

**Ю.М. Лопухин, Г.Е. Островерхов, М.Н.
Молоденков**

**Техника хирургических
операций**

Портативный атлас

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61
ББК 5
Ю11

- Ю11 **Ю.М. Лопухин**
Техника хирургических операций: Портативный атлас / Ю.М. Лопухин, Г.Е. Островерхов, М.Н. Молоденков – М.: Книга по Требованию, 2013. – 142 с.

ISBN 978-5-458-38423-0

В портативный атлас хирургических операций были включены оперативные доступы к крупным кровеносным сосудам, операции при травмах и заболеваниях костей и суставов конечностей, операции на желудочно-кишечном тракте, желчных путях, щитовидной железе, молочной железе и неотложные операции на мочевыводящих путях. Для хирургов, студентов медицинских институтов.

ISBN 978-5-458-38423-0

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2013

© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2013

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.



Серия Книжный Ренессанс

www.samizday.ru/reprint

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ К АРТЕРИЯМ И НЕРВНЫМ СТВОЛАМ

Обнажение кровеносного сосуда или нервного ствола является начальным этапом широкого круга оперативных вмешательств: перевязок, швов и пластики сосудов, операций по поводу пульсирующих гематом и аневризм, внутриартериальных инъекций, швов нерва, невротомии, невролиза, пластики нерва и т. п.

Приемы при обнажении сосудов и нервов в большинстве случаев одинаковы. Отклонения от них в сторону большего или меньшего расширения доступа, как и в выборе прямого или окольного доступа, определяются характером самого оперативного вмешательства и особенностями патологического процесса. Как правило, оперативные доступы к кровеносным сосудам осуществляются по линии проекции артерии на кожу.

Определив, по установленным анатомическим ориентирам, направление основного ствола кровеносного сосуда, как правило, разрез кожи производят на 1—2 см в стороне от проекционной линии. В большинстве случаев, на конечностях такой разрез кожи будет совпадать с краем одного из мышечных влагалищ, ограничивающих сосудистое ложе. Крупные периферические нервные стволы и артерии конечностей проходят в одном фасциальном влагалище и отделены от сосудов тонкой фасциальной перегородкой. Поэтому, практически, оперативные доступы к нервным стволам почти идентичны с доступами к сопутствующим кровеносным сосудам. Во избежание послеоперационных ущемлений нерва рубцовой тканью, рекомендуется разрезы мягких тканей производить в стороне от проекционной линии, т. е. вне проекционным путем.

ОБНАЖЕНИЕ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Разрез длиной 8 см проводят по переднему краю грудино-ключично-сосковой мышцы, начиная от уровня верхнего края щитовидного хряща вниз, по направлению к грудице (рис. 1).

Рассекают кожу, подкожную клетчатку, поверхностную фасцию, а затем переднюю стенку влагалища грудино-ключично-сосковой мышцы (вторую фасцию шеи).

Грудино-ключично-сосковую мышцу оттягивают тупым крючком кнаружи, обнажая заднюю стенку ее влагалища (рис. 2).

Задний листок влагалища грудино-ключично-сосковой мышцы рассекают по зонду. С помощью сложенных пинцетов тупо выделяют общую сонную артерию (рис. 3).

При выделении общей сонной артерии следует помнить, что между артерией и внутренней яремной веной в глубине раны располагается ствол блуждающего нерва, а по передней поверхности артерии проходит нисходящая ветвь подъязычного нерва. Под артерию подводят лигатуру на игле Дешана (рис. 4).

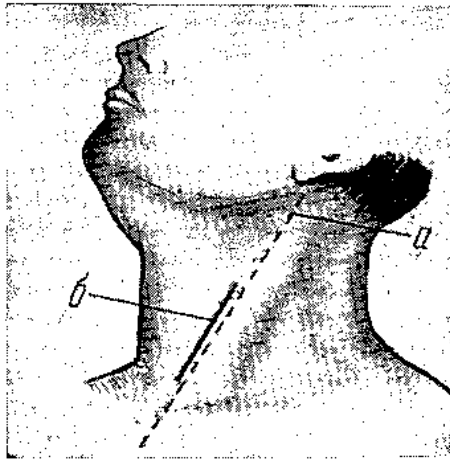


Рис. 1 а — проекционная линия артерии; б — линия разреза.

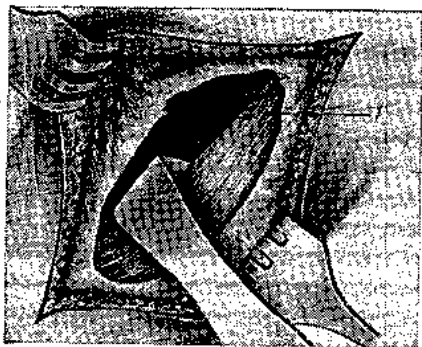


Рис. 2. Грудно-ключично-сосковая мышца (1) оттянута кнаружи.

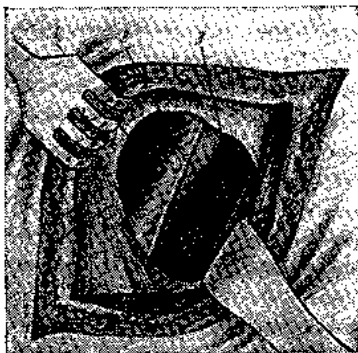


Рис. 3: 1 — общая сонная артерия; 2 — нисходящая ветвь подъязычного нерва; 3 — внутренняя яремная вена.

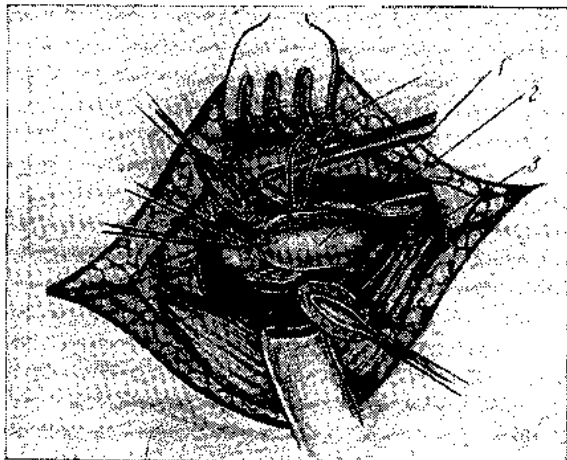


Рис. 4. Подведение лигатур под общую сонную артерию (обозначения те же, что и на рис. 3).

ОБНАЖЕНИЕ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Разрез кожи длиной 8 см проводят по переднему краю грудино-ключично-сосковой мышцы от уровня угла нижней челюсти вниз, по направлению к груди-не (*рис. 1*).

По рассечении кожи, подкожной клетчатки, поверхностной фасции по желобоватому зонду разрезают вторую фасцию, являющуюся передней стенкой влагалища грудино-ключично-сосковой мышцы. Тупым крючком мышцу оттягивают кнаружи. Рассекают глубокий листок фасции, образующий заднюю стенку фасциального ложа мышцы; тупо выделяют внутреннюю яремную вену и впадающую в нее общую лицевую вену. В ране видна также нисходящая ветвь подъязычного нерва, располагающаяся на передней поверхности артерии.

Для лучшего доступа к наружной сонной артерии перевязывают общую лицевую вену и рассекают ее между двумя лигатурами (*рис. 2*).

Внутреннюю яремную вену вместе с нисходящей ветвью подъязычного нерва оттягивают тупым крючком кнаружи, после чего в ране видно место деления общей сонной артерии (*рис. 3*).

Наружная сонная артерия располагается поверхностнее и медиальнее от внутренней. В начальном отделе от наружной сонной артерии отходит верхняя щитовидная артерия. Внутренняя сонная артерия в пределах шеи ветвей, как правило, не дает.



Рис. 1. Линия разреза.

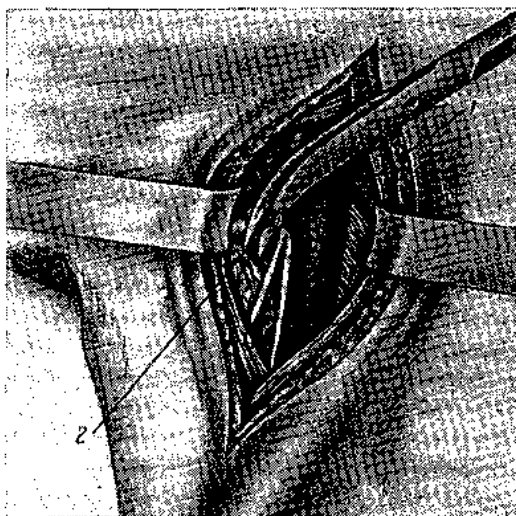


Рис. 2: 1 — внутренняя яремная вена; 2 — общая лицевая вена (момент ее пересечения).

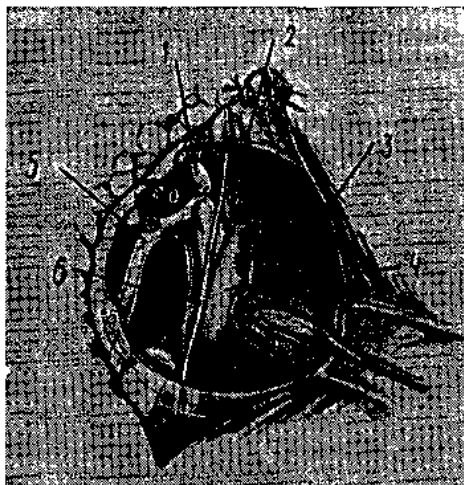


Рис. 3: 1 — наружная сонная артерия; 2 — внутренняя сонная артерия; 3 — внутренняя яремная вена; 4 — общая сонная артерия; 5 — верхняя щитовидная артерия; 6 — нисходящая ветвь подъязычного нерва.

ОБНАЖЕНИЕ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ ПО Б. В. ПЕТРОВСКОМУ

Производят Т-образный разрез кожи: горизонтальную его часть длиной 10—12 см проводят по передней поверхности внутренних двух третей ключицы, вертикальную — перпендикулярно, от середины первого разреза вниз на 5—7 см (*рис. 1*).

Кожные лоскуты отсепаровывают и оттягивают крючками. Производят поднадкостничную резекцию участка ключицы. Надкостницу ключицы и подключичную мышцу по зонду Кохера осторожно рассекают скальпелем (*рис. 2*). Расширяют рану крючками, после чего видны подключичная вена, передняя лестничная мышца и диафрагмальный нерв. Подключичную вену тупым крючком отводят книзу (*рис. 3*).

Под переднюю лестничную мышцу подводят зонд Кохера, по которому скальпелем мышцу пересекают в поперечном направлении, остерегаясь ранения диафрагмального нерва.

Концы перерезанной передней лестничной мышцы оттягивают тупыми крючками. Тупо выделяют подключичную артерию в межлестничном промежутке и в латеральном шейном треугольнике (*рис. 4*).



Рис. 1. Линия разреза.

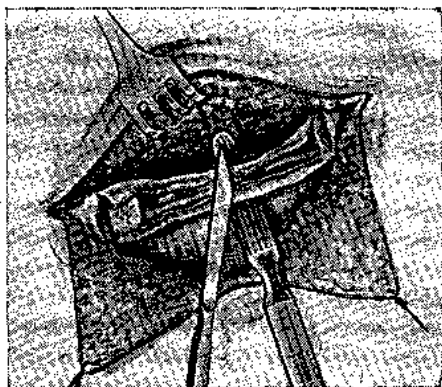


Рис. 2. Рассечение надкост-
ницы ключицы и подклю-
чичной мышцы.

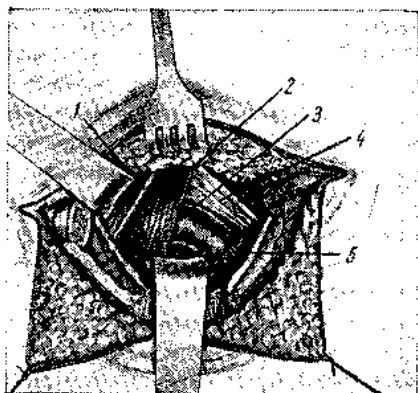


Рис. 3: 1 — диафрагмальный
нерв; 2 — передняя лест-
ничная мышца; 3 — подклю-
чичная артерия; 4 — плече-
вое сплетение (пучок); 5 —
подключичная вена.

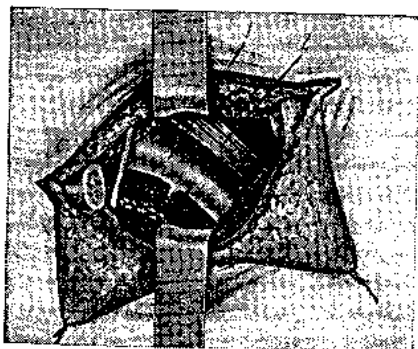


Рис. 4: 1 — подключичная ар-
терия; 2 — плечевое сплетение.

ОБНАЖЕНИЕ ПОДМЫШЕЧНОЙ АРТЕРИИ

В зависимости от уровня повреждения подмышечной артерии и характера изменений окружающих тканей, оперативные доступы могут быть осуществлены различными разрезами. Так, при аневризмах а. axillaris и комбинированных ранениях сосудов и нервов пользуются разрезом по ходу sulcus deltoideo-pectoralis, в других случаях разрез проводится в подмышечной впадине.

Разрез длиной 6—8 см проводят по передней границе роста волос (по *Н. И. Пирогову*) или на границе наружной и средней трети подмышечной ямки (*рис. 1*).

Рассекают кожу с подкожной клетчаткой.

По желобоватому зонду вдоль линии разреза рассекают фасциальное влагалище клюво-плечевой мышцы.

Клюво-плечевую мышцу оттягивают кнаружи и рассекают заднюю стенку ее влагалища, являющуюся передней стенкой влагалища сосудисто-нервного пучка. Края раны разводят крючками. Жировую клетчатку тупым путем сдвигают с сосудисто-нервного пучка. В ране видны подмышечная артерия, латеральная и медиальная ножки срединного нерва, подмышечная вена (*рис. 2*). Ножку срединного нерва отводят кнаружи, подмышечную вену кнутри. Артерию осторожно выделяют из жировой клетчатки (*рис. 3*).

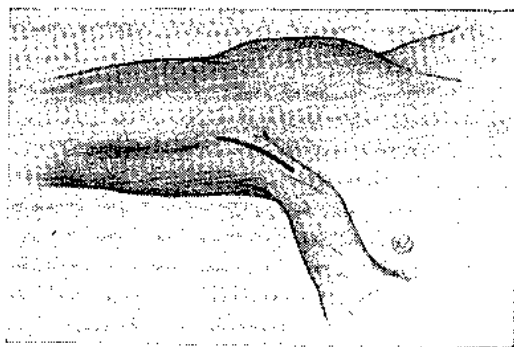


Рис. 1. Линия разреза.

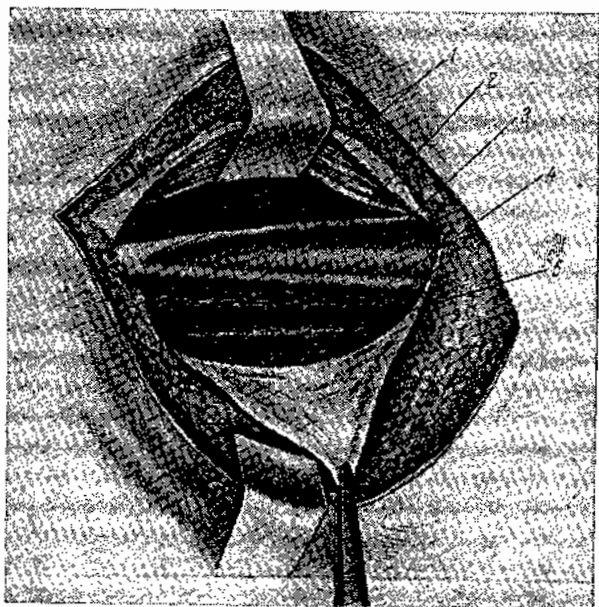


Рис. 2: У — клюво-плечевая мышца (оттянута крючком); 2 — латеральная ножка срединного нерва; 3 — подмышечная артерия; 4 — медиальная ножка срединного нерва; 5 — подмышечная вена.

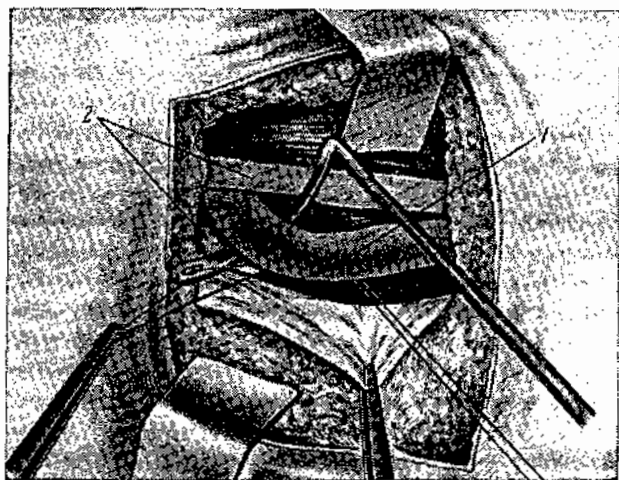


Рис. 3: 1 — подмышечная артерия; 2 — ножки срединного нерва.

ОБНАЖЕНИЕ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧА

Линия разреза: отступя на 1 см кнаружи от внутренней плечевой борозды, по передне-внутреннему краю двуглавой мышцы плеча (рис. 1).

Рассекают кожу с подкожной клетчаткой, поверхностную фасцию, а затем собственную фасцию, покрывающую двуглавую Мышцу плеча.

Край двуглавой мышцы тупым крючком оттягивают кнаружи. В ране становится видна передне-латеральная стенка сосудисто-нервного влагалища и просвечивающий через нее сосудисто-нервный пучок (рис. 2).

По зонду осторожно рассекают передне-латеральную стенку сосудисто-нервного влагалища. Края раны разводят крючками. Жировую клетчатку тупым путем сдвигают с сосудисто-нервного пучка. В ране видны плечевая артерия, срединный нерв и плечевые вены (рис. 3).

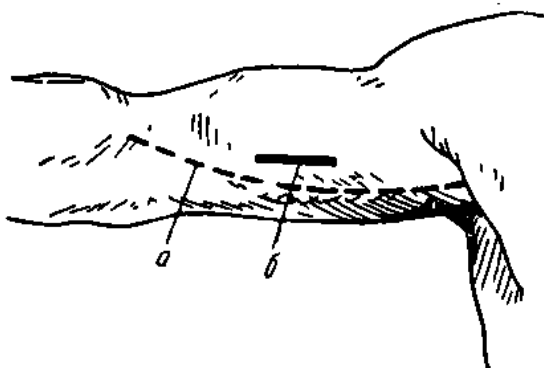


Рис. 1: а — проекционная линия артерии; б — линия разреза.