

ОРД-СТОМ.ХИР-23

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ"
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА С ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИЕЙ И
ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИЕЙ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ И ОТВЕТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ»
ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ:
31.08.74 СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ

Владикавказ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Общая хирургическая техника. Хирургический инструментарий. Соединение и разъединение тканей.

1. При выполнении операции хирург использует аподактильный метод техники хирургического вмешательства. Объясните сущность этого метода. Какие преимущества и недостатки имеет аподактильный метод?
2. В основу операций при злокачественных опухолях положен абластический принцип. Объясните сущность этого принципа. Какие способы разъединения тканей в большей степени удовлетворяют требованиям абластичности операции?
3. Хирург выполняет операцию под местным обезболиванием методом «тугого ползучего инфильтрата». Почему при завершении операции возникает необходимость контроля качества гемостаза?
4. При выполнении хирургического вмешательства следует руководствоваться общими правилами пользования хирургическими инструментами. Назовите их.
5. Хирург скальпелем рассекает кожу с подкожной основой. Почему он использует только скальпель, и только брюшистый? Почему кожу с подкожной основой рассекают одним движением по направлению линий натяжения кожи (Лангера)?
6. После рассечения кожи с подкожной основой хирург и ассистент приступили к гемостазу. Объясните, как по отношению к кровоточащему сосуду накладывают кровоостанавливающий зажим? Какова последовательность перевязки кровоточащего сосуда?
7. Хирург и ассистент приступили к рассечению собственной фасции (апоневроза). Какова последовательность рассечения этого слоя?
8. Для наложения хирургических швов применяют режущие (трехгранные) и колющие (круглые) иглы. Объясните различие в формировании лигатурного канала этими хирургическими иглами. Укажите назначение двугранной посадочной площадки у режущей иглы.
9. Хирург ушивает операционную рану. Какие принципы должны быть положены в основу этого этапа операции?
10. При выполнении кожных узловых швов следует соблюдать правила, обеспечивающие лучшее заживление и косметический результат. Назовите эти правила.
11. Хирург ушивает рану кожи узловыми швами. В какой последовательности их выполняют, почему? Где располагают узлы, для чего?
12. На 7-е сутки после операции хирург снимает узловые кожные швы. Какова последовательность действий хирурга? Какие осложнения могут возникнуть при несоблюдении техники снятия кожного шва?

Топографическая анатомия и оперативная хирургия мозгового отдела головы.

1. Нейрохирург готовит операционное поле для хирургической обработки раны мягких тканей теменной области. Вначале он обрабатывает операционное поле тампоном с нашатырным спиртом (эфиром или бензином). Объясните необходимость этого этапа.
2. В хирургическое отделение поступил З., 12 лет, со скальпированной раной лобно-теменно-затылочной области. Кожно-апоневротический лоскут фиксирован «ножкой» шириной 5,5 см, находящейся кзади от сосцевидного отростка. Края лоскута кровоточат. Какой сосудисто-нервный пучок входит в состав лоскута? Какими особенностями кровоснабжения лобно-теменно-затылочной области можно объяснить значительную кровопотерю и высокие регенераторные способности тканей?
3. В приемный покой многопрофильной больницы поступили трое пострадавших, на которых обрушилась конструкция козырька на автобусной остановке. В результате тупой травмы мягких тканей свода черепа у пострадавших образовались гематомы: 1) У пострадавшего А., 30 лет, гематома в виде «шишки», размером 3*3 см, имеет четкие границы. 2) У пострадавшего В., 40 лет, гематома не имеет четких границ и занимает всю поверхность свода черепа. 3) У пострадавшего Н., 60 лет, гематома располагается в левой теменной области и совпадает с границами левой теменной кости. Можете ли вы на основании осмотра пострадавших предположить какие у них гематомы?
4. У Щ., 14 лет, как осложнение тупой травмы лобно-теменной области возникла подапоневротическая гематома. Какими местными признаками она характеризуется? Чем по характеру распространенности она отличается от поднадкостничной гематомы?
5. У больного К., 13 лет, вследствие инфицированной раны мягких тканей области сосцевидного отростка возник тромбоз поперечного и сигмовидного синусов. Объясните причинную взаимосвязь этих патологических процессов.
6. В нейрохирургическое отделение поступил больной Ф., 28 лет, с проникающей раной черепа (удар металлическим предметом). На момент поступления имеется рубленая рана мягких тканей, перелом теменной кости слева, вблизи стреловидного шва. Составьте алгоритм обследования и лечения данного пациента. Укажите, какими приемами можно остановить кровотечение из диплоического вещества и из синусов твердой мозговой оболочки.
7. Эпидуральные гематомы наиболее часто локализуется в височной, теменной и затылочной областях. Что является источником эпидуральной гематомы, чем характеризуется динамика синдрома компрессии при «артериальных» и «венозно-капиллярных» гематомах?
8. При переломах свода черепа площадь отслойки внутренней («стеклянной») костной пластинки в 2-4-раза больше размеров перелома наружной пластинки. Чем объясняется такое несоответствие площади повреждения наружной и внутренней костных пластинок?
9. На прием к педиатру обратилась мать с ребенком 1.3 мес. с жалобами на деформацию головы у ребенка. Со слов матери, мальчик часто жалуется на головную боль, кроме того, у него появилось «пучеглазие», ребенок плаксивый, капризный. Результаты обследования: на рентгенограмме черепа отсутствуют черепные швы, кости свода значительно истончены, имеются выраженные пальцевые вдавления по всему своду черепа. Спинка турецкого седла истончена. При компьютерной томографии: маленькие размеры желудочков мозга, уменьшение подпаутинных щелей. Консультация окулиста: застойные диски зрительных нервов. Каков Ваш диагноз? Какова тактика лечения?
10. У больного М., 29 лет, как осложнение перелома черепа в передней черепной ямке с образованием ликворного

свища, наблюдались симптомы «носового платка» (платок, смоченный ликвором из носовых ходов, после высушивания остается мягким, пропитанный слизью - жестким) и «двойного пятна» (в центре белой салфетки красное пятно - это примесь крови в ликворе, по периферии - светлый ореол от ликвора) развился гнойный менингит. Объясните механизм возникновения этого осложнения.

11. В нейрохирургическое отделение поступил парень 21 года. Доставлен с места ДТП (управление мотоциклом). Пациент находится без сознания, диагностированы переломы плечевой и бедренной костей, значительные повреждения лица. На КТ в аксиальной проекции выявляется полоска белого цвета на латеральной поверхности левого полушария, имеющая 5 мм в толщину и 12 см в длину. Каков наиболее вероятный диагноз?

12. У пациента М., 3х лет, находящегося в нейрохирургическом отделении детской больницы диагностирована окклюзионная гидроцефалия. Из анамнеза жизни: ребенок от II беременности, II родов. Роды были тяжелыми, в смешанном ягодично-ножном предлежании. Ребенок закричал не сразу. Оценка по шкале Апгар 5-7 баллов. Какова должна быть тактика лечения у данного пациента? Допустима ли консервативная терапия?

13. У пострадавшего Т., 33 лет, перелом основания черепа. Наряду с другими симптомами наблюдается кровотечение и выделение ликвора из наружного слухового прохода, внутреннее косоглазие, паралич мимических мышц лица, потеря слуха на стороне поражения. Обоснуйте топическую диагностику этого вида черепно-мозговой травмы. Какое осложнение внутричерепного характера может возникнуть у этого больного?

14. У женщины 23 лет, выполнена МРТ головного мозга. Сагиттальный срез МРТ прошел близко к срединной линии. Визуализация какого пространства подтверждает, что срез прошел по срединной линии?

15. У больного О., 12 лет, окклюзионная гидроцефалия с равномерным расширением боковых и 3-его желудочков мозга. На каком уровне может иметь место окклюзия ликворных путей у этого больного? Что значит «гидроцефальный отек мозга»?

16. В неврологическое отделение доставлена женщина 70 лет, с жалобами на нарушение зрения, которое возникло внезапно на фоне повышения АД до 180/110 мм рт. ст. Страдает гипертонической болезнью в течение приблизительно 20 лет. Никогда не обследовалась, гипотензивная терапия ей не назначалась. Эпизодически при повышении АД до высоких цифр вызывает «скорую помощь», которая купирует гипертонические кризы. Последнее ухудшение наступило на фоне стресса. Соседка вызвала «скорую помощь». При попытке женщины резко встать с постели, она пожаловалась на резкую головную боль, головокружение, нарушение зрения, каков Ваш диагноз?

17. Больная К., 36 лет, неоднократно обращалась к неврологу с жалобами на частые упорные головные боли, головокружение, нарушение памяти. При обследовании выявлено выраженное сужение левой внутренней сонной артерии. Объясните, почему у данной пациентки развились указанные симптомы?

18. Нейрохирург при хирургической обработке черепно-мозговой раны лобно-височной области после иссечения мягких тканей и надкостницы приступил к обработке костной раны. Какова последовательность выполнения этого этапа операции? Какими способами обеспечивают гемостаз костной раны?

19. При хирургической обработке черепно-мозговой раны с мелкооскольчатый переломом черепа над верхним сагиттальным синусом возникла необходимость перевязки синуса. В каких случаях показан этот метод гемостаза при повреждении синуса? Как и чем подводят прочную лигатуру? К каким последствиям может повлечь использование этого метода гемостаза?

20. Нейрохирург производит хирургическую обработку черепно-мозговой раны. Что является показанием к вскрытию неповрежденной твердой мозговой оболочки? Чем может осложниться необоснованное вскрытие этой оболочки при черепно-мозговой травме?

21. Нейрохирург готовится к трепанации черепа в височно-теменной области по поводу эпидуральной гематомы. Перед ограничением операционного поля стерильным бельем он с помощью палочки с ватой, смоченной 1% раствором бриллиантовой зелени наносит схему Кронлейна. Объясните назначение этой схемы.

22. Больному О., 51 года, по поводу нарастания внутричерепного давления при неоперабельной опухоли головного мозга выполняют декомпрессионную трепанацию черепа в правой височной области (по Кушингу). Сделан дугообразный (подковообразный) разрез мягких тканей. В какую сторону области должно быть обращено основание кожно-апоневротического лоскута? Почему? Какие методы гемостаза используют при этом?

23. Перед вскрытием напряженной твердой мозговой оболочки при декомпрессионной трепанации черепа по Кушингу больному производят лобальную пункцию. Почему спинномозговую жидкость извлекают медленно и небольшими порциями (10-30 мл)?

24. При костно-пластической трепанации черепа фрезевые отверстия целесообразно соединять проволоочной пилой Оливекрона. Почему?

Топографическая анатомия и оперативная хирургия лицевого отдела головы.

1. У больной И., 13 лет, которая «выдавила прыщик», развился фурункул верхней губы. Наряду с выраженной интоксикацией, резким отеком лица, отмечается покраснение и болезненность по ходу лицевой и угловой вены к медиальному краю глазной щели, при пальпации - вены плотные, перекатываются под пальцем. Какими особенностями строения кожи определяется частота локализации фурункулов носогубного треугольника? Какое грозное внутричерепное осложнение может развиться у этой больной? Почему?

2. У женщины А., 43 лет, развились боли в области щеки и около рта. Ранее она отмечала подобные боли но они самопроизвольно купировались. В настоящее время боль стала настолько сильной, что пациентка не может даже есть, чистить зубы. Каков Ваш диагноз?

3. У Сени М., 6 лет, левосторонний гнойный паротит. Наряду с другими симптомами, наблюдаются затруднение дыхания, резкие боли при глотании, выбухание левой боковой стенки глотки. Назовите осложнение гнойного паротита у этого ребенка и причину его возникновения.

4. На прием к ЛОР врачу обратился мужчина 30 лет с жалобами на боли при глотании. Из анамнеза заболевания: заболел неделю назад, лечился дома по поводу ангины. При осмотре имеется яркая гиперемия зева, выпячивание

передней дужки. Каков Ваш диагноз и алгоритм лечения?

5. У больного К., 48 лет, после перенесенного среднего отита (не леченного) сформировался заглочный абсцесс. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз? Какова техника вскрытия и дренирования заглочного абсцесса?
6. При операциях в боковой области лица разрезы выполняют в «нейтральных» зонах. Объясните, что представляют эти зоны? Какие осложнения могут иметь место при неправильно выполненном разрезе?
7. В хирургическом отделении готовят к операции пациента У., 50 лет. Предоперационный диагноз: Абсцесс околоушной слюнной железы. Каковы особенности вскрытия абсцесса околоушной слюнной железы?
8. Во время уличной драки подросток 17 лет, получил резаную рану левой боковой области лица, длиной 5 см. Каретой скорой помощи подросток был доставлен в отделение челюстно-лицевой хирургии. Укажите, какие сроки являются оптимальными для ПХО раны? Какова техника ушивания ран лица?
9. У пациентки П., 52 лет, невралгия тройничного нерва. Ей показана блокада ветвей тройничного нерва. Укажите места введения 70% этилового спирта.
10. У новорожденного Т., диагностированы врожденные пороки лица: полная расщелина верхней губы и неполная расщелина твердого неба. Какие хирургические вмешательства показаны данному больному? Какие цели они преследуют и в какие сроки должны выполняться?
11. Больной С., 45 лет, выполняют правостороннюю паротидэктомию по поводу смешанной опухоли. Какой нерв и его ветви должны быть выпрепарованы в процессе операции? Какой метод исследования позволяет идентифицировать (отличить от рубцовых тяжей) ветви этого нерва? Каким образом можно обеспечить гемостаз при выполнении паротидэктомии?
12. Околоушно-жевательная фасция образует капсулу и ложе околоушной железы. Что понимают под «ложем» железы? В каких отделах капсула более плотная и толстая, в каких развита слабо? Чем отличаются взаимоотношения околоушной и поднижнечелюстной желез с их капсулами?
13. У больного П., 13 лет, постгриппозный синусит-максиллит (гайморит). Какими анатомическими особенностями сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью носа можно объяснить то, что из всех околоносовых пазух гнойное воспаление чаще развивается в верхнечелюстной?
14. При обследовании пациентов дается характеристика зева. Объясните понятие «зев» и «лимфоэпителиальное кольцо». С чем связана частота воспаления зева?
15. У больного Р., 19 лет, как осложнение пульпита (7-го правого верхнего зуба), гнойный синусит-максиллит (гайморит). Какими особенностями анатомических взаимоотношений корней 7 верхнего зуба можно объяснить переход воспалительного процесса в верхнечелюстную пазуху?

Топографическая анатомия. Топографическая анатомия органов шеи.

1. В отделение гнойной хирургии госпитализирован больной З., 16 лет. Вследствие перфорации стенки пищевода костью у больного имеется припухлость шеи больше с левой стороны, боли при глотании, повороте головы, температура тела 39,3°. Укажите, в каком клетчаточном пространстве шеи развилась флегмона? В какой области может сформироваться гнойный затек? Где производят разрез для вскрытия флегмоны?
2. У пациента Б., 25 лет, отмечается формирование абсцесса, локализующегося над яремной вырезкой грудины и над ключицей по типу «воротника». Укажите, между какими фасциями расположен абсцесс? Какие разрезы используют для вскрытия абсцесса?
3. Одним из этапов хирургического лечения рака нижней губы является фасциально-футлярное иссечение клетчатки и лимфоузлов поднижнечелюстного треугольника (операция Ванаса). Объясните необходимость удаления при этом поднижнечелюстной железы. Какой нерв может быть поврежден в процессе операции? Какие кровеносные сосуды перевязывают и пересекают во время операции?
4. У пациентки Я., 32 лет, после субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы отмечается изменение голоса (осиплость) и затруднение дыхания при физической нагрузке. Что стало причиной развития данной симптоматики? Имеются ли топографо-анатомические предпосылки развития данного осложнения?
5. Операцией, предшествующей резекции верхней челюсти при раке с использованием «ножевой» методики, является перевязка наружной сонной артерии в сонном треугольнике. Чем вызвана необходимость такой операции? Опишите - проекционную линию и место разреза для обнажения наружной сонной артерии. Какими признаками должен воспользоваться хирург для отличия наружной сонной артерии от внутренней?
6. После нижней трахеостомии у больного появились боли в области операционной раны, гиперемия кожи, болезненность, припухлость, повысилась температура тела до 39-40°. Назовите слои клетчатки шеи, в которых может развиваться гнойный процесс, чем они ограничены, куда распространяются гнойные затеки?
7. В приемный покой хирургического стационара по рации из машины скорой помощи передали информацию о поступлении пострадавшего с ранением шеи в средней части. Укажите, какова должна быть тактика дежурного хирурга? Какова тактика хирурга при ранении шеи в нижней или верхней части?
8. У 18-летней женщины выявляется узел, диаметром 1,5 см в надключичной области. Узел удаляют. При гистологическом исследовании обнаруживается нормальная хорошо дифференцированная ткань щитовидной железы внутри лимфатического узла. О чем должен подумать хирург при получении такого результата гистологического заключения?
9. В хирургическое отделение поступил больной С., 21 года с диагнозом: Ранение шеи. Повреждение магистральных сосудов шеи. Каким образом можно в ране отличить наружную сонную от внутренней сонной артерии. Какова тактика при ранении: 1) общей сонной артерии, 2) внутренней сонной артерии, 3) наружной сонной артерии.

Оперативная хирургия шеи. Оперативная хирургия органов шеи.

1. В хирургическое отделение поступил больной В., 15 лет. Диагноз: «Флегмона надгрудинного межапоневротического пространства». Укажите, чем ограничено это пространство. Где может возникнуть гнойный затек? Какое образование может быть повреждено при вскрытии этой флегмоны разрезом на 1 см кверху от яремной вырезки грудины?
2. У Лизы М., 7 лет, флегмона правой подчелюстной области. При обследовании: в нижнем отделе щечной области имеется нагноившаяся кожная рана - следствие укуса насекомого и расчеса. Температура тела - 38,3°, сильные боли и припухлость в подчелюстной области. Объясните связь между этими воспалительными процессами? В каком слое поднижнечелюстного треугольника развилась флегмона? Почему при вскрытии этой флегмоны следует отступить 1,5-2 см книзу от нижнего края нижней челюсти?
3. Больному К., 42 лет, с диагнозом Диффузный токсический зоб планируется выполнить субтотальную резекцию щитовидной железы. Укажите, какой объем паренхимы щитовидной железы должен быть сохранен? Каковы наиболее опасные осложнения при данном хирургическом вмешательстве?
4. В ЛОР - отделение поступила больная с инородным телом пищевода. Удалить инородное тело при эзофагоскопии не удалось. Где чаще всего задерживаются инородные тела шейного отдела пищевода? Какому шейному позвонку оно соответствует? С какой стороны осуществляют доступ к пищеводу, почему?
5. После резекции щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба у больной появилась осиплость голоса. Вследствие какой технической ошибки возникло это осложнение? Какая методика операции позволяет избежать этого осложнения, а также повреждения других органов?
6. У ребенка, больного дифтерией, возникли резкие затруднения внешнего дыхания, появился акроцианоз, в дыхании участвуют вспомогательные мышцы. Какая срочная операция показана ребенку? Назовите осложнения, которые встречаются при этой операции. Перечислите специальные инструменты, необходимые для её выполнения.
7. При выполнении нижней трахеостомии в момент рассечения трахеи возникло артериальное кровотечение. Какие артерии могут быть повреждены при трахеостомии? Укажите меры профилактики этих осложнений.
8. У 40 летней женщины, находящейся в состоянии клинического эутиреоза, которой в детстве проводилась лучевая терапия по поводу заболевания вилочковой железы, в настоящее время имеется одиночный бессимптомный узел в правой доле щитовидной железы. При УЗИ в двух проекциях установлено, что образование имеет паренхиматозное строение. Какова наиболее рациональная тактика в настоящее время? Показана ли пункционная аспирационная биопсия?
9. Мужчина 50 лет, с эпизодами преходящей слепоты на правый глаз нуждается в аорто-бедренном и бедренно-подколенном шунтировании слева в связи с выраженной перемежающейся хромотой (облитерирующий эндартериит). В ходе ангиографии выявлены стенозы до 80 % в обеих каротидных бифуркациях. Какую операцию ему следует выполнить в первую очередь?
10. Какую блокаду следует произвести больному с проникающей раной груди, осложнившейся плевропульмональным шоком? Опишите технику этого вида блокады.
11. Больная А., 50 лет, пострадала в теракте. При поступлении в приемный покой хирургического стационара диагностировано ранение шейной части пищевода. Какова тактика хирурга? Под каким обезболиванием должна выполняться операция? Какое положение обеспечивает лучший доступ к шейной части пищевода? Где необходимо выполнить доступ?
12. У пациентки У., 18 лет, на УЗИ щитовидной железы выявлен узел диаметром 2,5 см. Врач-эндокринолог назначает тонкоигольную аспирационную биопсию щитовидной железы. Укажите цель данного исследования? Какие имеются варианты выполнения данного исследования, какой из них предпочтителен? Какова техника манипуляции? Каковы осложнения данной манипуляции?
13. У больного Ц., заглоточный абсцесс. Объясните, почему этому больному необходимо вскрыть абсцесс в экстренном порядке? Какое опасное для жизни осложнение ему грозит? Дайте топографо-анатомическое объяснение развитию данного осложнения. Опишите технику вскрытия абсцесса.

ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧИМ

Общая хирургическая техника. Хирургический инструментарий. Соединение и разъединение тканей.

1. Аподактильный метод-выполнение большинства манипуляций в ране инструментами без прикосновения к объекту операции руками. Преимущества: повышение асептичности, использование таких приемов при микрохирургических операциях, а также в глубине небольших ран (при операциях на открытых полостях сердца, при доступах к глубоко расположенным структурам головного мозга). Недостаток: технические трудности операции.
2. Абластичность операции - это комплекс мер по профилактике диссеминации опухолевых клеток в процессе операции. Он включает удаление органа, пораженного опухолью с регионарными лимфоузлами. Для достижения абластичности применяют разъединение органов электроножом, лазерным и плазменным скальпелем (обеспечивают также гемостаз и частичную асептичность), производят частую смену перчаток, хирургических инструментов, тампонов, предварительную перевязку кровеносных сосудов на протяжении, минимально травмируют опухоль и Т.Д.
3. При использовании местного обезболивания методом «тугого ползучего инфильтрата» происходит сдавление мелких вен и остановка кровотечения. К завершению операции раствор анестетика резорбируется, обуславливая возможность возобновления кровотечения, а также соскальзывания лигатуры с культи перевязанного сосуда.
4. 1) используются только исправные инструменты; 2) каждый инструмент имеет свое назначение; 3) хирург должен чувствовать рукой не рукоятку, а рабочую часть инструмента; 4) манипуляции инструментами в ране выполняют плавными, ритмичными движениями, без каких-либо усилий; 5) бережное, щадящее отношение, т.е., с минимальной травмой стенок и дна раны. Рана – открытое рецепторное поле.
5. Для обеспечения линейного разреза кожи с подкожной основой, обеспечивающего лучшее заживление и косметический результат.
6. Перпендикулярно к кровоточащему сосуду (параллельно стенке раны). Под «носик» зажима подводят лигатуру, завязывают первый узел; зажим плавно снимают, окончательно затягивают первый узел, затем завязывают второй узел второй узел.

7. Хирург и ассистент хирургическими пинцетами захватывают собственную фасцию соответственно середине раны. Образуют складку этого слоя, которую хирург рассекает брюшком скальпеля. В отверстие вводят желобоватый зонд, направляя его конец по собственной фасции в одну сторону раны. Зонд фиксируют пальцами по принципу рычага. В желобок зонда укладывают скальпель (брюшком кпереди) и рассекают собственную фасцию. Зонд вводят в другую сторону раны, которую рассекают так же, как предыдущую.
8. Лигатурный канал при использовании трехгранной (режущей) иглы образуется разрезанием слоя (перед выполнением кожного шва кожу обрабатывают спиртовой йодной настойкой). Режущая часть этой иглы шире ушка. При применении круглой (колющей) иглы лигатурный канал формируется прокалыванием слоя. Режущая игла состоит из трех частей: ушка, примыкающей к ушку двугранной посадочной площадки для иглодержателя и режущей части. Наличие двугранной посадочной площадки исключает вращение иглы в клюве иглодержателя по оси.
9. Хирургическую рану ушивают послойно, начиная от дна. Каждый край слоя прошивают отдельно, обеспечивая сопоставимость по длине и толщине. Недопустимо оставление полостей между рядами швов; для этого следует захватывать поверхностную часть предыдущего слоя.
10. 1) обеспечение сопоставимости краев кожной раны по длине выполнением адаптационных швов; 2) прошивание каждого края раны отдельно (обеспечение вкола и выкола у краев на одной глубине). Швы формируют перпендикулярно ране; 3) вкол и выкол у краев раны производят на одинаковом расстоянии от края; 4) край кожной раны захватывают хирургическим пинцетом только один раз, вкол режущей иглы производят под пинцетом; 5) иглу проводят встречным движением иглодержателя и пинцета (иглу вкалывают в кожу, а пинцетом насаживают кожу на иглу); 6) затягивают узел до соприкосновения краев раны, узел располагают с одной стороны раны; 7) следует исключить подворачивание края раны внутрь.
11. С целью достижения лучшего заживления кожной раны и косметичности рубца обеспечивают сопоставимость краев раны по длине выполнением адаптационных (ситуационных) швов: 1-й - на середину раны, 2-й - на одну половину, 3-й на другую половину раны. Потом швы формируют между адаптационными швами. Узел располагают сбоку от раны для исключения врастания его в рубец и возможности снятия кожного шва без инфицирования лигатурного канала.
12. Перед снятием шва кожу обрабатывают спиртовой йодной настойкой. Параллельно шву хирург укладывает бранши остроконечных ножниц по ребру (для фиксации шва). Узел захватывают анатомическим пинцетом (пинцетом держат узел все время, пока не снимут шов) и подтягивают его кпереди до появления «ветлой (находившейся в канале, не инфицированной) части лигатуры. Остроконечную браншу ножниц подводят под лигатуру; лигатуру рассекают на уровне ее светлой части. Ножницы по ребру устанавливают у шва. Лигатуру извлекают пинцетом движением кпереди. Кожу обрабатывают спиртовой йодной настойкой и накладывают асептическую повязку. Осложнения при снятии шва: 1) расхождение краев раны; 2) инфицирование раневого канала.

Топографическая анатомия и оперативная хирургия мозгового отдела головы.

1. Для обеспечения асептичности раны. Обработка операционного поля нашатырным спиртом (эфиром или бензином) позволяет обезжирить кожу лобно-теменно-затылочной области, которая содержит большое количество солевых желез.
2. Затылочный (затылочные артерия и вена и большой затылочный нерв). Сосудисто-нервные пучки направляются радиально (от периферии области к теменному бугру). Артерии образуют большое количество анастомозов как в пределах одной половины области, так и с артериями другой половины и ветвями внутренней сонной артерии, что обеспечивает хорошую регенерацию тканей. Стенка артерии фиксирована соединительнотканными перегородками (от кожи к апоневрозу), поэтому при рассечении артерии зияют (не сокращаются).
3. Наличие в мягких тканях свода черепа 3-х слоев жировой клетчатки обуславливает формирование 3-х типов гематом. У 1го пострадавшего гематома локализуется в подкожной клетчатке, у 2-го - в подапоневротической, у 3-го - в поднадкостничной.
4. Плоская, разлитая, без четких границ, флюктуирующая. Поднадкостничная гематома ограничена костными швами (прикреплением надкостницы по швам).
5. В области сосцевидного отростка находится постоянный венозный выпускник (сосцевидная эмиссарная вена), связывающий поверхностные вены с поперечным, либо сигмовидным синусом твердой мозговой оболочки.
6. Обследование: обзорная рентгенограмма черепа в 2х проекциях для определения наличия, размеров и положения костных осколков. Лечение- первичная хирургическая обработка раны. Для остановки кровотечения из губчатого вещества используют орошение раны раствором H₂O₂ или втирание стерильной восковой пасты. Для остановки кровотечения из синусов твердой мозговой оболочки можно выполнить тампонаду, наложить шов или перевязать синус.
7. В пределах свода черепа твердая мозговая оболочка относительно рыхло связана с костями; между ними образуется эпидуральное пространство (микроскопическая щель, состоящая из совокупности сообщающихся между собой ячеек и каналов, разграниченных соединительнотканными мембранами). Источники гематомы: стволы и ветви менингеальных артерий, диплоэтические и эмиссарные вены, синусы твердой мозговой оболочки, арахноидальные, (пахионовы) грануляции. По сравнению с «венознокапиллярными», «артериальные» гематомы формируются быстро, имеют большой объем, раньше проявляются клинически.
8. Различными радиусами кривизны и толщины наружной и внутренней костных пластинок. Внутренняя пластинка имеет меньший радиус, поэтому испытывает большую нагрузку и повреждается в большем объеме.
9. У данного ребенка краниостеноз, который привел к внутричерепной гипертензии, что в свою очередь обусловило явления застойных зрительных нервов. Поскольку при неустранении внутричерепной гипертензии застой приводит к развитию вторичной атрофии зрительных нервов, снижению зрения вплоть до слепоты, показано срочное хирургическое лечение в возрасте до 3х лет. Существует 4 вида вмешательств при краниостенозе: линейная краниотомия, циркулярная краниотомия, фрагментация свода черепа, лоскутная двухсторонняя краниотомия.
10. При переломе основания черепа, линия которого проходит в передней черепной ямке, происходит инфицирование мозговых оболочек из пазух решетчатой кости.
11. Травма может вызвать эпидуральное, субдуральное или субарахноидальное кровоизлияние. В данном случае у

пациента субдуральное кровоизлияние, которое на КТ обычно выглядит как длинное, тонкое образование, а эпидуральные гематомы выглядят более коротким, но широким, часто двояковыпуклым образованием.

12. Консервативные методы лечения при гидроцефалии малоэффективны. Допустимо назначение дегидратационной терапии на этапе подготовки к хирургическому лечению. При окклюзионной гидроцефалии, как у данного ребенка, показано выполнение шунтирующих операций.

13. Перелом основания черепа в средней черепной ямке. Перелом пирамиды височной кости с разрывом барабанной перепонки. Ликворный свищ, повреждение VI, VII, VIII черепных нервов. Возникновение менингита (возможен абсцесс височной доли головного мозга).

14. Водопровод мозга имеет размер приблизительно 1.5-2.0мм в диаметре и соединяет третий желудочек с четвертым желудочком. Если эта часть желудочковой системы видна на сагитальном срезе МРТ, срез прошел по средней линии.

15. Окклюзия (сильвиева) водопровода или отверстий Мажанди (срединного) и Люшки (боковых). Избыточное содержание тканевой жидкости в веществе атрофированного мозга вследствие его пропитывания большим количеством цереброспинальной жидкости из системы желудочков.

16. Учитывая анамнез заболевания у данной пациентки возможно кровоизлияние в полушарии головного мозга. Нарушение зрения может быть обусловлено локализацией очага в бассейне задней мозговой артерии.

17. Вероятно у данной женщины виллизиев круг не замкнут. В противном случае данный круг компенсировал бы недостаточность кровотока по левой внутренней сонной артерии.

18. Для удаления отломков внутренней пластинки (зона повреждения в 2-4 раза больше наружной) расширяют дефект наружной пластинки кусачками Люэра. Гемостаз обеспечивают раздавливанием кости (при выравнивании краев раны кусачками), 3% раствором перекиси водорода, втиранием в костную рану гемостатической пасты.

19. Зияющий дефект двух или трех стенок синуса. Синус перевязывают по обе стороны раны. Лигатуру проводят вокруг синуса большой круглой иглой. Перевязка передней трети верхнего сагитального синуса (а также поперечного и сигмовидного), как правило, не сопровождается нарушением венозного оттока. После перевязки верхнего сагитального синуса в средней трети в 50%, а в задней трети - в 75% случаев происходит быстрое нарастание травматического отека мозга с нарушением мозгового кровообращения и наступает летальный исход.

20. Неповрежденная твердая мозговая оболочка вскрывается при синдроме компрессии мозга (внутричерепные гематомы, обширные контузионные очаги). Необоснованное вскрытие твердой мозговой оболочки обуславливает перевод непроникающей черепно-мозговой раны в проникающую; при этом увеличивается опасность распространения инфекции в подболобочное пространство (менингоэнцефалит).

21. Для обоснования рационального оперативного доступа (над местом локализации патологического очага в области со сферической конфигурацией, где одним из слоев раны является кость - неподатливый слой). Поскольку эта схема позволяет определить проекцию ствола и ветвей средней менингеальной артерии, основных борозд, желудочков и артерий головного мозга для оперативного доступа с наименьшей травмой.

22. К периферии области (к скуловой дуге), чтобы в состав "ножки" входил сосудисто-нервный пучок (поверхностные височная артерия и вена, ушно- височный нерв). Пальцевое прижатие краев раны мягких тканей к кости, электрокоагуляция, лигирование (либо обкалывание).

23. Для профилактики вклинения ствола мозга в большое затылочное отверстие.

24. Распил кости делают под углом в 45° с целью создания опоры для надкостнично-костного лоскута при возвращении его на место.

Топографическая анатомия и оперативная хирургия лицевого отдела головы.

1. Кожа верхней губы содержит большое количество сальных желез. При фурункуле может развиваться тромбофлебит и тромбоз пещеристого синуса твердой мозговой оболочки по схеме: верхняя губная вена - лицевая вена и ее начальный отдел у медиального края глазной щели - угловая вена - верхняя и нижняя глазные вены - пещеристый синус.

2. Невралгия тройничного нерва.

3. Гнойный затек в передний отдел околоушного пространства (встречается в 4 раза чаще, чем прорыв гноя в наружный слуховой проход) через глоточный отросток околоушной железы (фасциальная капсула слабо развита, кроме того, между железой и её капсулой имеется клетчатка, обуславливающая накопление гноя).

4. У данного пациента тонзиллит осложнился паратонзиллярным абсцессом. Показано хирургическое лечение. При вскрытии и дренировании паратонзиллярного абсцесса необходимо помнить об опасности повреждения внутренней сонной артерии, которая располагается латерально. Поэтому разрез необходимо производить строго вертикально и с медиальной стороны.

5. Заглоточный абсцесс необходимо отличать от натечника при туберкулезном остеомиелите шейных позвонков, когда вскрытие противопоказано, т.к. в последующем будет образовываться свищ. Заглоточный абсцесс необходимо вскрыть, при этом длину кончика скальпеля нужно ограничить до 1см. После вскрытия абсцесса следует быстро наклонить голову больного вперед и вниз, чтобы предотвратить затекание гноя в дыхательные пути.

6. "Нейтральные зоны" - зоны лица, где отсутствуют ветви лицевого нерва. При неправильно выполненном разрезе возможен паралич лицевого нерва, слюнной свищ.

7. Разрез для вскрытия ложа околоушной слюнной железы производят позади угла нижней челюсти и параллельно ей. Близость ствола и ветвей лицевого нерва требует, во-первых, производить не ближе 1,5см от края нижней челюсти, во-вторых, скальпель используют лишь для рассечения кожи и фасции, а в дальнейшем используют кровоостанавливающий зажим.

8. Оптимальный срок для ПХО раны-24 часа, однако, можно отсрочить до 36ч. Зашивание ран лица следует выполнять без иссечения краев раны, особенно если они расположены у края естественных отверстий, в противном случае, может возникнуть его смещение и деформация.

9. Алкоголизация первой ветви тройничного нерва у надглазничного отверстия производится на середине верхнего края орбиты. Алкоголизация второй ветви у нижнеглазничного отверстия производится на 1,5-2см книзу от середины нижнего

края орбиты. Алкоголизация третьей ветви у подбородочного или у нижнечелюстного отверстия производится у нижнего края нижней челюсти на 1,5-2 см впереди от ее угла.

10. Пациенту Т., показано выполнение: 1) хейлопластики для восстановления верхней губы, круговой мышцы рта, красной каймы, кожной части губы; создание преддверия рта, формирование носового хода, исправление деформации крыла носа и носовой перегородки. Сроки выполнения хейлопластики до 3х лет; 2) уранопластики для устранения расщелины неба, удлинения мягкого неба, сужения среднего отдела глоточного кольца. Сроки выполнения до 3х лет. В 3 года начинает формироваться речь, поэтому во избежание формирования гнусавости и др. нетипичных особенностей произношения, пороки должны быть ликвидированы к 3 годам.

11. Лицевой нерв и его ветви (височные, скуловые, щечные, краевая ветвь нижней челюсти, шейная). Электрофизиологический. Перевязкой наружной сонной артерии на протяжении (в сонном треугольнике).

12. Ложе околоушной железы образуют жевательная, медиальная крыловидная, двубрюшная (заднее брюшко), грудино-ключично-сосцевидная мышца, мышцы "анатомического букета" (начинающиеся от шиловидного отростка), ветвь нижней челюсти и ее фасциальная капсула. В верхнезаднем (у наружного слухового прохода) и медиальном (глоточный отросток) отделах она развита слабо. Околоушная железа прочно связана с капсулой (в толщу железы проникают фасциальные перегородки), поднижнечелюстная - рыхло (между капсулой и железой находится клетчатка).

13. Верхнечелюстная пазуха сообщается со средним носовым ходом через верхнечелюстную расщелину, находящуюся под средней носовой раковиной. Расщелина расположена в медиальной стенке выше дна пазухи, что обуславливает затруднение оттока отделяемого. При воспалении, вследствие отека слизистой оболочки средней носовой раковины, верхнечелюстная расщелина может закрыться.

14. Зев - граница ротовой и носовой полостей с носоглоткой: мягкое небо с язычком, небные дужки (небно-язычная - передняя, небно-глоточная - задняя), корень языка, задняя стенка глотки, содержащие лимфоэпителиальное кольцо в составе двух небных (между небными дужками), двух трубных (у глоточных отверстий слуховой трубы), глоточной и язычной миндалин. Частота воспаления миндалин обусловлена тем, что они являются первым барьером для инфекции из полости рта и носа в носоглотку. Глоточная миндалина называется аденоидной.

15. Толщина компактной пластинки, отделяющей альвеолы 7-ого верхнего зуба от верхнечелюстной пазухи, часто не превышает 0,3 мм (иногда могут быть отделены от пазухи только слизистой оболочкой). Эта особенность определяет возникновение инородных тел (корень зуба при операции удаления зуба), кист и гнойного воспаления пазухи одонтогенного происхождения.

Топографическая анатомия. Топографическая анатомия органов шеи.

1. У больного возникла флегмона позадиорганного (ретровисцерального) пространства (по бокам и позади пищевода). Своевременное и широкое вскрытие гнойника может предупредить развитие вторичного медиастинита. Вскрытие флегмоны производят по переднему краю левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

2. Абсцесс локализуется между поверхностным и глубоким листками собственной фасции в надгрудинном межжапоневротическом пространстве. Для вскрытия гнойников используют поперечные или косые разрезы над местом флюктуации.

3. Исходя из принципа интраоперационной абластичности. При раке нижней губы поражаются поднижнечелюстные лимфоузлы (являются регионарными), средняя группа которых располагается в толще поднижнечелюстной железы. В процессе фасциально-фулярного иссечения клетчатки возникает необходимость перевязки лицевых вены и артерии; во время операции существует опасность ранения подъязычного нерва.

4. Во время операции был поврежден возвратный гортанный нерв. Выделяют 3 зоны наибольшей опасности повреждения гортанного нерва: 1) у нижнего полюса, где нерв не всегда лежит в хриосоимщенеодной борозде, может идти латеральнее ее; 2) в месте пересечения возвратного гортанного нерва с нижней щитовидной артерией; 3) на уровне 2-й или 3-го верхнего кольца трахеи, где щитовидная железа прикреплена к гортани значительным участком соединительной ткани, названным поддерживающей связкой щитовидной железы. Здесь возвратный гортанный нерв лежит в тесном контакте со щитовидной железой.

5. Перевязку наружной сонной артерии на протяжении (в сонном треугольнике) в данной ситуации производят для гемостаза. Наружная сонная артерия в сонном треугольнике проецируется по биссектрисе угла, образованного грудино-ключично-сосцевидной мышцей и верхним брюшком лопаточно-подъязычной мышцы. Разрез длиной 6-8 см делают от угла нижней челюсти по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы так, чтобы его середина соответствовала верхнему краю щитовидного хряща. Для отличия сонной артерии от внутренней используют следующие признаки:

1) признак "анатомического" парадокса (несоответствие названия с положением артерии): наружная - располагается кнутри и впереди, внутренняя - кнаружи и кзади;

2) признаки ветвей - от наружной сонной артерии отходит передняя группа ветвей (верхняя щитовидная, язычная, лицевая), внутренняя - ветвей не дает;

3) наружную сонную артерию пересекают подъязычный нерв и общая лицевая вена;

4) при пальцевом сдавлении наружной сонной артерии будет отсутствовать пульс на поверхностной височной и лицевой артериях.

6. В раннем послеоперационном периоде после нижней трахеостомии может развиваться нагноение в подкожной, либо в надгрудинной межжапоневротической, либо в претрахеальной клетчатке. Надгрудинное пространство ограничено 2-ой и 3-ей фасциями шеи, претрахеальное - париетальными и висцеральными листками 4-ой фасции шеи. Подкожная флегмона может распространиться на переднюю грудную стенку, надгрудинная межжапоневротическая - в слепой мешок (Грубера) между 2-ой и 3-ей фасциями кзади от грудино-ключично-сосцевидной мышцы и в ее футляр, претрахеальная - в переднее средостение.

7. У данного пациента при ранении средней части следует произвести ревизию раны и основных сосудисто-нервных пучков на стороне повреждения. В случае ранения в верхней части шеи необходимо выполнить ангиографию. Если

выявлены повреждения магистральных сосудов, то для создания адекватного доступа к сосудам необходимо пересечение ветви нижней челюсти. При ранении шеи в нижней части также предварительно выполняют ангиографию. Для создания доступа к проксимальным отделам сосудов выполняют торакотомию.

8. У некоторых больных раком щитовидной железы первичная опухоль имеет слишком маленькие размеры и не выявляется при обследовании. Возможно, что метастазы высококодифференцированного папиллярного или фолликулярного рака в лимфатические узлы могут быть единственным его клиническим проявлением. По гистологическому строению они настолько похожи на нормальную ткань щитовидной железы, что такие метастазы раньше называли «боковые абберантные щитовидные железы».

9. Единственным надежным признаком, позволяющим идентифицировать наружную сонную артерию является отхождение от нее ветвей, в первую очередь - верхней щитовидной артерии. От внутренней сонной артерии на шею никаких ветвей не отходит. Поврежденную наружную сонную артерию можно перевязать. Рану общей сонной и внутренней сонной артерии необходимо зашить. Если ушивание опасно в отношении сужения просвета, то необходимошить «заплату» из аутоветны.

Оперативная хирургия шеи. Оперативная хирургия органов шеи.

1. Межапоневротическое надгрудное пространство снизу ограничено яремной вырезкой грудины, спереди второй фасцией шеи, прикрепляющейся к передней поверхности грудины и грудино-ключичного сочленения, сзади - третьей фасцией, прикрепляющейся к задней поверхности грудины. Гной из этого пространства может распространиться в слепой мешок, лежащий кзади от грудино-ключично-сосцевидной мышцы или в футляр этой мышцы. Гнойную полость вскрывают дугообразным разрезом на 1 см выше яремной вырезки грудины или вертикальным разрезом по срединной линии (в этом случае может быть повреждена яремная венозная дуга).

2. Лимфа от кожи нижней части лица отводится в поверхностные поднижнечелюстные лимфоузлы. У Лизы М. имело место осложнение инфицированной кожной раны лимфангитом, лимфаденитом, гнойным расплавлением лимфоузла с переходом гнойного процесса в подкожную клетчатку поднижнечелюстного треугольника. При вскрытии подчелюстной флегмоны отступают на 1,5-2 см книзу от нижнего края нижней челюсти во избежание повреждения краевой ветви лицевого нерва.

3. С целью сохранения функции щитовидной железы при субтотальной резекции следует оставлять 1-5г ее паренхимы. Наиболее частыми осложнениями являются: повреждение нижнего или возвратного гортанного нерва, повреждение или удаление паращитовидных желез.

4. Инородные тела шейного отдела пищевода чаще локализуется на уровне его первого анатомического сужения (C_{vi}) в 15-20 см от верхних резцов. Оперативный доступ к шейному отделу органа осуществляют разрезом (8-10 см) по переднему краю левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы, начиная от яремной вырезки грудины (трахея смещает пищевод в левую сторону). Пищевод находят между трахеей и позвоночником (основной сосудисто-нервный пучок медиального треугольника шеи крючком Фарабефа смещают в латеральную сторону).

5. При мобилизации задней поверхности щитовидной железы у нижнего полюса был рассечен или раздавлен кровоостанавливающим зажимом возвратный гортанный нерв (нерв образует перекрест с нижней щитовидной артерией). Это осложнение исключается при субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы по О. В. Николаеву - железа вылушивается из собственной капсулы при сохранении задних отделов нижнего полюса. Сохраняя капсулу и нижний полюс органа, удается избежать повреждения паращитовидных желез, пищевода, общей сонной артерии и возвратного гортанного нерва.

6. Острая дыхательная недостаточность возникла вследствие острого отека слизистой оболочки гортани (наиболее выражен в межсвязочном отделе) токсического (инфекционного) происхождения. Ребенку показана нижняя трахеостомия, для выполнения которой необходимы следующие специальные инструменты: два крючка Фарабефа, небольшой тупой крючок для смещения перешейка щитовидной железы, два однозубых крючка, расширитель трахеи (Труссо, Лаборда), трахеостомическая канюля (Люэра, Бьерка). При проведении трахеостомии могут возникнуть осложнения: кровотечение и воздушная эмболия, «недовскрытие» (введение канюли в подслизистый слой) и «перевскрытие» трахеи (ранение пищевода), ранение общей сонной артерии и плечевого головного ствола, повреждение перешейка щитовидной железы, подкожная эмфизема, выпадение канюли из трахеи.

7. При нижней трахеостомии могут быть повреждены низшая щитовидная артерия, плечевоголовный ствол, левая общая сонная артерия и даже дуга аорты (у детей и женщин). С целью предупреждения ранения этих артерий следует: обеспечить правильное положение больного на операционном столе (валик высотой 12-15 см под лопатки, голова запрокинута, внешние ориентиры соответствуют прямой, находящейся по срединной линии); тщательно отделить от претрахеальной клетчатки переднюю стенку трахеи (при доступе к трахее внутренним ориентиром является «белая линия» шеи); зафиксировать трахею и убедиться в отсутствии крупных кровеносных сосудов в ране.

8. Малигнизация при одиночном паренхиматозном узле щитовидной железы выявляется у 30% больных и для установления диагноза показана лобэктомия. Аспирационная биопсия не показана, так как даже отрицательный ответ не позволяет исключить злокачественную опухоль.

9. Необходимо выполнить ему каротидную эндартерэктомию на стороне пораженного глаза.

10. Больному показана шейная вагосимпатическая блокада по А. В. Вишневному. Для обеспечения эффекта блокады используют 40-50 мл 0,25% раствора новокаина. Больного укладывают на спину, валик высотой 12-15 см подкладывают под лопатки, голову поворачивают в противоположную сторону, руку на стороне блокады отводят книзу. Определяют точку пересечения заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы и наружной яремной вены. Указательный палец левой руки помещают над этой точкой и нарастающим давлением пальца ощущают переднюю поверхность позвоночника (при этом основной сосудисто-нервный пучок медиального треугольника шеи смещается медиально). Образуют «лимонную корочку», вводят раствор новокаина, медленно продвигают иглу к позвоночнику. Новокаиновый инфильтрат смещает сосуды. После ощущения иглой позвоночника, иглу извлекают назад на 1-2 мм. Убедившись в отсутствии крови, не меняя положение иглы, вводят раствор новокаина. Необходимо обеспечить «депо» анестетика на уровне С_{III}

(подъязычной кости), поскольку блуждающий нерв и симпатический ствол до этого уровня находятся в заднем отделе окологлоточного пространства.

11. Пациентке показана экстренная операция. Обезболивание: наркоз. Положение пациентки, которое обеспечит наилучший доступ – лежа на спине, с головой, повернутой в противоположную сторону от повреждения. Разрез кожи и поверхностной фасции выполнить по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы. На рану пищевода необходимо наложить однорядный узловый шов из рассасывающейся нити.

12. Тонкоигольная аспирационная биопсия проводится с целью получения субстрата для цитологической оценки патологического процесса в щитовидной железе. Существует 2 варианта ее выполнения: под УЗ контролем и «вслепую». Первый вариант лучше. Для проведения биопсии необходимы 2 специалиста: врач УЗ диагностики и хирург. Анестезия не требуется. Осложнения случаются редко. К ним относятся: 1) гематома в месте пункции вследствие повреждения кровеносного сосуда; 2) прокол трахеи, при локализации узла в перешейке щитовидной железы.

13. Заглоточный абсцесс необходимо вскрыть в экстренном порядке, поскольку возможно распространение гноя по ретровисцеральному клетчаточному пространству в средостение с развитием заднего медиастенита, опасного для жизни больного. Техника: заглоточный абсцесс вскрывают из полости рта продольным разрезом (проколом) над местом наибольшего выпячивания задней стенки глотки. Дренажирования раны в послеоперационном периоде не требуется.

1. Баиров Г.А. Детская травматология (2-е изд.). - С-Пб.: Издательство «Питер», 2000.
2. Большаков И.Н., Самотесов П.А., Павливская З.А., Большакова Т.А.
3. Оперативная хирургия: Учебно-методическое руководство.
4. Алгоритмы, поиски и действия. - Красноярск, 2001 г.
5. Большаков О.П., Семенов Г.М. Лекции по оперативной хирургии и клинической анатомии. - СПб.: «Питер», 2001 г.
6. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. М., 2001.
7. Гончаров Н.И., Сперанский Л.С., Краюшкин А.И., Дмитриенко С.В. Руководство по препарированию и изготовлению анатомических препаратов. - М.: «Медицинская книга», Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2002.
8. Григорьевич И.Н. Алгоритмы в неотложной детской хирургии - Петрозаводск: Изд-во Петр Г.У., 1996.
9. Журавлев А.Г. Ситуационные задачи по оперативной хирургии и топографической анатомии. - Москва. - Геотармед, 2003.
10. Золлингер Р., Золлингер-младший Р.. Атлас хирургических операций. М.: Изд-во «Доктор К», 2002.
11. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия в терминах, понятиях, классификациях. - Учебное пособие, Оренбург, 1997.
12. Кирпатовский И.Д., Смирнова Э.Д. Клиническая анатомия. В 2-х томах. М., 2003.
13. Клиническая ангиология. Руководство для врачей. Под ред. А.В. Покровского. В 2-х томах. М., 2004.
14. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике /Под ред. В.В.Митькова, М.В.Медведева. II том.- М.: Видар, 1996.
15. Кованов В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. М. -2001.
16. Николаев Л.И., Цепов Л.М. Практический терапевтический стоматология. Санкт-Петербург, 2001.
17. Олден Х. Киркен, Эрнест Э.Мур. Секреты хирургии. Перевод с английского. М.: «Издательство Бином», 2004.
18. Оперативная хирургия и топографически) анатомия в элементах программированного обучения и контроля знаний. Учебнометодическое пособие. Под. Ред. В.Г.Владимирова. - М.: РГМУ, 2008.
19. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е., Лубоцкий Д.Н., Бомаш Ю.М, М.. 2005.
20. Персин Л.С. Ортодонтия. Москми «Ортодсит-Инфо», 1999.
21. Практическая эндодонтия. Л.Л. Хомейко, Н.В. Биденко Москва, Книга плюс, 2002.
22. Робустова Т. Г Хирургический стомигология. Москва «Медицина», 1995.
23. Эталоны ответов к вопросам программного обучения и контроля знаний по оперативной хирургии и топографической анатомии. Учебно методическое пособие. Под ред. В.Г.Владимирова. - М.: РГМУ, 2009.