загальний стан задовільний, температура тіла — 37,6°C. Відкривання рота трохи обмежене. При огляді порожнини рота виявлено, що коронка 17 зуба зруйнована, перкусія болюча. Слизова оболонка щелепно-язикового жолобка й альвеолярного відростка набрякла й інфільтрована, пальпація болюча.

Установіть діагноз. Укажіть можливі шляхи поширення екссудату.

Відповідь. Діагноз: абсцес щелепно-язикового жолобка. Запальний процес може поширюватися в піднижньощелепний простір і на дно порожнини рота.

### **Задача 18**

У хворого К. при видаленні 1.6 зуба сталася перфорація верхньощелепної пазухи. Оточуючі тканини не травмовані. В анамнезі клінічні симптоми, характерні для гаймориту, відсутні.

Опишіть тактику хірурга-стоматолога.

Відповідь. Хірург-стоматолог повинен виконати пластику перфораційного отвору «внакладку» трапецієподібним клаптом із вестибулярної поверхні. Призначити протизапальну терапію і судинозвужувальні краплі в ніс.

### **Задача 19**

При видаленні 1.8 зуба (діагноз: хронічний простий пульпіт, хронічний гайморит справа) лікар проштотхнув піднебінний корінь у верхньощелепну пазуху.

Опишіть тактику лікаря в цій ситуації.

Відповідь. Під місцевим знеболюванням проводиться розріз по перехідній складці з викроюванням трапецієподібного клаптя на рівні перфорації, розсікання передньої стінки пазухи; ревізія і видалення вмісту пазухи, в т. ч. поліпів; накладення співустя через нижній носовий хід; тампонування пазухи йодоформною турундою; пластика перфорованого отвору.

### **Задача 20**

Після операції за Колдуел-Люком хворий відчув порушення чутливості шкіри в підчочномковій ділянці, оніміння в зубах верхньої щелепи з боку операції.

Поясніть, про що свідчать ці клінічні симптоми?

Відповідь. Клінічні симптоми, що виникли в післяопераційному періоді, свідчать про травмування під час операції підчочномкового нерва.

### **Задача 21**

У пацієнта діагностований гострий гнійний одонтогенний гайморит справа. Джерело інфекції — корені зруйнованого 1.6 зуба. Опишіть наслідки лікування та можливі ускладнення.

Відповідь. При патогенетичному лікуванні хворий одужає. Можливі ускладнення: перфорація дна верхньощелепної пазухи, перехід у хронічну форму, періостит верхньої щелепи, поширення запального процесу на інші навколоносові пазухи, в оточуючі клітковинні простори; тромбоз печеристої пазухи тощо.

### **Задача 22**

За кордоном пацієнту М. з підшкірною формою актиномікозу проведена імунотерапія актинолізатом. Позитивна динаміка процесу сповільнена в підборідній ділянці: на тлі щільного інфільтрату

утворилися 2 осередки розм'якшення розміром 2 x 2 см з ознаками флюктуації. Визначте, які ще необхідні додаткові методи лікування. Опишіть методику їхнього ведення.

Відповідь. Необхідні розрізи для розкриття абсцесів, антибактеріальна і загальнозміцнювальна терапія. Хірургічні методи — надмірно обережні. Призначаючи антибіотики, враховувати чутливість мікрофлори.

### **Задача 23**

Батьки звернулися за медичною допомогою з приводу ущільнення в піднижньощелепній ділянці, яке виникло в дитини майже півроку тому. Тут пальпується щільний, безболісний конгломерат тканин 3x4 см, межі його не чіткі. При діагностичній пункції гною не виявлено, в пунктатові друзи актиноміцетів відсутні. Внутрішньошкірна проба з актинолізатом позитивна (++).

Ваш діагноз. Складіть план обстеження і диференційної діагностики.

Відповідь. Передбачуваний діагноз — гіперпластична форма актиномікозу лімфатичних вузлів. Необхідно диференціювати з туберкульозним ураженням і пухлиною. Для диференційної діагностики слід провести патогістологічне дослідження тканин.

### **Задача 24**

У пацієнтки В., 35 років, після проведення туберальної анестезії при видаленні 28 зуба з'явилися набряклість і біль у скроневій ділянці, обмежене відкривання рота, підвищена температура тіла — в межах 37,5-38°C. Чрез 2 тижні біль вгамувався, температура тіла нормалізувалася. Однак через 1,5 міс. процес знову відновився. У скроневій ділянці виник щільний, з нечіткими межами інфільтрат розміром 5x6 см, який поширюється також на верхній відділ

привушно-жувальної ділянки, відкривання рота обмежене до 2 см. Через 2 тижні після комплексної протизапальної терапії в центрі інфільтрату утворився осередок розм'якшення. Завдяки зробленому над ним розрізу виділилася невелика кількість сироподібного гною і грануляції. При цитологічному дослідженні гною елементів специфічного запалення не виявлено.

Устаовіть попередній діагноз, визначте форму ураження, призначте додаткові методи обстеження.

Відповідь. Передбачуваний діагноз — актиномікоз підскроневої і крилопіднебінної ямок, підшкірно-міжм'язова форма. Необхідно провести внутрішньшкірну пробу з актинолізатом.

### **Задача 25**

Пацієнт скаржиться на біль і набряклість тканин у привушній ділянці справа, де пальпується округлий болючий, нерухомий утвір розміром 3 x 3 см без ознак флюктуації. Із вивідної протоки привушної слинної залози справа виділяється чиста слина. Захворювання триває 2 дні, тиждень тому хворий переніс правобічний гнійний отит.

Установіть діагноз. Із якими патологічними процесами необхідно диференціювати описаний стан?

Відповідь. Діагноз: гострий серозний лімфаденіт привушної ділянки справа, отогенного походження. Захворювання слід диференціювати з гострим паротитом (епідемічним і неепідемічним).

### **Задача 26**

Пацієнт скаржиться на постійний ниючий біль, що при накушуванні посилюється, в ділянці 1.7 зуба, і різко болючу набряклість у підборідній ділянці. На червоній облямівці нижньої губи — герпетичні висипи.

Встановлено діагноз: абсцедивний лімфаденіт підпідборідної ділянки справа.

Назвіть входні ворота інфекції.

Відповідь. Лімфаденіт виник внаслідок герпетичного ураження червоної облямівки нижньої губи.

### **Задача 27**

У пацієнтки 40 років, паралельно з пневмонією утворилася аденофлегмона піднижньощелепної ділянки.

Який вид знеболювання показаний при розкритті гнійника? Яка особливість лікувальної тактики в цьому випадку?

Відповідь. Місцеве знеболювання з надійною премедикацією. Лікувальні заходи повинні включати пасивну імунотерапію, спрямовану на підвищення опірності організму до інфекції.

### **Задача 28**

Пацієнт Є., 16 років, звернувся в клініку хірургічної стоматології зі скаргами на сильний головний біль, болочу набряклість у ділянці верхньої та нижньої повік зліва. Пов'язує це з видаленням 3 дні тому 2.8 зуба. Об'єктивно: загальний стан пацієнта тяжкий, температура тіла — 38,2°C. Асиметрія обличчя за рахунок припухлості верхньої та нижньої повік зліва, екзофтальм, обмеженість рухливості очного яблука.

Попередній діагноз. Проведіть диференційну діагностику. Які додаткові обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?

Відповідь. Передбачуваний діагноз — тромбоз кавернозного синуса. Необхідно провести диференційну діагностику з флегмоною орбіти і тромбофлебітом лицевих вен, а для уточнення діагнозу — обстеження пацієнта невропатологом і окулістом.

### Задача 29

У пацієнта Т., 33 років, діагностована одонтогенна флегмона приглоткового простору зліва. Захворів 4 дні тому. Загальний стан середньої тяжкості, температура тіла — 37,9°C. У стаціонарному відділенні проведено розкриття флегмони з боку шкірних покривів, призначена антибактеріальна і дезінтоксикаційна терапія. На третю добу стан пацієнта погіршився: температура тіла підвищилася до 38,6°C, з'явилися озноб, біль за грудниною, кашель, у крові виявлений лейкоцитоз  $1,6 \times 10^9$  /л, токсична зернистість у нейтрофілах.

Яке ускладнення виникло? Складіть план додаткового обстеження хворого.

Відповідь. Можна припустити розвиток одонтогенного медіастиніту. Потрібно провести рентгенографію органів грудної порожнини в 2-х проекціях, консультацію торакального хірурга.

### Задача 30

Пацієнт С., 28 років, доставлений у клініку зі скаргами на болючу набряклість у піднижньощелепних і підборідній ділянках, біль при ковтанні, загальну слабкість, задишку. Захворів 4 дні тому, саме тоді відчув біль у зруйнованому 4.8 зубі. Об'єктивно: загальний стан тяжкий, температура тіла — 38,6°C. Інспіраторна задишка до 46/хв. Виражена асиметрія обличчя за рахунок значного набряку й інфільтрації м'яких тканин дна порожнини рота. Язик набряклий, піднятий. Набряклість поширюється на бічну поверхню шиї до ключиці. Пальпація тканин у ділянці груднини і яремної вирізки болюча.

Попередній діагноз?

Відповідь. Діагноз: флегмона дна порожнини рота, що ускладнилася одонтогенним медіастинітом.



## 6. Література

### Основна:

1. Оперативна хірургія і топографічна анатомія голови та шиї; за ред. В.І.Півторака, О.М.Проніної. - Вінниця, 2016. - 312 с.
2. Оперативна хірургія і топографічна анатомія; за ред. М.П.Ковальського. — К.: Медицина, 2010. - 504 с.
3. Оперативна хірургія і топографічна анатомія; за ред. М.С.Скрипнікова. - К.: Вища школа, 2000. - 502 с.
4. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология / В.В.Афанасьев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 400 с.
5. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю.Й.Бернадський. — К. Спалах, 2003. — 512 с.
6. Вовк Ю.Н. Клиническая анатомия головы и шеи / Ю.Н.Вовк. — Луганск, 2011. — 308 с.
7. Топоров Г.Н. Клиническая анатомия лица / Г.Н.Топоров. — Харьков, 2005. — 272 с.

### Додаткова:

1. Вовк Ю.Н. Клиническая анатомия головы. Часть I / Ю.Н.Вовк. — Луганск, 2010. — 196 с.
2. Півторак В.І. Клінічна анатомія трійчастого та лицевого нервів. Вегетативні вузли лица. Місцеве знеболювання / В.І.Півторак, М.П.Булько. — Вінниця, 2012. — 136 с.
3. Топоров Г.М. Клінічна анатомія та оперативна хірургія гнійно-запальних процесів голови та шиї / Г.М.Топоров, М.С.Скрипніков, О.М.Проніна [та ін.]. — Полтава, 2002. — 100 с.

4. Топоров Г.Н. Клиническая анатомия. Лицо / Г.Н.Топоров. – Харьков, 2003. – 223 с.
5. Бурых М.П. Клиническая анатомия мозгового отдела головы / М.П.Бурых, И.А.Григорова. – Харьков, 2002. – 240 с.
6. Вовк Ю.Н. Клиническая анатомия головы с основами нейрохирургии / Ю.Н.Вовк, С.А.Усатов. – Луганск, 2011. – 248 с.
7. Рузин Г.П. Основы технологий операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Г.П.Рузин, М.П.Бурых. – Харьков, 2000. – 292 с.
8. Горішний Б.М. Щелепно-лицьова хірургія екстремальних ситуацій / Б.М.Горішний, О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна. – Полтава, 2000. – 221 с.
9. Руководство по хирургической стоматологии; под. ред. Евдокимова А.И. – М.: Медицина, 1972. – 584с.
10. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах; под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. – М.: Медицина, 2000. – 776 с.
11. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А.Тимофеев. – К.: Червона Рута-Турс, 2004. – 1061 с.
12. Рузин Г.П. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Рузин, А.А. Дмитриева – Харьков: ХГМУ, 2001 – 108 с.
13. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю.И.Бернадский. – Минск: Белкнига 1998. - 308 с.
14. Кабаков Б.Д. Переломы челюстей / Б.Д.Кабаков, В.А.Малышев. – М.: Медицина, 1981. – 176 с.

15. Лукьяненко А.В. Огнестрельные ранения лица / А.В.Лукьяненко А.В. – СПб, 1996. – 182 с.
16. Рибалов О.В., Волошина Л.І. Травматичні ушкодження кісток лицьового скелета мирного часу / О.В.Рибалов, Л.І.Волошина. – Полтава: Лекой, 1999. - 132 с.
17. Травмы челюстно-лицевой области; под ред. проф. Н.М.Александрова, П.З.Аржанцева. - М.: Медицина, 1986. - 447 с.
18. Міжнародна анатомічна номенклатура / За редакцією І.І.Бобрика, В.Г.Ковешнікова. - К.: Здоров'я, 2001. – 328 с.
19. Оперативная хирургия и топографическая анатомия: учебник / Ю.Т.Ахтемийчук, Ю.М.Вовк, С.В.Дорошенко [и др.]; под ред. проф. М.П.Ковальского. - К.: ВСИ «Медицина», 2012. — 504 с.
20. Кованов В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / В.В. Кованов. – 3-е изд. с исправл. – М.: Медицина, 1995. – 400 с.
21. Литтман И. Оперативная хирургия / И.Литтман. – Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1985. - 1176 с.
22. Сергиенко В.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: В 2 т.т. / В.И.Сергиенко, Э.А.Петросян, И.В.Фраучи, под общ. ред. акад. РАМН Ю.М.Лопухина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – Т.1. - 832 с
23. Золотко Ю.А. Атлас топографической анатомии человека / Ю.А. Золотко. – М., 1978. – 214 с.

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Навчальна</b>      | Клінічна анатомія і оперативна хірургія                        |
| <b>Тема заняття 3</b> | Клінічна анатомія ший. Оперативні втручання на ший.<br>Семінар |

|                      |                       |
|----------------------|-----------------------|
| <b>Спеціальність</b> | Стоматологія          |
| <b>Факультет</b>     | Післядипломної освіти |

**1. Актуальність теми:** Успішне лікування природних аномалій розвитку, аденофлегмон, опіків трахеї та стравоходу, видалення сторонніх тіл гортані, трахеї, глотки, стравоходу, хірургічні втручання з приводу поранення цих органів, а також важливих судин і нервів ший, інтубація трахеї та трахеостомія можливі тільки на базі глибоких знань топографії ділянок ший.

## **2. Конкретні цілі:**

1) Поглибити знання лікарів-стоматологів щодо топографічних співвідношень анатомічних утворів у межах ділянок, що вивчаються.

2) Засвоїти топографію фасцій та клітковинних просторів ший, анатомічно обґрунтувати шляхи поширення гнійників, флегмон, гематом та розтини при них.

3) Розглянути техніку операцій з приводу оголення загальної та зовнішньої сонних артерій, язикової артерії, трахеостомії, субтотальної, субфасціальної резекції щитоподібної залози, хірургічних втручань на шийній частині стравоходу.

**3. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.**

**3.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти лікар-інтерн при підготовці до заняття.**

| <b>Термін</b>   | <b>Визначення</b>        |
|-----------------|--------------------------|
| 1. Трахеотомія  | 1. Розтин трахеї         |
| 2. Трахеостомія | 2. Хірургічна операція з |

### **3.2. Теоретичні питання до заняття:**

- 1) Межі, трикутники, ділянки ший.
- 2) Клітковинні простори ший.
- 3) Топографія судинно-нервових пучків ший.
- 4) Топографія органів ший: гортані, трахеї, стравоходу, щитоподібної залози.
- 5) Розрізи при флегмонах ший.
- 6) Техніка виконання блокад на ший.
- 7) Техніка виконання трахеостомії. Види. Ускладнення.
- 8) Оголення та перев'язка загальної і зовнішньої сонних артерій.
- 9) Оголення та перев'язка язикової артерії.
- 10) Принципи операцій на щитоподібній залозі

### **3.3. Практичні роботи, які виконуються на занятті:**

1. Вагосимпатична блокада за О. В. Вишневським.
2. Виконання препарування органів ший, перев'язка магістральних судин.
3. Проведення трахеостомії.

### **4. Зміст теми.**

На початку практичного заняття викладач шляхом опитування перевіряє знання лікарів.

Спочатку засвоюють межі ший, її зовнішні орієнтири, форми, статеві та вікові відмінності ділянки ший, її поділ на трикутники.

На схемі розглядають фасції ший, звертають увагу на відмінності в Міжнародній анатомічній класифікації та класифікації за В.М.Шевкуненком, за якою розрізняють п'ять фасцій ший. Перша — поверхнева, друга — власна, яка утворює піхву груднино-ключично-скоподібного м'яза та мішок підщелепної слинної залози; третя — лопатково-ключична фасція, що утворює піхви для

парних м'язів, які містяться перед трахеєю; четверта — внутрішня, що складається з двох листків: парієтального і вісцерального (перший огортає судинно-нервовий пучок шиї, другий — органи шиї); п'ята фасція — передхребтова, що утворює футляри для довгих м'язів голови і шиї.

Між зазначеними фасціальними листками та місцями їх дотикання (фасціальними вузлами, що виконують опорну, бар'єрну та зв'язувальну функції) на шиї розташовуються клітковинні простори:

1) міжапоневротичний надгруднинний (між другою та третьою фасціями), який сполучається з розташованими за ніжками груднино-ключично-соскоподібних м'язів сліпими мішками Грубера;

2) передтрахейний (між парієтальним та вісцеральним листками четвертої фасції), який пролягає від під'язикової кістки до вирізки груднини;

3) заорганний (між вісцеральним листком четвертої та передхребтовою фасцією);

4) судинно-нервовий (уздовж основного судинно-нервового пучка шиї);

5) клітковинний (між другою та п'ятою фасціями у латеральному трикутнику шиї);

6) глибокий клітковинний латерального трикутника шиї (між п'ятою фасцією та хребтом у латеральному трикутнику шиї);

7) глибокий остеофіброзний клітковинний (між п'ятою фасцією шиї та тілами шийних хребців), у якому знаходяться довгі м'язи голови і шиї та стовбур симпатичного нерва.

Залежно від локалізації розрізняють поверхневі і глибокі абсцеси та флегмони шиї.

Необхідно звернути увагу інтернів-стоматологів на наявність замкнених та сполучених фасціальних просторів і відповідно різні шляхи

поширення гнійників і гематом на шиї, можливість проникнення флегмон у переднє і заднє середостіння та виникнення кровотеч внаслідок некрозу стінок судин, а також тромбофлебіту великих вен.

Потім операційна бригада у складі лікарів-стоматологів розпочинає препарування підщелепного трикутника; при цьому зосереджують увагу на особливостях шкіри, підшкірної клітковини. Відпрепаровують поверхневу фасцію з підшкірним м'язом. Визначають хід другої шийної фасції в межах трикутника, підщелепну слинну залозу, її капсулу.

Залозу тупим гачком відтягують доверху і розпочинають препарувати глибоку ділянку.

Невеликий відділ підщелепного трикутника, де може бути оголена язикова артерія, носить назву трикутника Пирогова; верхньою його межею є під'язиковий нерв, нижньою — сухожилля двочеревцевого м'яза, передньою — верхній край щелепно-під'язикового м'яза, дном — під'язиково-язиковий м'яз. Волокна цього м'яза слід розсунути для оголення розташованої глибше язикової артерії, яка відходить від зовнішньої сонної артерії на рівні великого різка під'язикової кістки.

При препаруванні під'язикової ділянки викладач указує на сонний горбик, пояснює його значення при тимчасовому спиненні кровотечі з сонної артерії.

Далі лікарі-інтерни вивчають сонний трикутник шиї, який зверху обмежений заднім черевцем двочеревцевого м'яза, ззовні — груднино-ключично-соскоподібним м'язом, спереду — верхнім черевцем лопатково-під'язикового м'яза.

У цьому трикутнику розташований судинно-нервовий пучок шиї, що оточений парієтальним листком четвертої фасції шиї. Викладач указує на ознаки, за якими можна відрізнити зовнішню сонну артерію від внутрішньої.

Після усного розбору інтерни розпочинають препарування ділянки груднино-ключично-соскоподібного м'яза.

Зосереджують увагу на розміщенні поверхневої фасції, особливостях розташування поверхневих вен і топографії судинно-нервового пучка на різних рівнях ділянки: верхньої, середньої та нижньої третини груднино-ключично-соскоподібного м'яза, на локалізації основних гілок шийного сплетення.

На препараті лікарі-інтерни знаходять місце поділу загальної сонної артерії на зовнішню та внутрішню, вивчають місця відходження гілок зовнішньої сонної артерії.

Потім операційна бригада береться до виконання навчальних операцій на шиї та її органах. Серед них:

- вагосимпатична блокада за О. В. Вишневським;
- оголення зовнішньої сонної артерії;
- оголення загальної сонної артерії;
- оголення язикової артерії;
- оголення лицевої артерії;
- оголення внутрішньої яремної вени.

### **Вагосимпатична блокада за О. В. Вишневським**

Показання: травматичні ушкодження і поранення грудної порожнини із закритим і відкритим пневмотораксом, комбіновані поранення грудної і черевної порожнин, при яких необхідно перервати нервові імпульси з місця ушкодження.

Техніка вагосимпатичної блокади. Хворого кладуть на стіл, підклавши під лопатки невеликий валик: голова його повернута в протилежний втручанню бік.

Після обробки шкіри проводять анестезію в місці вколювання голки — біля середини заднього краю груднино-ключично-соскоподібного м'яза, вище перетину її зовнішньою яремною веною (на рівні



під'язикової кістки). М'яз разом із розташованими під ним судинами відсувають досередини лівим вказівним пальцем. У вільний простір, що утворився, вколюють довгу голку нагору і досередини передньої поверхні хребта; потім голку відтягують від хребта на 0,5 см і в клітковину, розташовану за загальною фасціальною піхвою судинно-нервового пучка, вводять 40—50 мл 0,25%-го розчину новокаїну. Просуваючи голку, відсувають кровоносні судини. При правильному її положенні розчин надходить до пухкої, а не передхребтової клітковини, і після виймання шприца в ній не повинно з'являтися ні краплі рідини.

Слід пам'ятати, що чим вище поширюється розчин новокаїну, тим надійніше блокуються два нерви — блукаючий і симпатичний. Нижче, на рівні під'язикової кістки, ці нерви розходяться і розділяються задньою стінкою загальної фасціальної піхви, у якій пролягає блукаючий нерв.

Про позитивну дію новокаїну при шийній вагосимпатичній блокаді свідчить поява у хворого синдрому Клода-Бернара Горнера: западіння очного яблука (enophthalmus), звуження зіниці (miosis), опущення верхньої повіки (ptosis), а також гіперемія з підвищенням температури половини обличчя з боку блокади.

### **Блокада синокаротидної зони**

Двобічна блокада синокаротидної зони застосовується для профілактики і лікування шоку.

Положення хворого як і при вагосимпатичній блокаді.

Техніка втручання. Через прокол анестезованої ділянки шкіри на місці перетину переднього краю груднино-ключично-соскоподібного м'яза і горизонтальної лінії, проведеної через верхній край щитоподібного хряща, вводять по 20-25 мл 0,5%-ного розчину новокаїну в піхву в місці її відходження від загальної сонної артерії.

### **Відкрита блокада блукаючого нерва за Бурденком (1939)**

Показання: деякі випадки при складних операціях на органах грудної порожнини: пупьмонектомії, лобектомії, резекції грудного відділу стравоходу тощо.

Техніка втручання. Розрізом по передньому краю груднинно-ключично-соскоподібного м'яза розкривають фасціальну піхву судинно-нервового пучка і до блукаючого нерва периневрально вводять 2-5 мл 2%-го розчину новокаїну.

### **Блокада зірчастого вузла симпатичного стовбура**

Найпоширеніший передній спосіб Лерика (1925). Блокада може бути виконана також збоку і позаду.

Показання: каузалгічні (пекучі) болі в пораненій верхній кінцівці, що не піддаються лікуванню; профілактика гангренни кінцівки після перев'язки магістральних артерій.

Положення хворого: на спині з валиком під лопатками, голова повернута в протилежний втручання бік. Через анестезовану ділянку шкіри на 4 см вище ключиці, біля заднього краю груднино-ключично-соскоподібного м'яза, голку вколюють перпендикулярно і доводять її до хребта, а потім, відтягнувши і відхиливши на 30° назовні, роводять у напрямку донизу на висоту одного хребця. У межах зірчастого вузла вводять 10 мл 0,5%-ного розчину новокаїну.

### **Анестезія плечового сплетення**

Показання: невралгія, що не піддається лікуванню; провідникова анестезія при операціях на верхній кінцівці і в плечовому суглобі.

Техніка анестезії. Хворий сидить, рука з боку ін'єкції відтягнута донизу. Голку вводять на 1,5 см вище середини верхнього краю ключиці в напрямку до остистого відростка третього грудного хребця на глибину 3

см; у клітковину, що оточує плечове сплетення, вводять 20 мл 2%-ного розчину новокаїну.

Знеболювання настає через 30 хвилин і триває 1,5-2 години. При введенні розчину безпосередньо в сплетення, про що свідчить іррадіація больових відчуттів у кінцівку, знеболювання настає миттєво.

При анестезії плечового сплетення можливі поранення плеври, паралічі кінцівок, діафрагми. Ушкодження плеври можна уникнути, якщо вколювати голку на 3 см вище середини верхнього краю ключиці.

### **Оголення діафрагмового нерва**

Виконується з метою алкоголізації нерва або перетину його при активному туберкульозі нижніх і прикореневих відділів легень.

Завдяки операції досягається високе стояння діафрагми внаслідок її паралічу; уражена активним процесом легень стискується.

Стійкий параліч діафрагми розвивається після екзерезу (викручування) діафрагмального нерва. Ця операція нині не застосовується.

Техніка алкоголізації діафрагмового нерва. Знеболювання місцеве. Хворий лежить на спині, голова повернута в бік, протилежний операції; рука з боку операції відтягнута донизу. Розрізують шкіру, підшкірну клітковину і поверхневу фасцію з платизмою на ширину пальця вище і паралельно ключиці; зовнішню яремну вену перетинають між двома лігатурами.

У проміжку між нижнім черевцем лопатково-під'язикового м'яза і ключицею після розтину по жолобкуватому зонду другої і третьої фасцій відсувають донизу поверхневу шийну артерію, а доверху і назовні — лопатково-під'язиковий м'яз.

У медіальному куті операційної рани видно передній драбинчастий м'яз і на ньому стовбур діафрагмового нерва, що простягається від зовнішнього до внутрішнього краю цього м'яза.

Алкоголізація діафрагмового нерва здійснюється шляхом уведення в його стовбур 1-2 мл 70% або 90% спирту, що викликає стійку дегенерацію нервових волокон.

Перед уведенням спирту нерв виділяють із передхребтової фасції, обкладають марлевими серветками; розчин спирту вводять тонкою голкою під епіневрій або в товщу нерва (ендонеурально).

### **Оголення загальної сонної артерії**

По передньому краю груднинно-ключично-соскоподібного м'яза від рівня верхнього краю щитоподібного хряща вниз упродовж 5-6 см розтинають шкіру, клітковину, поверхневу фасцію, піхву зазначеного м'яза.

М'яз виділяють тупим інструментом (зондом Кохера, зімкнутими ножицями Купера) і відсувають тупим гачком назовні.

Таким чином розтинають і задню стінку фасційного футляра груднинно-ключично-соскоподібного м'яза разом із загальною фасціальною піхвою судинно-нервового пучка.

Артерію тупо виділяють із паравазальної клітковини, голку Дешана з подвійною лігатурою підводять під неї з боку яремної вени. Між лігатурами судину розсікають, що призупиняє нервову провідність нервових сплетень стінки загальної сонної артерії.

### **Оголення зовнішньої сонної артерії**

Розтин шкіри, підшкірної клітковини та підшкірного м'яза шиї проводять уздовж переднього краю груднинно-ключично-соскоподібного м'яза на 6-7 см униз від кута нижньої щелепи.

По жолобкуватому зонду розрізують передню стінку фасційного футляра цього м'яза, який відводять назовні; задню розтинають разом із загальною фасціальною піхвою судинно-нервового пучка.

На передній стінці зовнішньої сонної артерії знаходять загальну лицеву вену та під'язиковий нерв, який йде дугою опуклістю донизу; в куту між веною і нервом оголюють зовнішню сонну артерію, яку розрізняють за відгалуженням від неї гілок: першою з яких відходить верхня щитоподібна артерія, другою — язикова, третьою — лицева артерія.

Для перев'язки зовнішньої сонної артерії голку Дешана з подвійною лігатурою підводять під неї ззовні у проміжку між верхньою щитоподібною та язиковою артеріями

### **Оголення язикової артерії**

Поперечний розтин довжиною 4-5 см проводять перед груднинно-ключично-соскоподібним м'язом посередині між краєм нижньої щелепи і під'язиковою кісткою через шкіру, підшкірну клітковину з підшкірним м'язом (*platysma*).

По жолобкуватому зондові розтинають поверхневий листок фасційної капсули підщелепної залози, виводять її з ложа доверху.

Через глибокий листок ложа підщелепної залози просвічуються сухожилок двочеревцевого м'яза, який утворює нижню межу трикутника Пирогова, та під'язиковий нерв, який обмежує цей трикутник зовні та зверху.

Під'язиковий нерв та язикова вена лежать на під'язиково-язиковому м'язі, волокна якого спрямовані досередини і доверху.

Роз'єднавши і розсунувши їх, знаходять стовбур язикової артерії, який залягає на стінці глотки.

Під язикову артерію з боку нерва та однойменної вени підводять голку Дешана з подвійною лігатурою і перев'язують її.

### **Трахеотомія**

Трахеотомія (розтин трахеї) показана при обтурації гортані та верхнього відділу трахеї пухлиною, стороннім тілом; при паралічеві та спазмові голосових зв'язок із закриттям входу в гортань, а також травмах і набряках гортані; при комі будь-якої етіології з порушенням ковтання, аспірацією блювоти, слини, крові в дихальні шляхи; при порушенні дихання у хворих із тяжкою черепномозковою травмою та травмою грудної клітки, важкій післяопераційній дихальній недостатності; при необхідності тривалої штучної вентиляції; для введення інтубаційного наркозу.

Розрізняють, відповідно до рівня розтину трахеї, три види трахеотомії: верхню — розтин перших кілець трахеї вище перешийка щитоподібної залози; середню — розтин відділу трахеї, прикритого перешийком залози; нижню — розтин кілець трахеї нижче перешийка щитоподібної залози.

Останнім часом широко застосовується трахеостомія, тобто накладання свища на трахею.

Техніка трахеостомії. Пацієнт лежить на операційному столі, під плечі підкладений валик, голова відведена назад.

Якщо при цьому ускладнюється дихання, хворому надають сидячого положення.

Дітей молодшого віку доводиться оперувати у лежачому положенні, із відведеною назад головою, яку, щоб уникнути повороту і нахилів убік, асистент надійно фіксує.

Топографоанатомічним орієнтиром є щитоподібний хрящ (у чоловіків) або виступ дуги перснєподібного хряща (у дітей і жінок).

Трахеостомію, передусім у дітей, слід робити в умовах спеціалізованого стаціонару тільки під загальним знеболюванням із попередньою інтубацією трахеї, яка сприяє виконанню трахеостомії як звичайної планової операції.

В екстрених випадках: гострій дихальній недостатності, що розвивається при травмі гортані, obturaції її просвіту стороннім тілом, гострому алергічному або запальному набрякові, коли для трахеостомії обмаль часу (10—15 хвилин), — застосовують крікоконікотомію — розкриття гортані шляхом розтину перснеподібного хряща.

### **Крікоконікотомія**

Положення пацієнта: лежачи на спині, голова відведена назад. Хірург фіксує великим і середнім пальцями лівої руки щитоподібний хрящ, а вказівним намагає заглиблення між нижнім краєм щитоподібного і верхнім краєм перснеподібного хрящів. Установивши в ньому вістря скальпеля, чітко по серединній лінії шиї одномоментним вертикальним розрізом розсікає шкіру, щитоперснеподібну зв'язку і дугу перснеподібного хряща.

Поява свистячого дихання підтверджує утворення доступу в трахею. У розріз вводять будь-який провідник повітря.

Операція виконується тільки за життєвими показаннями і є тимчасовим заходом. Після відновлення дихання накладають трахеостому.

Серед ускладнень, що виникають при проведенні конікотомії, слід зазначити можливість поранення голосових зв'язок із наступною афонією через неправильний (доверху) напрямок руху скальпеля. Тому ріжучий інструмент необхідно спрямовувати під деяким кутом донизу.

Коли хворий перебуває у вкрай тяжкому стані асфіксії, надання йому допомоги слід розпочинати з проколювання трахеї товстою порожнистою голкою, через яку під тиском нагнітають кисень або повітря, і тільки після цього здійснювати трахеостомію.

Відстань між перешийком щитоподібної залози і грудниною в дітей більша, ніж у дорослих, у яких гортань уже змістилася донизу. Оскільки у дітей раннього віку перешийок щитоподібної залози широкий, покриває

всі верхні кільця трахеї і за допомогою фасції міцно прикріплюється до нижнього краю перснеподібного хряща, відтягнення залози донизу неможливе. При розтині верхніх кілець трахеї можна ушкодити перснеподібний хрящ, що призведе до розвитку перихондриту гортані. Тому для дорослих більш прийнятна верхня трахеостомія, а для дітей — нижня.

Середню трахеостомію виконують тоді, коли перешийок щитоподібної залози піднімається вгору і унеможлиблює його достатнє відтягування вниз. У таких випадках його розтинають і перев'язують. Трахею розрізають відповідно до рівня перешийка.

### **Верхня трахеостомія**

Розтин шкіри, підшкірної клітковини, поверхневої фасції проводять чітко по серединній лінії від середини щитоподібного хряща на 6—7 см донизу.

Білу лінію шиї розрізають уздовж, по боках від неї фасцію беруть двома хірургічними пінцетами, піднімають і підрізають, а потім розтинають по жолобкуватому зондові посередині між краями правого та лівого груднинно-ключично-соскоподібних м'язів.

Якщо в рані проступають серединні вени, їх разом із краями м'язів розводять у боки, а при необхідності розтинають між двома лігатурами.

Потім по нижньому краю перснеподібного хряща розсікають фасціальні зв'язки, які фіксують до нього перешийок щитоподібної залози, а сам перешийок спеціальним гачком зміщують донизу і притримують. Оголюють перші кільця трахеї.

Під широкий край перснеподібного хряща чи під кільце трахеї з боків від серединної лінії підводять гострі однозубі гачки, якими підтягують угору і фіксують гортань та трахею під час розтину її кілець і введення трахеостомічної канюлі.



Розтин 1-2 кілець трахеї, починаючи з другого, проводять шляхом уколювання та виколування дозованого гострокінцевого скальпеля, робоча поверхня якого складає не більше 1 см леза.

Уведення канюлі в розтин трахеї, розкритий спеціальним розширювачем чи кровоспинним затискачем, виконують, поставивши щиток спочатку в сагітальній площині, а з просуванням її в просвіт трахеї переводять у фронтальну площину. Після введення канюлі однозубі гострі гачки вилучають.

Рану, починаючи від кутів, пошарово зашивають у напрямку до канюлі, краї фасції та підшкірної клітковини — кетгуттом, краї розтину шкіри — шовковими вузловими швами.

Видаленню канюлі (деканюляції) передують підготовка хворого, коли канюлю закривають і хворий привчається дихати природним шляхом.

### **Субтотальна, субфасціальна струмектомія за О.В.Ніколаєвим**

Розтин відповідає складці шкіри на 1-1,5 см вище яремної вирізки і проводиться між передніми краями груднинно-ключично-соскоподібних м'язів через шкіру, підшкірну клітковину, підшкірний м'яз шиї та поверхневу фасцію.

Верхній шкірно-підшкірно-фасціальний клапоть відпрепаровують до верхнього краю щитоподібного хряща. Серединні вени шиї, передні яремні вени, розташовані в товщі другої фасції чи під нею, виділяють, захоплюють двома затискачами, розтинають і перев'язують.

Другу і третю фасції шиї розтинають уздовж посередині між груднинно-під'язиковими та груднинно-щитоподібними м'язами. Вище рівня розтину м'язи розрізають поперечно, під м'яз підводять зонд Кохера, накладають по два затискачі і між ними м'яз розтинають.

Під капсулу правої та лівої часток оголеної щитоподібної залози окремо вводять по 10 мл 0,25% розчину новокаїну, який не тільки блокує

нервові сплетення, але їй полегшує подальше виділення щитоподібної залози та її капсули.

Резекцію щитоподібної залози починають зі звільнення перешийка та перетину його між двома затискачами по зонду Кохера, яким відділяють перешийок від трахеї.

При наявності парамедіальної частки спочатку між затискачами відсікають її; розітнену фасційну капсулу тупо зміщують назад до лінії відсікання правої бічної частки залози, вивихують із капсули нижній, а потім верхній полюси цієї частки та відтинають.

У ході відтинання невеликими порціями захоплюють кровоспинними затискачами тканину залози і кровоносні судини з фіброзною оболонкою залози.

Далі проводять ретельний гемостаз, в одну кетгуту ліву лігатуру захоплюють по кілька кровоспинних затискачів і туго затягують в один вузол кукси судин, які в них знаходяться.

Струменем розчину новокаїну промивають рану з тим, щоб звільнити її від токсичних речовин, які витекли при розтині тканини щитоподібної залози.

Аналогічно вилучають і ліву бічну частку щитоподібної залози. Після вшивання фасційної капсули на її куксі, рану знову промивають розчином новокаїну.

Пошарове вшивання рани розпочинають із зшивання груднинно-під'язикових м'язів кетгутувими П-подібними швами.

Якщо груднинно-щитоподібні м'язи залишились нерозітненими, ними прикривають кукси бічних часток залози. Краї фасції зашивають вузловими кетгутувими, краї шкіри — вузловими шовковими чи капроновими швами.

У рані залишають дренаж із гумових смужок.

## **5. Матеріали для самоконтролю.**

### **Задачі для самоконтролю:**

#### **Задача 1.**

Пацієнта С. непокоїть біль у раніше пролікованому 2.6 зубові; при цьому він помітив періодичну набряклість м'яких тканин у піднижньощелепній ділянці справа. Три дні тому біль у зубі посилювався, зросла набряклість, температура тіла підвищилася до 38,4°C, виникли болючість при ковтанні, загальна слабкість. У піднижньощелепній ділянці справа визначається різко болючий інфільтрат, шкіра над ним у центрі гіперемійована. У порожнині рота: коронка 2.6 зуба зруйнована, перкусія болюча, слизова оболонка під'язикового валика справа набрякла.

Визначте попередній діагноз. Проведіть диференційну діагностику з іншими захворюваннями.

Відповідь. Діагноз: одонтогенна флегмона піднижньощелепної ділянки справа. Це захворювання необхідно диференціювати з лімфаденітом і гострим гнійним запаленням піднижньощелепної слинної залози.

#### **Задача 2**

Пацієнт В., 29 років, звернувся у стоматологічний стаціонар зі скаргами на болючу набряклість у підпідборідній і піднижньощелепній ділянці зліва, різкий біль при ковтанні, слабкість, утруднене дихання. Це триває 3 дні, відтоді, як з'явився біль у 3.8 зубі. Лікувався амбулаторно компресами, приймав анальгін.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий, температура тіла — 39,2°C, пульс — 104/хв., інспіраторна задишка. Хворий адинамічний, шкіра обличчя бліда, покрита липким потом. У підпідборідній і

піднижньощелепній ділянці зліва щільний болючий інфільтрат без чітких меж і ознак флюктуації. Шкіра під ним бліда, у центрі — синюшний набряк, у нижньому полюсі інфільтрату при пальпації визначається крепітація. Рот пацієнта відкритий, слизова оболонка дна порожнини рота і язика набряклі та інфільтровані; коронка 38 зуба частково зруйнована, перкусія його болюча, рухливість 2 ступеня.

Визначте клінічний діагноз, план лікування.

Відповідь. Діагноз: гнильно-некротична флегмона дна порожнини рота зліва. Призначено: широке розкриття запального інфільтрату від кута нижньої щелепи до підборідної ділянки, антибактеріальна, десенсібілізувальна й інтенсивна інфузійна терапія, місцевий діаліз.

### **Задача 3**

Пацієнт С. після переохолодження відчув слабкість, болючу набряклість на бічній поверхні шиї зліва. Протягом 4 днів лікувався вдома компресами і мазевими пов'язками. Набряк на шиї збільшився, температура тіла підвищилася до 37,6°C, з'явилася болючість при ковтанні.

Об'єктивно: на бічній поверхні шиї зліва визначається болючий інфільтрат розміром 4 x 6 см без ознак флюктуації, шкіра над ним здещо гіперемійована.

Визначте попередній діагноз. З якими захворюваннями слід проводити диференційний діагноз?

Відповідь. Діагноз: глибока флегмона бічної поверхні шиї зліва. Це захворювання необхідно диференціювати з лімфаденітом і бічною кістою шиї.

### **Задача 4**

Пацієнт Р., 28 років, звернувся в стоматологічну поліклініку зі скаргами на болючу набряклість у підпідборідній ділянці, біль при ковтанні. Хворіє 5 днів. Загальний стан задовільний.

У підпідборідній ділянці визначається помірно болючий інфільтрат 4х3 см, шкіра над ним гіперемійована, в центрі — флюктуація. На шкірі нижньої губи — герпетичні висипання, із гнійними кірками.

Укажіть діагноз. Складіть план лікування.

Відповідь. Діагноз: абсцес підпідборідної ділянки. Призначені: розкриття гнійника, протизапальна і десенсибілізувальна терапія, антисептична обробка висипань на шкірі нижньої губи.

### Задача 5

Батьки звернулися за медичною допомогою з приводу ущільнення в піднижньощелепній ділянці, яке виникло в дитини майже півроку тому. Тут пальпується щільний, безболісний конгломерат тканин 3 х 4 см, межі його не чіткі. При діагностичній пункції гною не виявлено, в пунктатові друзи актиноміцетів відсутні. Внутрішньошкірна проба з актинолізатом позитивна (++).

Який імовірний діагноз? Складіть план обстеження і диференційної діагностики.

Відповідь. Попередній діагноз — гіперпластична форма актиномікозу лімфатичних вузлів. Необхідно диференціювати з туберкульозним ураженням і пухлиною. Для диференційної діагностики слід провести патогістологічне дослідження тканин.

### Задача 6

Пацієнт занепокоєний набряклістю в ділянці лівої піднижньощелепної залози, що періодично збільшується. Лікар при пальпації виявив збільшену ліву піднижньощелепну залозу з чіткими

контурами, виділення з протоки мутної слини з домішками гною. На сіалограмі помітні гроноподібні осередки скупчення контрастної речовини.

Яке захворювання має подібну клінічну і рентгенологічну картину?

Поясніть наявність на сіалограмі осередків скупчення контрастної речовини.

Відповідь. Хронічний піднижньощелепний паренхіматозний сіаладеніт зліва. Контрастна речовина накопичується в порожнинах, що виникли в паренхімі залози внаслідок тривалого запально-деструктивного процесу й утворення абсцесів.

### Задача 7

Пацієнт після приймання їжі виявив набряклість у нижньощелепній ділянці зліва.

При огляді порожнини рота лікар пропальпував у передньому відділі протоки піднижньощелепної слинної залози стороннє тіло.

Яке показано лікування? Опишіть методику.

Відповідь. Показано хірургічне лікування. Протоку разом із оточуючими тканинами прошивають лігатурою дистальніше розміщення каменя. Потім у протоку вводять зонд і розсікають слизову оболонку рота та протоку над каменем. Камінь витягають кюретною ложечкою. Протоку промивають антисептиками. Частину рани зашивають кетгуттом, решту — дренують.

### Задача 8

У пацієнта після видалення з приводу калькульозного сіаладеніту піднижньощелепної слинної залози справа виникло опущення кута рота.

Якої помилки припустився хірург під час операції? Як лікувати зазначене ускладнення?

Відповідь. Ушкоджено крайову гілку лицевого нерва. Слід призначити нейротропні препарати), фізіопроцедури УВЧ, електрофорез лідази.

### **Задача 9**

Пацієнт після перенесеної ангіни виявив у піднижньощелепній ділянці справа набряклість з чіткими контурами, відокремлену від нижньої щелепи.

Складіть план обстеження, проведіть диференційну діагностику.

Відповідь. При огляді необхідно провести бімануальну пальпацію залози, загальний аналіз крові та сечі.

Диференційний діагноз між лімфаденітом і сіаладенітом, доброякісними і злоякісними пухлинами, захворюваннями крові.

### **Задача 10**

Пацієнт звернувся до хірурга-стоматолога з приводу загострення хронічного періодонтиту 31 зуба. При обстеженні в підпідборідній ділянці виявлений інфільтрат 2 x 3 см з чіткими межами, болючий, відокремлений від щелепи; в центрі його — флюктуація. Шкіра над інфільтратом гіперемійована, напружена.

Зазначте діагноз, опишіть лікувальні заходи.

Відповідь. Діагноз: абсцедивний лімфаденіт підпідборідної ділянки одонтогенної етіології. Видалення 31 зуба при неможливості лікування його консервативним методом, розкриття гнійника зовнішнім розрізом, антибактеріальне, десенсібілізувальне лікування, фізіопроцедури.

### **Задача 11**

У пацієнтки 40 років, паралельно з пневмонією утворилася аденофлегмона піднижньощелепної ділянки.

Який вид знеболювання показаний при розкритті гнійника? Яка особливість лікувальної тактики в цьому випадку?

Відповідь. Місцеве знеболювання з надійною премедикацією. Лікувальні заходи повинні включати пасивну імунотерапію, спрямовану на підвищення опірності організму до інфекції.

### **Задача 12**

У пацієнта, 20 років, діагностований хронічний неспецифічний лімфаденіт піднижньощелепної ділянки. Санація порожнини рота не проводилася. Супутнє захворювання — хронічний тонзиліт.

Яка послідовність лікувальних заходів?

Відповідь. Санація порожнини рота. Лікування хронічного тонзиліту в оториноларинголога. На ділянку збільшеного лімфатичного вузла — фізіопроцедури (ультразвук, електрофорез із ферментами, гелій-неоновий лазер). При недосягненні ефекту показана екстирпація лімфатичного вузла.

### **Задача 13**

Пацієнт С., 28 років, доставлений у клініку зі скаргами на болючу набряклість у піднижньощелепних і підборідних ділянках, біль при ковтанні, загальну слабкість, задишку. Захворів 4 дні тому, саме тоді відчув біль у зруйнованому 48 зубі. Об'єктивно: загальний стан важкий, температура тіла — 38,6°C. Інспіраторна задишка до 46/хв. Виражена асиметрія обличчя за рахунок значного набряку й інфільтрації м'яких тканин дна порожнини рота. Язик набряклий, піднятий. Набряклість



поширюється на бічну поверхню ший до ключиці. Пальпація тканин у ділянці груднини і яремної вирізки болюча. Попередній діагноз?

Відповідь. Діагноз: флегмона дна порожнини рота, що ускладнилася одонтогенним медіастинітом.

#### **Задача 14**

Лікар-інтерн, під час препарування трикутника Пирогова, знайшов у ньому язикову вену, але не зміг виявити однойменну артерію. Як це можна пояснити з топографоанатомічної точки зору?

Відповідь. Дно трикутника Пирогова вповнене під'язиково-язиковим м'язом. Для оголення язикової артерії слід його м'язові волокна розсунути; під ними і залягатиме язикова артерія.

#### **Задача 15**

Перед проведенням резекції нижньої щелепи хірург насамперед оголив біфуркацію загальної сонної артерії в сонному трикутнику. Як пересвідчитися в тому, яка з її гілок і є зовнішньою сонною артерією?

Відповідь. Зовнішня сонна артерія відрізняється від внутрішньої наявністю численних гілок. Крім того, якщо в місці біфуркації на магістральні судини накласти почергово судинний затискач, то зникнення на лиці пульсу в лицевій та поверхневій скроневих артеріях свідчить про те, що перетиснута гілка саме і є зовнішньою сонною артерією.

#### **Задача 16**

Під час операції на ший хірург випадково перерізав зовнішню яремну вену. Спробувавши припинити кровотечу, він захопив затискачем проксимальний кінець вени. Чи правильно проведено спинення кровотечі?

Відповідь. При ушкодженні вен шиї може виникнути повітряна емболія. Для запобігання їй виникненню слід терміново захопити центральний кінець ушкодженої судини затискачем та перев'язати.

### **Задача 17**

Перев'язуючи зовнішню сонну артерію, хірург оголив частину цієї артерії від біфуркації до місця відходження від

а. carotis externa верхньої щитоподібної артерії. Чи правильно визначив хірург місце для перев'язки?

Відповідь. Таке місце перев'язки зовнішньої сонної артерії невдале, бо після перев'язки судини в утвореній куксі можливе тромбоутворення з подальшою закупоркою внутрішньої сонної артерії. Доцільніше перев'язувати а. carotis externa між верхньою щитоподібною та язиковою артеріями.

### **Задача 18**

Під час виконання вагосимпатичної блокади у хворого виникла гіперемія лиця. Чи досить цього симптому для оцінки правильності проведеної блокади?

Відповідь. Ознаками правильно проведеної вагосимпатичної блокади є синдром Клода Бернара-Горнера (птоз, міоз, енофтальм), а також наявність брадикардії.

### **Задача 19**

Виконуючи струмектомію хірург відокремив частку залози від трахеї по всій протяжності. У хворого виникла сиплість голосу. Яка причина цього ускладнення?

Відповідь. Сиплість голосу пов'язана з ушкодженням нижнього гортанного (поворотного) нерва.

### **Задача 20**

У хірургічне відділення обласної лікарні доправлений пацієнт із травматичним розрізом гортані. Як невідкладна допомога в ЦРЛ була виконана трахеостомія.

На огляді виявлені ознаки наростаючої ядухи, м'які тканини шиї набрякли, при пальпації визначається крепітація. Яка помилка була допущена при трахеостомії?

Відповідь. Розріз кілець трахеї більший за діаметр канюлі, що і утворило проміжок між канюлею і стінкою трахеї. У таких випадках повітря накопичується в підшкірній клітковині і виникає підшкірна емфізема.

### **Задача 21**

У хірургічне відділення обласної лікарні доправлений пацієнт із травматичним розрізом гортані. Як невідкладна допомога в ЦРЛ була виконана трахеостомія. Унаслідок її проведення відмічається некроз хрящевих кілець, між якими було введено канюлю Люера. Яка помилка була допущена при трахеостомії?

Відповідь. Причиною стало те, що діаметр трахеостомічної канюлі був дещо більшим розрізу в стінці трахеї. Це і викликало передавлювання кілець з їх омертвінням.

### **Задача 22**

Під час трахеостомії проник у просвіт трахеї на всю глибину леза скальпеля. Після розтину кілець трахеї видно зяючу рану задньої стінки трахеї. Яка помилка допущена хірургом і як їй запобігти?

Відповідь. Скальпелем ушкоджена задня стінка трахеї і передня стінка стравоходу. Розтин кілець трахеї слід було робити шляхом уколювання та виколування дозованого гострокінцевого скальпеля, робоча поверхня якого складає не більше 1 см леза.

### **Задача 23**

Під час трахеостомії, при виконанні поперечного розтину м'яких тканин строго по серединній лінії, хірург ушкодив судину безпосередньо на трахеї. Масивна кровотеча перешкоджає виконанню наступних етапів операції. Яку судину міг ушкодити хірург?

Відповідь. *A. thyreoidea ima.*

### **6. Питання до семінарського контролю**

1. Межі голови. Форми та вікові відмінності голови.
2. Мозковий відділ голови. Межі, ділянки.
3. Межі та прошарки лобово-тім'яно-потиличної ділянки. Особливості підшкірної клітковини, кісток склепіння черепа.
4. Кровопостачання лобово-тім'яно-потиличної ділянки.
5. Три яруси венозної системи лобово-тім'яно-потиличної ділянки.
6. Іннервація лобово-тім'яно-потиличної ділянки.
7. Межі та прошарки скроневої ділянки. Особливості клітковинних просторів. Особливості лускатої частини скроневої ділянки.
8. Кровопостачання, іннервація скроневої ділянки.
9. Пошарова будова ділянки соскоподібного відростка.
10. Трепанаційний трикутник Шипо. Межі. Анатомічні утвори, які можуть ушкоджуватися при виході за межі трикутника Шипо.
11. Кровопостачання, іннервація ділянки соскоподібного відростка.

12. Зовнішня основа черепа.
13. Внутрішня основа черепа. Черепні ямки, їх вміст.
14. Клінічна анатомія V, VII, VIII, IX, X, XII пар черепномозкових нервів.
15. Топографія оболонок головного мозку.
16. Синуси твердої мозкової оболони.
17. Павутинна оболонка головного мозку.
18. М'яка оболонка головного мозку, цистерни.
19. Кровообіг головного мозку.
20. Схема черепномозкової топографії Кренлейна-Брюсової,
21. Гнійники мозкового відділу черепа.
22. Розвиток зубо-щелепно-лицевої системи. Молочні та постійні зуби. Формули зубів. Кількість зубів.
23. Анатомотопографічні особливості будови окремих зубів.
24. Форма окремих зубів. Товщина твердих тканин коронок зубів. Форма та величина кореневих каналів. Морфологічні особливості тканин зуба.
25. Будова емалі, дентину, пульпи.
26. Будова періодонту.
27. Види знеболювання на верхній щелепі.
28. Види знеболювання на нижній щелепі.
29. Межі лицевого відділу голови. Кістковий скелет. Зовнішні орієнтири.
30. Форми та типи обличчя. Вікові та статеві особливості топографії обличчя.
31. Пошарова будова обличчя.
32. Привушно-жувальна ділянка.

33. Топографія привушної залози.
34. Топографія підщелепної слинної залози.
35. Щічна ділянка.
36. Мімічні м'язи.
37. Клінічна анатомія жувальних м'язів.
38. Ділянка рота, ділянка губ.
39. Ротова порожнина.
40. Скренево-нижньощелепний суглоб, зв'язки. Кровообіг та іннервація.
41. Анатомо-фізіологічне обґрунтування операцій при ушкодженнях скренево-нижньощелепного суглоба.
42. Артеріальна система обличчя.
43. Венозний відтік від лицевого відділу голови.
44. Зв'язок венозної системи обличчя з синусами твердої мозкової оболони.
45. Іннервація зубів.
46. Лімфатична система голови.
47. Клітковинні проміжки обличчя.
48. Клінічне значення клітковинних проміжків обличчя.
49. Приноскові пазухи, їх топографія.
50. Анатомо-фізіологічне обґрунтування операцій на приноскових пазухах.
51. Оперативні втручання на обличчі.
52. Перев'язка зовнішньої сонної артерії.
53. Анатомо-фізіологічні обґрунтування розрізів на обличчі.

54. Анатомо-фізіологічне обґрунтування вагосимпатичної блокади.
55. Анатомо- фізіологічне обґрунтування раціональних розрізів дна ротової порожнини при гнійних ураженнях.
56. Межі, трикутники, ділянки шиї,
57. Клітковинні простори шиї.
58. Топографія судинно-нервових пучків шиї.
59. Топографія органів шиї: гортані, трахеї, стравоходу, щитоподібної залози.
60. Розрізи при флегмонах шиї.
61. Техніка виконання блокад на шиї.
62. Техніка виконання трахеостомії. Види. Ускладнення.
63. Оголення та перев'язка загальної і зовнішньої сонних артерій.
64. Оголення та перев'язка язикової артерії.
65. Принципи операцій на щитоподібній залозі.

## 6. Література

### Основна:

1. Оперативна хірургія і топографічна анатомія голови та шиї; за ред. В.І.Півторака, О.М.Проніної. - Вінниця, 2016. - 312 с.
2. Оперативна хірургія і топографічна анатомія; за ред. М.П.Ковальського. — К.: Медицина, 2010. - 504 с.
3. Оперативна хірургія і топографічна анатомія; за ред. М.С.Скрипнікова. - К.: Вища школа, 2000. - 502 с.
4. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология / В.В.Афанасьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 400 с.
5. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю.Й.Бернадський. – К. Спалах, 2003. – 512 с.
6. Вовк Ю.Н. Клиническая анатомия головы и шеи / Ю.Н.Вовк. – Луганск, 2011. – 308 с.
7. Топоров Г.Н. Клиническая анатомия лица / Г.Н.Топоров. – Харьков, 2005. – 272 с.

### Додаткова:

1. Вовк Ю.Н. Клиническая анатомия головы. Часть I / Ю.Н.Вовк. – Луганск, 2010. – 196 с.
2. Півторак В.І. Клінічна анатомія трійчастого та лицевого нервів. Вегетативні вузли лица. Місцеве знеболювання / В.І.Півторак, М.П.Булько. – Вінниця, 2012. – 136 с.
3. Топоров Г.М. Клінічна анатомія та оперативна хірургія гнійно-запальних процесів голови та шиї / Г.М.Топоров, М.С.Скрипніков, О.М.Проніна [та ін.]. – Полтава, 2002. – 100 с.



4. Топоров Г.Н. Клиническая анатомия. Лицо / Г.Н.Топоров. – Харьков, 2003. – 223 с.
5. Бурых М.П. Клиническая анатомия мозгового отдела головы / М.П.Бурых, И.А.Григорова. – Харьков, 2002. – 240 с.
6. Вовк Ю.Н. Клиническая анатомия головы с основами нейрохирургии / Ю.Н.Вовк, С.А.Усатов. – Луганск, 2011. – 248 с.
7. Рузин Г.П. Основы технологий операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Г.П.Рузин, М.П.Бурых. – Харьков, 2000. – 292 с.
8. Горішний Б.М. Щелепно-лицьова хірургія екстремальних ситуацій / Б.М.Горішний, О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна. – Полтава, 2000. – 221 с.
9. Руководство по хирургической стоматологии; под. ред. Евдокимова А.И. – М.: Медицина, 1972. – 584с.
10. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах; под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. – М.: Медицина, 2000. – 776 с.
11. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А.Тимофеев. – К.: Червона Рута-Турс, 2004. – 1061 с.
12. Рузин Г.П. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Рузин, А.А. Дмитриева – Харьков: ХГМУ, 2001 – 108 с.
13. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю.И.Бернадский. – Минск: Белкнига 1998. - 308 с.

14. Кабаков Б.Д. Переломы челюстей / Б.Д.Кабаков, В.А.Малышев. – М.: Медицина, 1981. – 176 с.
15. Лукьяненко А.В. Огнестрельные ранения лица / А.В.Лукьяненко А.В. – СПб, 1996. – 182 с.
16. Рибалов О.В., Волошина Л.І. Травматичні ушкодження кісток лицьового скелета мирного часу / О.В.Рибалов, Л.І.Волошина. – Полтава: Лекой, 1999. - 132 с.
17. Травмы челюстно-лицевой области; под ред. проф. Н.М.Александрова, П.З.Аржанцева. - М.: Медицина, 1986. - 447 с.
18. Міжнародна анатомічна номенклатура / За редакцією І.І.Бобрика, В.Г.Ковешнікова. - К.: Здоров'я, 2001. – 328 с.
19. Оперативная хирургия и топографическая анатомия: учебник / Ю.Т.Ахтемийчук, Ю.М.Вовк, С.В.Дорошенко [и др.]; под ред. проф. М.П.Ковальского. - К.: ВСИ «Медицина», 2012. — 504 с.
20. Кованов В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / В.В. Кованов. – 3-е изд. с исправл. – М.: Медицина, 1995. – 400 с.
21. Литтман И. Оперативная хирургия / И.Литтман. – Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1985. - 1176 с.
22. Сергиенко В.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: В 2 т.т. / В.И.Сергиенко, Э.А.Петросян, И.В.Фраучи, под общ. ред. акад. РАМН Ю.М.Лопухина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – Т.1. - 832 с
23. Золотко Ю.А. Атлас топографической анатомии человека / Ю.А. Золотко. – М., 1978. – 214 с.
24. Півторак В.І. Короткий курс топографічної анатомії і оперативної хірургії / В.І.Півторак, О.Б.Кобзар, Ю.Г.Шевчук. – Вінниця: Нова книга, 2015. – 224 с.

25. Вовк Ю.Н. Руководство по клинической анатомии с основами хирургии / Ю.Н.Вовк, В.К.Ивченко. – Луганск, 2011. – 304 с.

26. Топка Е.Г. Практичні навички з оперативної хірургії та топографічної анатомії. – Дніпропетровськ, 2011. – 94 с.

### **Навчальне видання**

Білаш Сергій Михайлович

Проніна Олена Миколаївна

Коптев Михайло Миколайович  
Пирог-Заказникова Ангеліна Валеріївна

**КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ І  
ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ**

Навчально-методичний посібник  
до практичних занять  
лікарів-інтернів стоматологів

Технічний редактор – Я.О.Олійніченко  
Комп'ютерна верстка – Р.П.Боровик

Підписано до друку  
Формат 60 × 90 / 16 Зам. № 1610  
Папір офсетний. Цифровий друк. Ум. друк. арк. 5,0.  
Наклад 300 прим.

Виготівник: ФОП-Мирон І.А.  
м. Полтава, с.Горбанівка, вул .Київська, 25  
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи  
до державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів  
видавничої продукції,  
ПЛ № 33 від 29.11.2010 р.