

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
«Иркутский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и судебной медицины

Г. И. Сонголов, О. П. Галеева, Т. И. Шалина

Клиническая анатомия лицевого отдела головы

Учебное пособие

Иркутск
ИГМУ
2019

УДК-611.92 (075.8)

ББК- 28.86я73

С62

Рекомендовано ЦКМС ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России в качестве учебного пособия по дисциплине «Оперативная хирургия и топографическая анатомия» для студентов, обучающихся образовательным программам высшего образования – программам специалитета по специальностям Лечебное дело, Педиатрия. «Оперативная хирургия» - по специальности Стоматология. (протокол № от 00.00.2019)

Авторы:

Г. И. Сонголов – канд. мед. наук, доцент кафедры анатомии человека, оперативной хирургии и судебной медицины
ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России

О. П. Галеева – канд. мед. наук, доцент кафедры анатомии человека, оперативной хирургии и судебной медицины ФГБОУ ВО ИГМУ

Т. И. Шалина – доктор мед. наук, доцент, зав. кафедрой анатомии человека, оперативной хирургии и судебной медицины ФГБОУ ВО ИГМУ

Рецензенты:

И.Г. Алешкин – канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ИГМУ

С.В. Соколова – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМУ

Сонголов Г. И.

С62 Клиническая анатомия лицевого отдела головы: учебное пособие/ Г.И. Сонголов, О. П. Галеева, Т. И. Шалина; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и судебной медицины.– Иркутск: ИГМУ, 2019. –64 с.

Учебное пособие посвящено клинической анатомии лицевого отдела головы.

Информационно-иллюстративный материал представлен в соответствии с требованиями рабочей программы дисциплины.

Пособие предназначено для студентов, обучающихся по программам специалитета по специальностям Лечебное дело, Педиатрия, Стоматология, при изучении дисциплины «Топографическая анатомия и оперативная хирургия, Оперативная хирургия»

УДК-611.92 (075.8)

ББК- 28.86я73

© Сонголов Г. И., Галеева О. П., Шалина Т. И., 2019

© ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1. ГРАНИЦЫ ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА	6
2. СЛОИ ЛИЦА	7
3. ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА	8
4. КОЖА И ПОДКОЖНО ЖИРОВЫЕ УТОЛЩЕНИЯ.....	8
5. ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОБЛАСТИ ЛИЦА	10
6. КОСТНАЯ ОСНОВА ЛИЦА	11
6.1 Околоносовые пазухи	14
6.2 Дефекты лицевого скелета и тканей лица	17
7. ЩЕЧНАЯ ОБЛАСТЬ	20
8. ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНАЯ ОБЛАСТЬ.....	21
8.1 Околоушная слюнная железа	22
9. ОБЛАСТЬ ГЛАЗНИЦЫ.....	24
10. ПОДГЛАЗНИЧНАЯ ОБЛАСТЬ	27
11. ОБЛАСТЬ НОСА	28
12. ОБЛАСТЬ РТА	31
12.1 Преддверие рта	32
12.2 Собственно полость рта	33
12.3 Зубы	36
13. ПОДБОРОДОЧНАЯ ОБЛАСТЬ.....	37
14. СКУЛОВАЯ ОБЛАСТЬ	37
15. ГЛУБОКАЯ БОКОВАЯ ОБЛАСТЬ ЛИЦА.....	37
15.1 Окологлоточное пространство	40
16. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ЛИЦА.....	43
17. ВЕНОЗНЫЙ ОТТОК ОТ ЛИЦА	43
18. ЛИМФОТТОК	46
19. ИННЕРВАЦИЯ ЛИЦА	47
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.....	50
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ.....	61
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	62
ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	63

ВВЕДЕНИЕ



«Самая занимательная поверхность на земле – это человеческое лицо»

Георг Кристоф Лихтенберг
(1742–1799)



«Лицо-бесценное историческое приобретение, продукт и инструмент тончайших форм общения с другими людьми»

Анциферова Л. И., 1982

Топографо-анатомические особенности лицевого отдела головы очень важны в представлении программного материала по предмету.

В ходе изучения оперативной хирургии студенты знакомятся с основными оперативными вмешательствами, изучают методику введения коррекционно-эстетических и лечебных препаратов, технику проведения диагностических манипуляций.

В ходе практических занятий студенты изучают взаимное топографо-анатомическое расположение органов, сосудисто-нервных образований и тканей, выделяют слабые и опасные для манипуляций точки лицевого отдела головы, а также приобретают практические навыки по данной теме.

Лицо (лат. *facies*) представляет собой передний отдел головы человека, ограниченный *сверху* краем волосяного покрова головы, *снизу*– углами и нижним краем нижней челюсти, *с боков*– краями ветвей нижней челюсти и основанием ушных раковин.

На лице локализируются начальные звенья *анализаторов*– зрительных (глаза), слуховых (уши), обонятельного (нос), а также начинаются воздухоносные пути, обеспечивающие дыхание. Ротовое отверстие открывает пищеварительный канал.

Существует несколько вариантов «районирования» лица. Наиболее простой вариант деления лица на три равных по высоте отдела (этажа): верхний, средний и нижний.

Для этого нужно мысленно провести две горизонтальные линии: одну на уровне бровей, другую на уровне ноздрей. Расстояния: 1 – между линиями, 2 – от линии бровей до края волосяного покрова и 3 – от линии ноздрей до края подбородка окажутся одинаковыми.

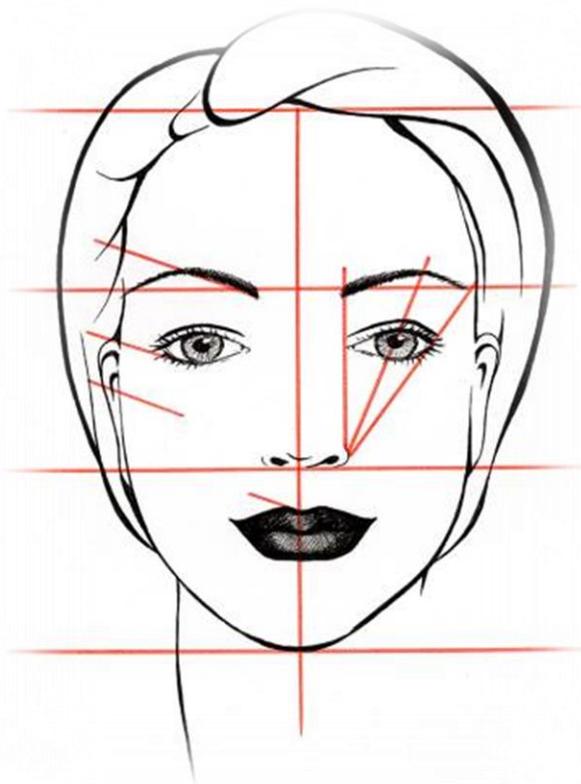


Рисунок 1.Разделение лица по отделам (Д. В. Баженов, В. М. Калиниченко,2013)¹

¹Д. В. Баженов, В. М. Калиниченко. Анатомия головы и шеи. Введение в клиническую анатомию. - Москва, - 2013. - 464

1. ГРАНИЦЫ ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА

Мозговой отдел – лицевой отдел

Надпереносье (*glabella*)

Верхне-глазничный край (*margo supraorbitalis*)

Скуловая кость (*os zygomaticum*)

Скуловая дуга (*arcus zygomaticus*)

Наружный слуховой проход

(*meatus acusticus externus*)

Голова – шея

Край и угол нижней челюсти

(*angulus mandibulae*)

Вершина сосцевидного отростка

(*processus mastoideus*)

Верхняя выйная линия

(*linea nucha superior*)

Наружный затылочный бугор

(*protuberantio occipitalis superior*)

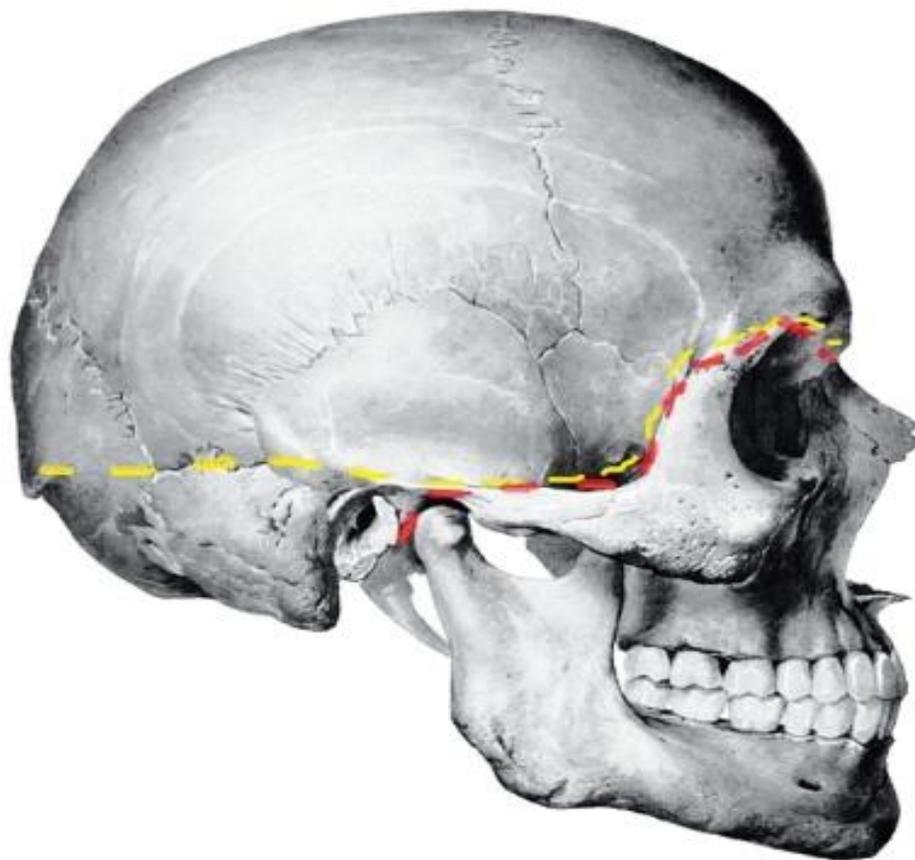


Рисунок 2. Границы лицевого отдела черепа (Николаев А.В.,2007)²

²Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. Учебник. - М.: ГЕОТАР-Медиа,2007. - 784 с

2. СЛОИ ЛИЦА

1 слой – кожа (*cutis*);

2 слой – подкожно-жировой (*tela subcutanea*);

3 слой – Мышечно-апоневротический (SMAS - поверхностная мышечно-апоневротическая система).

Первый, второй и третий слои плотно сращены между собой посредством соединительнотканых перемычек, формируя единый блок тканей.

4 слой – так называемое «пространство» - условно выделенная область, в которой ткани более подвижны, легко смещаются (скользят) относительно друг друга. «Пространства» отграничены связками лица и в этой зоне нет плотных сращений тканей друг с другом;

5 - надкостница (*periostium*) - это толстая оболочка, покрывающая поверхность кости;

6 - кости лицевого черепа (*ossis crani ifacialis*).

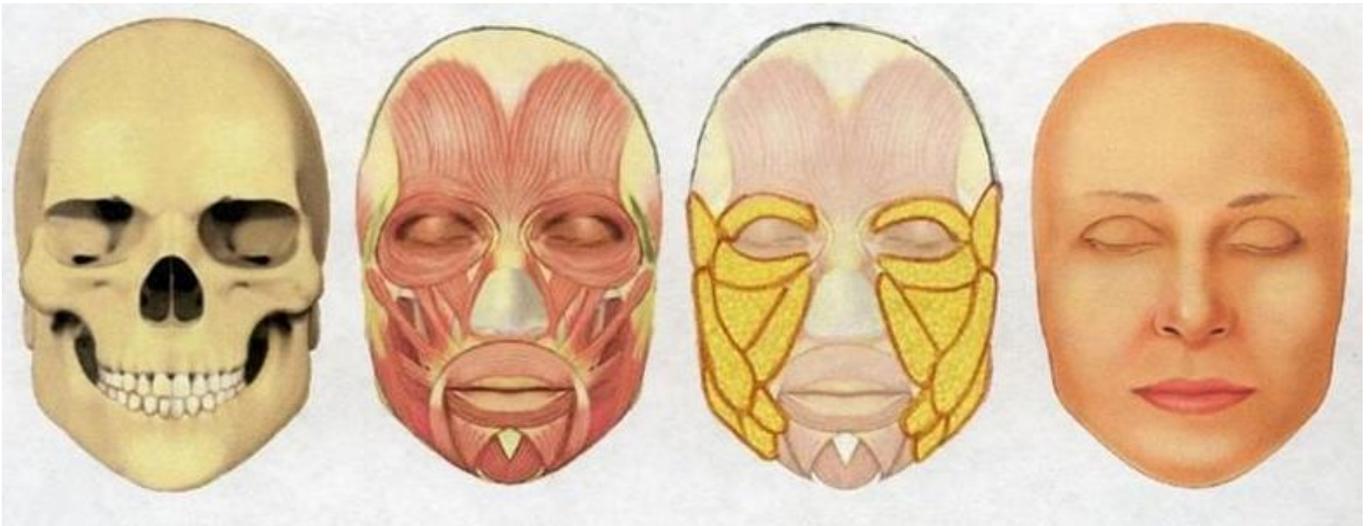


Рисунок 3. Послойное строение лицевого отдела (Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н., 1996)³

³Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Курск, Москва: АОЗТ "Литера", 1996. - 737 с.

3. ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА

- 1) Отсутствие четкой дифференциации слоев;
- 2) Очень хорошее кровоснабжение ЛОГ;
- 3) Своеобразный венозный отток: нет клапанов, возможен ретроградный ток крови,⁴ пути проведения эмбола в *sinus cavernosus*;
- 4) Огромная концентрация нервных структур;
- 5) Фасции представлены островками;
- 6) Наличие мимической и жевательной мускулатуры, отсутствие фасциального покрова мимических мышц (кроме *m. buccalis*);
- 7) Большие по протяженности клетчаточные пространства;
- 8) Наличие жирового комка Биша с 3-мя долями и со своими отростками, которые достигают крылонебной ямки;
- 9) Наличие околоушных слюнных желез (*gl. parotis*).

4. КОЖА И ПОДКОЖНЫЕ ЖИРОВЫЕ УТОЛЩЕНИЯ

Кожа на лице тонкая и подвижная. Под ней лежит тонкий слой жира, который несколько толще на щеках и под подбородком, но отсутствует на спинке носа.

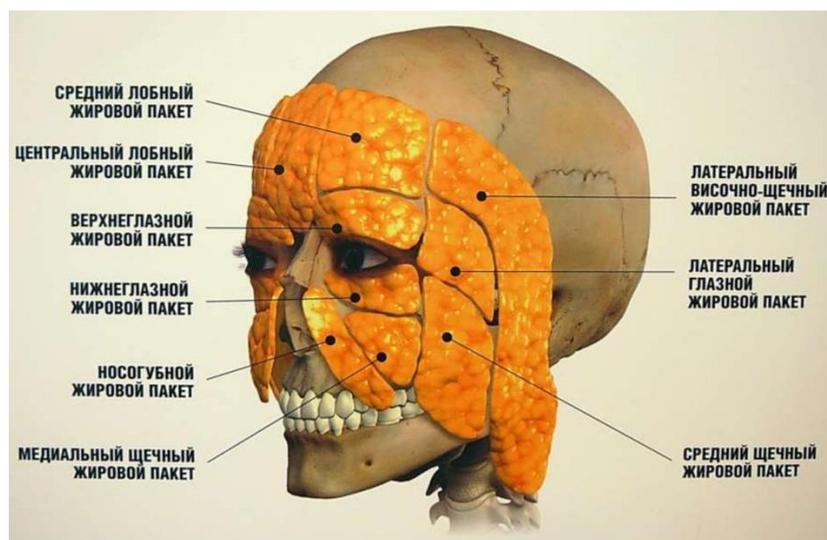


Рисунок 4. Поверхностные и глубокие жировые пакеты лица (Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н., 1996)⁴

⁴Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Курск, Москва: АОЗТ "Литера", 1996. - 737 с.

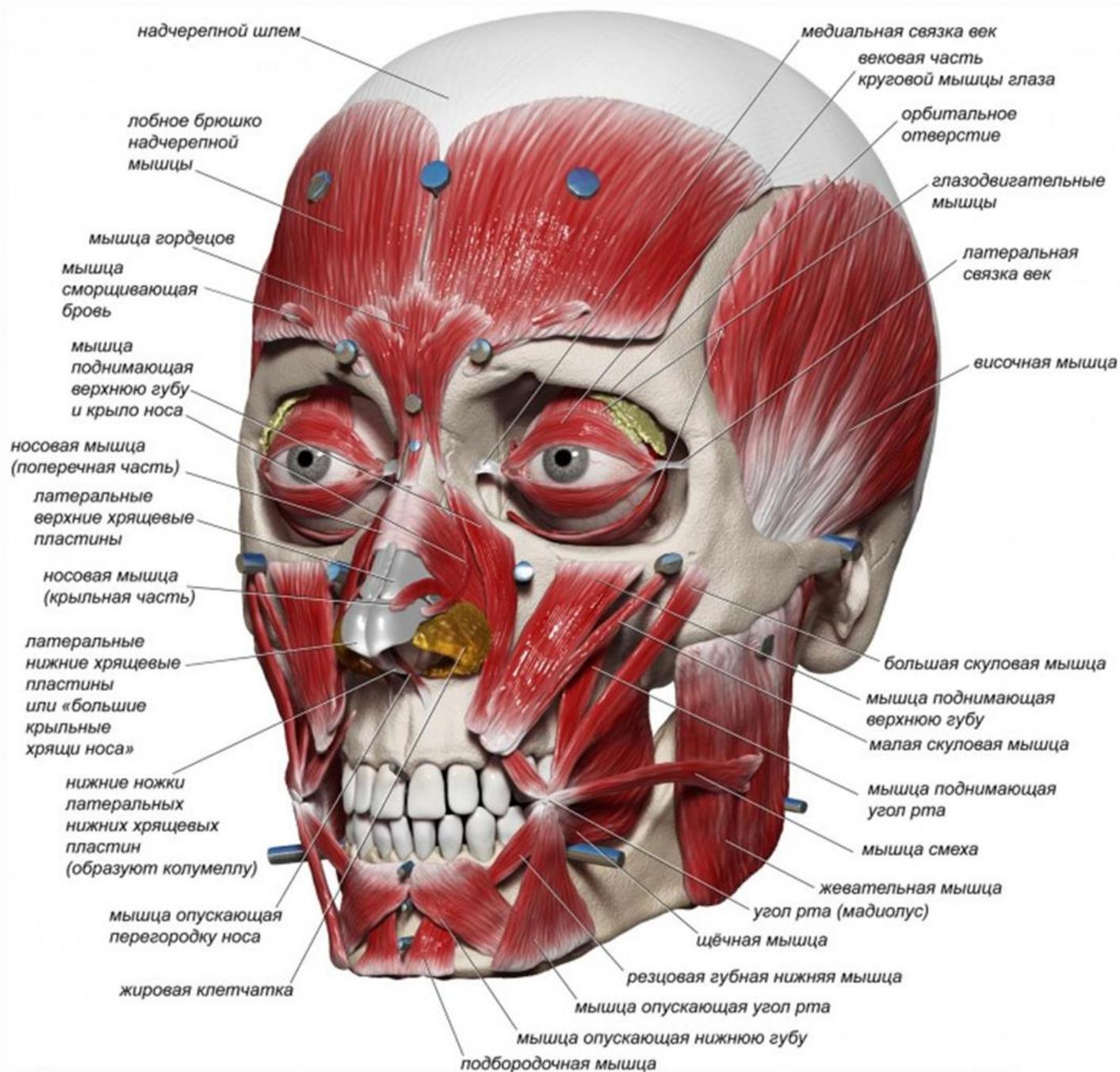


Рисунок 5. Мышцы лицевого отдела головы (Синельников Р. Д., Синельников Я. Р., Синельников А. Я., 2016)⁵

⁵Синельников Р. Д., Синельников Я. Р., Синельников А. Я. Атлас анатомии человека. Том 1. – М.: Новая волна, 2016.

5. ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОБЛАСТИ ЛИЦА

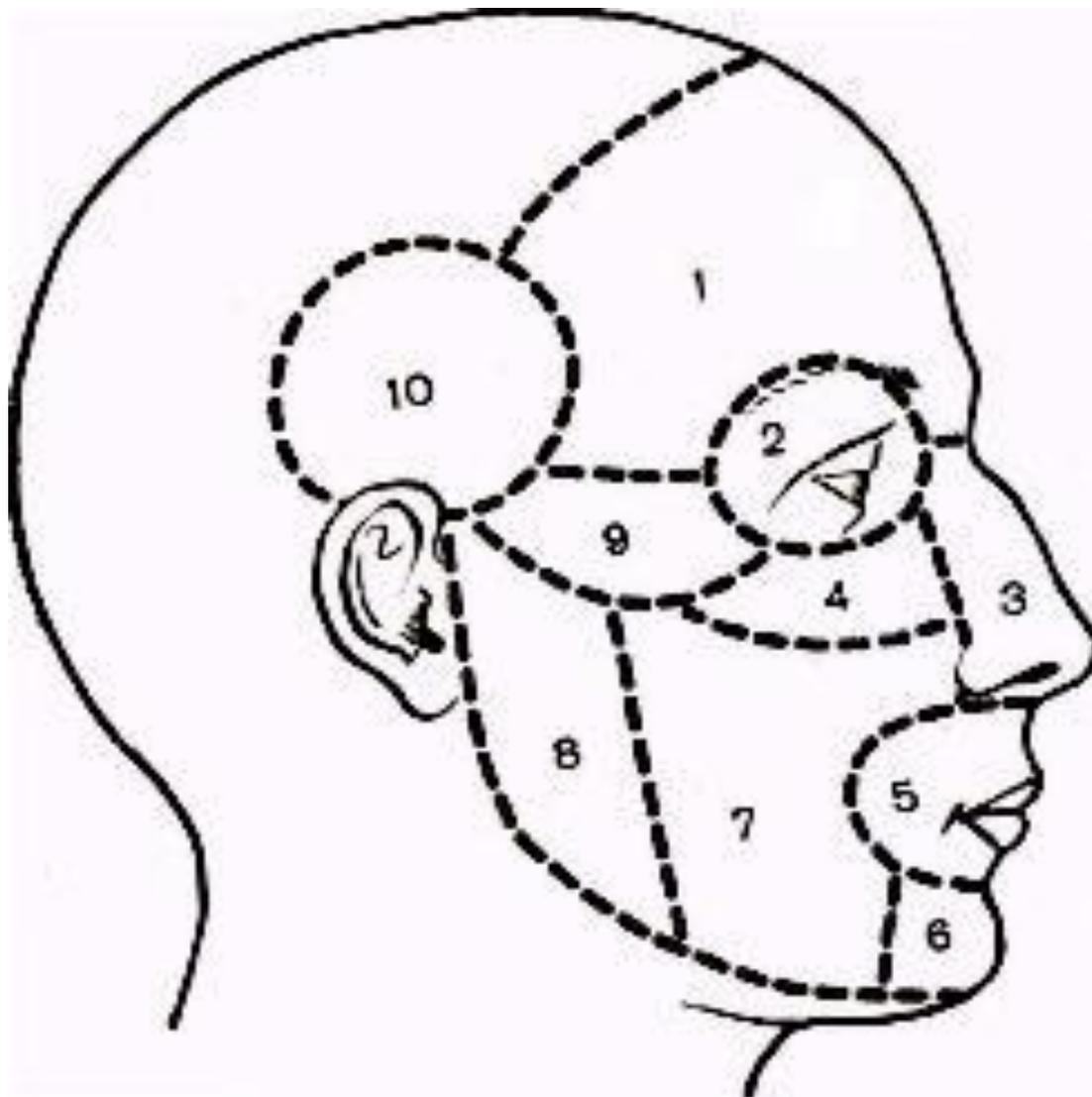


Рисунок 6. Области лица. (И. Н. Каган, С. В. Чемезов, 2011)⁶

1- лобная область (regiofrontalis); 2-область глазницы(r.orbitalis);3-область носа (r. nasalis); 4- подглазничная (r. infraorbitalis); 5-область рта (r. oralis); 6- подбородочная(r. mentalis);7-щечная (r.buccalis);8-околоушно-жевательная (r.parotidomasseterica); 9- скуловая (r. zygomatica); 10- височная (r. temporalis)Отдельно выделяется глубокая область лица

⁶И. Н. Каган, С. В. Чемезов. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. - Москва, - 2011. - 672 с.

6. КОСТНАЯ ОСНОВА ЛИЦА

Костная основа лица (КОЛ) представляют собственно лицевые кости и пограничные отделы некоторых костей мозгового черепа: решетчатой, основной, височной, лобной.

Четыре кости, образующие свод черепа (лобная, две теменные, затылочная кости), являются пограничными для лицевого отдела. Они сформировались в результате отвердения изначальной оболочки из мягких соединительных тканей до костной субстанции; причем данные кости в своем развитии (в отличие от некоторых других костей черепа) миновали промежуточную стадию хрящевого состояния.

К скелету лица относится 14 костей из 22 костей черепа, большая часть из них парные: верхнечелюстные (*os maxilla*), носовые (*os nasale*), скуловые (*os zygomaticus*), слезные (*os lacrimale*), небные (*os palatinum*) и нижние носовые раковины (*concha nasalis inferior*). Непарных только две: нижняя челюсть (*os mandibula*) и сошник (*vomer*)

У новорожденных кости лица очень тонкие, но с возрастом они утолщаются. Наиболее толстые и плотные из них – скуловые кости и нижняя челюсть. Такие как: решетчатая, слезная, носовые являются наиболее тонкими и у взрослых.

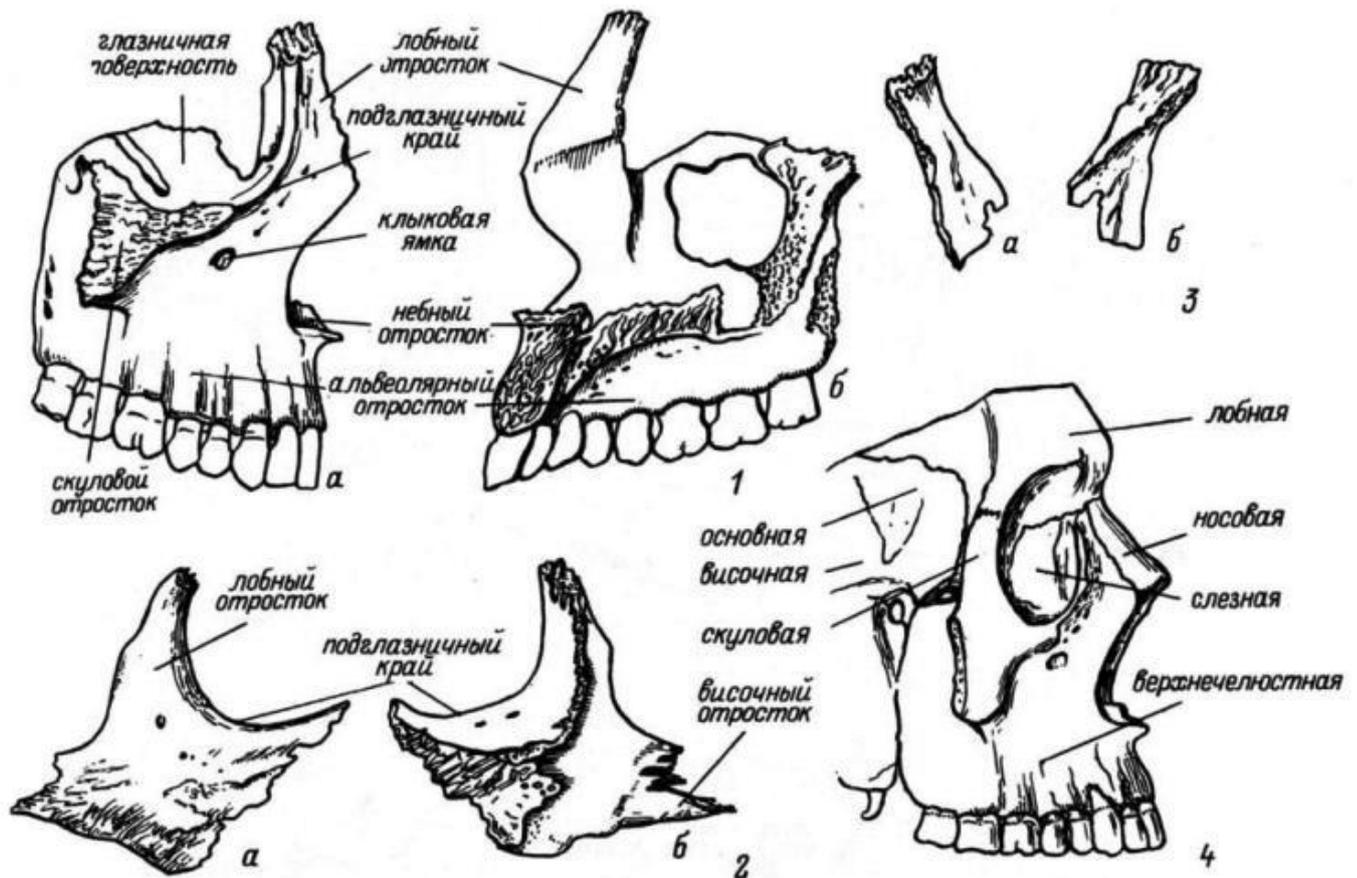


Рисунок 7. Кости лицевого отдела черепа (И. Н. Каган, С. В. Чемезов, 2011)⁷

По своей структуре кости лица различны:

Одни из них содержат губчатое вещество (скуловые и нижняя челюсть), другие представляют тонкую костную пластинку (слезная, небная и носовые), третьи – воздухоносные (верхняя челюсть), и, наконец, носовые раковины имеют свои особенности.

Наибольшего развития воздухоносные полости лица достигают в период половой зрелости, но у взрослых отмечаются колебания их развития в сторону остеопороза или остеосклероза.

В лицевом скелете различают 2 отдела: верхний – окружающий ряд полостей, и нижний, образуемый массивной нижней челюстью. Наиболее крупными костями являются верхняя челюсть и скуловые кости, они главным образом и обуславливают форму лица.

⁷И. Н. Каган, С. В. Чемезов. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. – Москва, - 2011. – 672 с.

Так, по наблюдениям К. А. Бари, между высотой скуловой кости и лицевым указателем имеется тесная связь. Например, чем уже лицо, тем выше скуловая кость.

Благодаря упругому, подвижному соединению зубов и своеобразию архитектуры лица, выражающуюся в существовании ряда лицевых опорных конструкций – контрфорсов (вертикально ориентированные уплотнения костей), укрепляющих лицевой скелет, сила механических толчков и сотрясений, испытываемая при движениях нижней челюсти, значительно ослабляется. Этим же объясняется прочность строения лицевого скелета, который может выдержать иногда сильные травматические воздействия.

Наиболее мощным контрфорсом является система скуловой дуги. Она воспринимает силу давления от второго малого и двух больших коренных зубов, от главной рабочей части зубной дуги. Передаваемое на корень скуловой дуги напряжение нейтрализуется сопротивлением костей основания черепа. На основание черепа силы передаются самыми различными путями.

Но прочность лицевого скелета не на всем протяжении одинакова. Например, на верхней челюсти LeFort выделяет 3 линии слабого сопротивления. На нижней челюсти выделяют 4 слабых места, где чаще всего встречаются переломы.

Слабые места верхней челюсти:

1) от грушевидной вырезки (*incisura piriformis*) к бугру (*tuber*) верхней челюсти (*maxilla*)

2) от надпереносья (*glabella*) к медиальной стенке глазницы-дно ее-вниз вертикально через край глазницы по челюстно-скуловому шву (*sutura maxillazygomatrica*) на альвеолярный отросток (*processus alveolaris*)

3) от надпереносья (*glabella*) –внутренний край и дно глазницы, до нижнеглазничной щели (*fissure infraorbitalis*), далее по лобно-скуловому шву (*sutura frontozygomatrica*) на скуловую кость (*os zygomaticum*), бугор верхней челюсти (*tubermaxilla*) и крыловидные отростки клиновидной кости (*processus pterygoideus ossis sphenoidalis*)

Слабые места нижней челюсти

- 1) срединная линия между резцами (*linea mediana incisivi*)
- 2) область (*foramen mentale*) – между клыком и первым премоляром
- 3) между углом нижней челюсти (*angulus mandibulae*) и лункой третьего большого коренного зуба
- 4) шейка суставного отростка

Старение лицевого скелета происходит за счет локальной резорбции костной ткани в определенных местах. Признаки старения, проявляющиеся в изменениях мягких тканей лица, соответствуют области ослабленной скелетной опоры.

6.1. ОКОЛОНОСОВЫЕ ПАЗУХИ, SINUS PARANASALES

Придаточные пазухи придают человеческому голосу тёплое, бархатистое звучание, выполняя роль звуковых резонаторов. У больных хроническим воспалением пазух (синуситом) голос становится заметно беднее тонами. Здоровые пазухи — гарантия хорошего голоса.

Считается также, что пазухи играют роль термоизолятора, предохраняющего окружающие ткани от охлаждения вдыхаемым воздухом. Наконец, пазухи уменьшают массу черепа. В пазухах образуется слизь, которая стекает из них в носовую полость.

С каждой стороны к полости носа примыкают пазухи:

1. Верхнечелюстная (Гайморова) пазуха — *Sinus maxillaris*
2. Лобная пазуха — *Sinus frontalis*
3. Клиновидная пазуха — *Sinus sphenoidalis*
4. Решетчатый лабиринт — *Labyrinthus ethmoidalis*

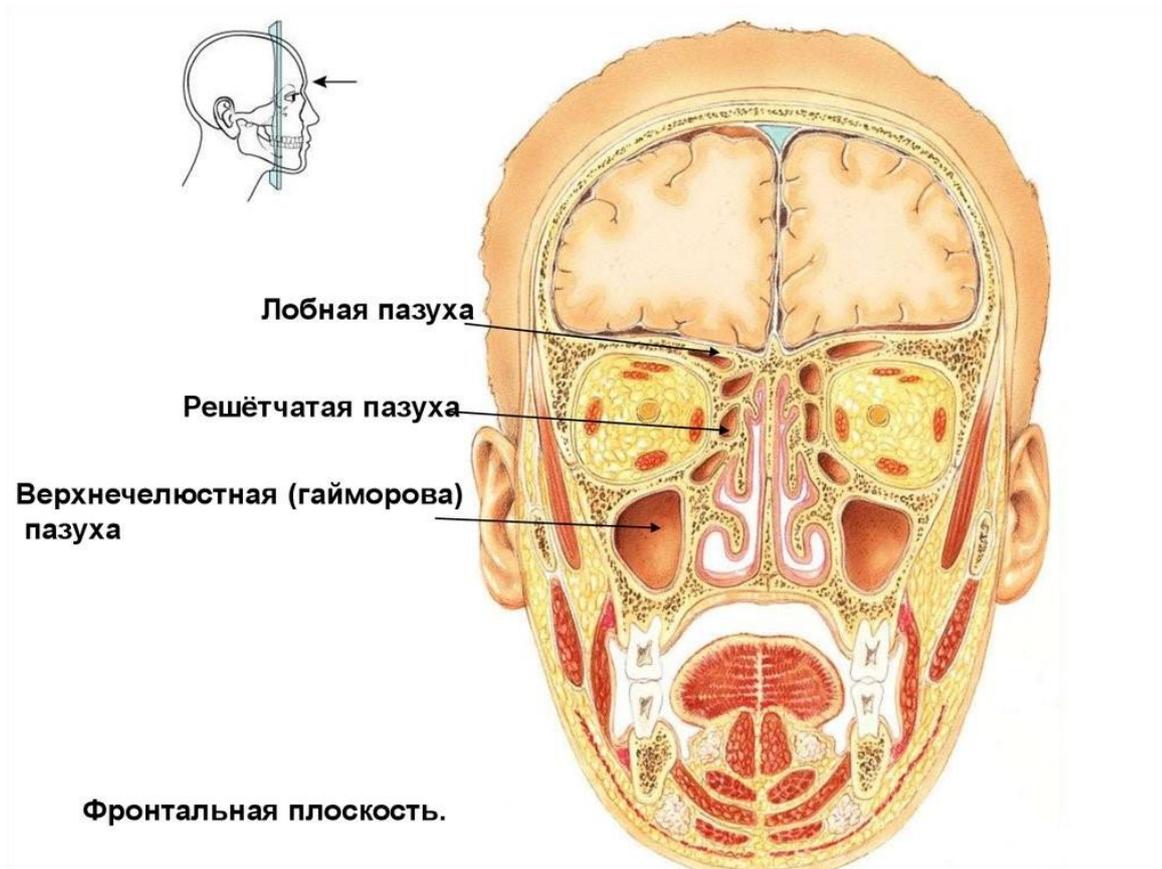


Рисунок 8. Придаточные пазухи носа (фронтальный распил головы)

(Д. В. Баженов, В. М. Калиниченко, 2013)⁸

Верхнечелюстная (Гайморова) пазуха

Гайморова пазуха занимает все тело верхней челюсти. Форму ее можно сравнить с лежащей на боку 3-гранной пирамидой, за основание которой принимают носовую стенку верхней челюсти; верхушка ее помещается в небольшое вдавление, которым верхнечелюстная пазуха вдаётся в широкое основание скулового отростка.

⁸Д. В. Баженов, В. М. Калиниченко. Анатомия головы и шеи. Введение в клиническую анатомию. - Москва, - 2013. - 464 с.



Рисунок 9. Гайморова пазуха (Д. В. Баженов, В. М. Калиниченко, 2017)⁹

Верхнюю стенку Гайморовой пазухи составляет дно глазницы и по ней сзади наперед проходит нижнеглазничный канал (*canalis infraorbitalis*) с проходящими в нем *a., v., n. infraorbitalis*.

Задняя стенка, обращенная к *fossa sphenopalatina* имеет ряд отверстий для прохождения сосудов и нервов (*a., v., n., maxillaris*)

Передняя стенка находится на переднем плане лицевого скелета. На ней под *margo infraorbitalis* существует пологое вдавление — *fossacanina*.

Основание пирамиды образовано нижней частью боковой стенки полости носа и потому носит название **носовой стенки** Гайморовой пазухи.

Большей частью Гайморова пазуха не спускается ниже *processus palatinum ossis maxilla*, вперед проходит вдоль альвеолярного отростка *processus alveolaris* до ячейки II малого коренного зуба.

Выходное отверстие Гайморовой пазухи, открывается в носовую полость, в средний носовой ход, в нижнем конце воронки *infundibulum*

⁹Д. В. Баженов, В. М. Калиниченко. Анатомия головы и шеи. Введение в клиническую анатомию. - Москва, - 2017. - 464 с.

решетчатой кости, помещается на ее медиальной стенке, в самой верхней части, под крышей пазухи.

Поэтому условия для оттока отделяемого при воспалении крайне затруднено, тем более, что размеры отверстия настолько незначительны, что оно легко закупоривается не только гнойными сгустками, но и набухшей слизистой оболочкой.

Учитывая все выше перечисленные топографо-анатомические особенности Гайморовой пазухи, предложено несколько способов ее вскрытия.

Так как содержимое пазухи (воспалительный инфильтрат) не может полностью дренироваться через естественное отверстие, предложен ряд операций, цель которых состоит в том, чтобы дать удобный отток содержимого через носовое отверстие, и держать это отверстие открытым для дренирования и промывания пазухи вплоть до выздоровления.

6.2. ДЕФЕКТЫ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА И ТКАНЕЙ ЛИЦА

Врожденные изменения, обусловленные аномалиями лицевого отдела черепа, настолько характерны, что патология буквально «написана» на лице. К врожденным нарушениям развития лица относятся заячья губа, волчья пасть, макростомия и расщелины лица. В норме к концу второго месяца внутриутробного развития происходит полное сращение костей лицевого черепа. При нарушении этого процесса ребенок рождается с расщелинами, расположенными в типичных местах.

1. Заячья губа

При данном дефекте не происходит сращения структур до рождения. Она соединяет ротовую и носовую полости. Незаращение бывает одно и двухсторонним. В зависимости от индивидуальных особенностей для лечения выбирают возможные варианты пластических операций на верхней губе.



Рисунок 10. Заячья губа(А. А. Тимофеев,2010)¹⁰

2. Макростомия

Макростомия (незаращение угла рта) также может быть одно и двусторонней, чрезмерно широкая ротовая щель вследствие поперечной расщелины лица и представляет собой дефект мягких тканей угла рта и щеки. В тяжелых случаях расщелина может доходить до уха и сопровождаться недоразвитием мышц, а иногда и всей половины лица. Помимо косметического недостатка, дети страдают от постоянного раздражения кожи слюной, так как угол рта постоянно открыт. Макростомия часто сочетается с пороками развития ушной раковины, входит в состав различных наследственных синдромов. Для ее лечения выполняют пластическую операцию (ушивание угла рта).



Рисунок 11. Макростомия (А. А. Тимофеев,2010)¹¹

¹⁰А. А. Тимофеев. Челюстно-лицевая хирургия. - Киев, - 2010. -576 с.

3. Волчья пасть (палатосхизис) – врожденный порок развития челюстно-лицевой области, представляющий собой расщепление мягкого и твердого нёба, приводящее к нарушению процессов дыхания, питания, звукообразования. Дефект формируется в результате задержки срастания отростков верхней челюсти с непарной костью лицевого отдела черепа – сошником



Рисунок 12. Волчья пасть (А. А. Тимофеев,2010)¹²

4. Мозговые грыжи

Врожденные дефекты костей мозгового черепа приводят к образованию мозговых грыж. Передняя мозговая грыжа образуется спереди по средней линии в случае дефекта в области переносицы.



Рисунок 13. Мозговые грыжи(А. А. Тимофеев,2010)¹³

¹¹А. А. Тимофеев. Челюстно-лицевая хирургия. - Киев, - 2010. -576 с.

¹²А. А. Тимофеев. Челюстно-лицевая хирургия. - Киев, - 2010. -576 с.

¹³А. А. Тимофеев. Челюстно-лицевая хирургия. - Киев, - 2010. -576 с.

7. ЩЕЧНАЯ ОБЛАСТЬ, *REGIO BUCCALIS*

Внешние ориентиры. Скуловая кость (*os zygomaticus*) и скуловая дуга (*arcus zygomaticus*), нижний край нижней челюсти (*margo inferior mandibulae*), носогубная борозда (*sulcus nasolabialis*), передний край *m.masseter*

Границы. Верхняя– скуловая дуга (*arcus zygomaticus*), Нижняя – нижний край нижней челюсти (*margo inferior mandibulae*), Передняя – вертикальная линия, проведенная от наружного угла глаза, Задняя – пальпируемый передний край жевательной мышцы (*m.masseter*).
Важным образованием, располагающимся в подкожной клетчатке щечной области, является **жировое тело щеки Биша** (*corpus adiposum buccae Bichat*). Оно располагается у задней границы области, примыкая к переднему краю жевательной мышцы и заключено в плотную фасциальную капсулу.

Размеры и анатомия комка Биша могут быть различны. Средний объем равен 10 мл. Выделяют жировое тело и 4 отростка. Большой височный отросток уходит глубоко под скуловую дугу и не может быть удален. Удаление, а иногда перемещение жирового комка обычно выполняют во время подтяжки лица, однако возможно целенаправленное удаление только комка Биша через проколы в полости рта. В результате объем щеки уменьшается. Эта процедура выполняется под местной анестезией через разрезы слизистой щеки длиной 0.5 см. Комок Биша вытягивается через разрез единым куском.

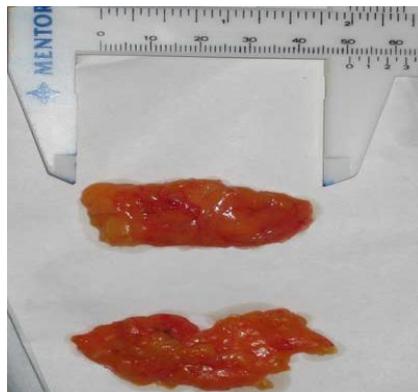


Рисунок 14. Удаленный блоком комок Биша через слизистую полости рта. (А. А. Тимофеев, 2010)¹⁴

¹⁴А. А. Тимофеев. Челюстно-лицевая хирургия. - Киев, - 2010. - 576 с.

8. ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНАЯ ОБЛАСТЬ, *REGIO PARATIDEOMASSETERICA*

Область располагается между передним краем жевательной мышцы и наружным слуховым проходом. В ней выделяют поверхностный отдел, занятый ветвью нижней челюсти с *m.masseter* и околоушной железой. Кнутри от ветви нижней челюсти располагается глубокий отдел (глубокая область лица), в котором лежат крыловидные мышцы, сосуды и нервы.

Поверхностный отдел околоушно-жевательной области, *pars superficialis regio paratideomasseterica*.

Внешние ориентиры. Угол и нижний край нижней челюсти (*margo inferior mandibulae*), скуловая дуга (*arcus zygomaticus*), наружный слуховой проход (*meatus acusticus externus*) и пальпируемый передний край жевательной мышцы (*m.masseter*).

Границы. Верхняя – скуловая дуга (*arcus zygomaticus*), Нижняя – нижний край нижней челюсти (*margo inferior mandibulae*), Передняя – передний край жевательной мышцы (*m.masseter*), Задняя – сосцевидный отросток (*processus mastoideus*) и грудино-ключично-сосцевидная мышца (*m. sternocleidomastoideus*).

Жевательно - нижнечелюстное пространство, *spatio massetericomandibularis*

Между *m. masseter* и латеральной поверхностью венечного отростка ветви нижней челюсти, к которому прикрепляется сухожилие височной мышцы, находится жевательно-челюстное пространство, заполненное рыхлой клетчаткой. Оно продолжается под скуловой дугой вверх на наружную поверхность височной мышцы до места ее фиксации к внутренней поверхности височной фасции (апоневроза), то есть до подфасциального (подапоневротического) пространства височной области. По этой щели гнойные затеки проникают из одной области в другую.

8.1. ОКОЛОУШНАЯ СЛЮННАЯ ЖЕЛЕЗА, *GLANDULA PAROTIDEA*

Железа расположена большей частью в заднечелюстной ямке.

Выделяют поверхностную часть (покрыта фасцией) - располагается на наружной стороне жевательной мышцы, а также глубокую (глоточный отросток – не покрыт фасцией). Фасция дает перемычки и делит железу на дольки.

В толще железы проходит:

- лицевой нерв (*n. facialis*)
- ушно-височный нерв (*n. auriculotemporalis*),
- наружная яремная вена (*v. jugularis externa*),
- занижнечелюстная вена (*v. retromandibularis*),
- наружная сонная артерия (*a. carotis externa*),
- верхнечелюстная артерия (*a. maxillaris*)
- поверхностная височная артерия (*a. temporalis superficialis*)
- поперечная артерия лица (*a. transversa faciei*)
- задняя ушная артерия (*a. auricularis posterior*)

Н.В. При гнойном паротите возможно повреждение гноем стенки одного из артериальных или венозных стволов с последующим развитием эрозивного кровотечения.

Фасциальная капсула околоушной железы развита различно: на наружной поверхности железы, на ее передней, нижней и задней сторонах она утолщена.

В капсуле выделяют 2 слабых места (распространение гноя):

Глоточный отросток – не покрыт фасцией, сообщается с окологлоточным пространством

Верхняя часть – прилежит к наружному слуховому проходу, пронизана лимфатическими сосудами.

Проток железы (эпонимическое название выводного протока железы – Стенонов проток) – идет в горизонтальной плоскости на передней поверхности жевательной мышцы, поворачивает на 90 градусов, идет сквозь толщу жирового комка и щечной мышцы, открывается в преддверие рта на уровне 1-2 верхних моляров, либо на уровне 2 моляра (по данным Касаткина).

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

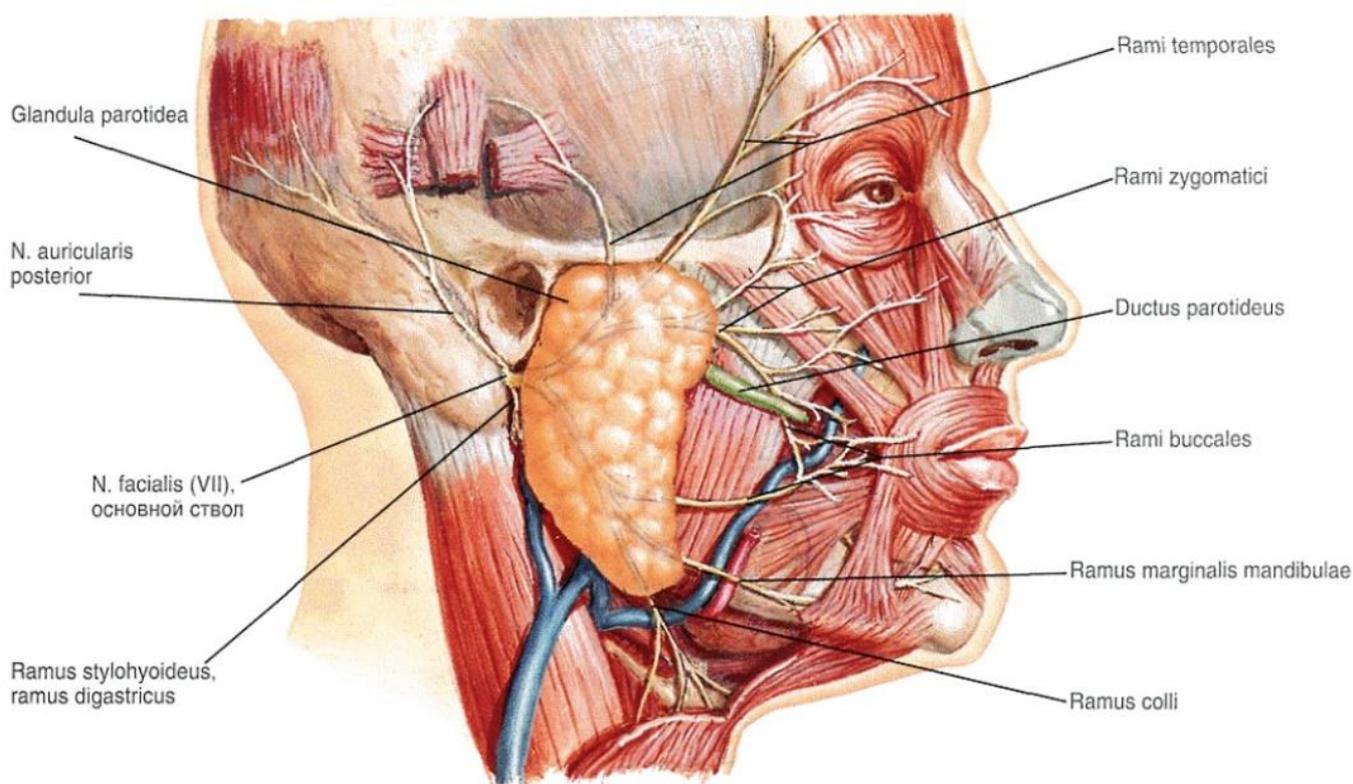


Рисунок 15. Лицевой нерв и околоушная слюнная железа. (В. К. Татьянченко, А. В. Овсянников, 2000)¹⁵

9. ОБЛАСТЬ ГЛАЗНИЦЫ, REGIO ORBITALIS

Глазница, orbita — парное симметричное углубление в черепе, в котором расположено глазное яблоко с его вспомогательным аппаратом.

¹⁵В. К. Татьянченко, А. В. Овсянников. Клиническая анатомия и оперативная хирургия. - Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 2000. - 640 с.

Глазницы у человека имеют форму четырехгранных пирамид, усеченные вершины которых обращены назад, к турецкому седлу в полости черепа, а широкие основания — кпереди, к его лицевой поверхности.

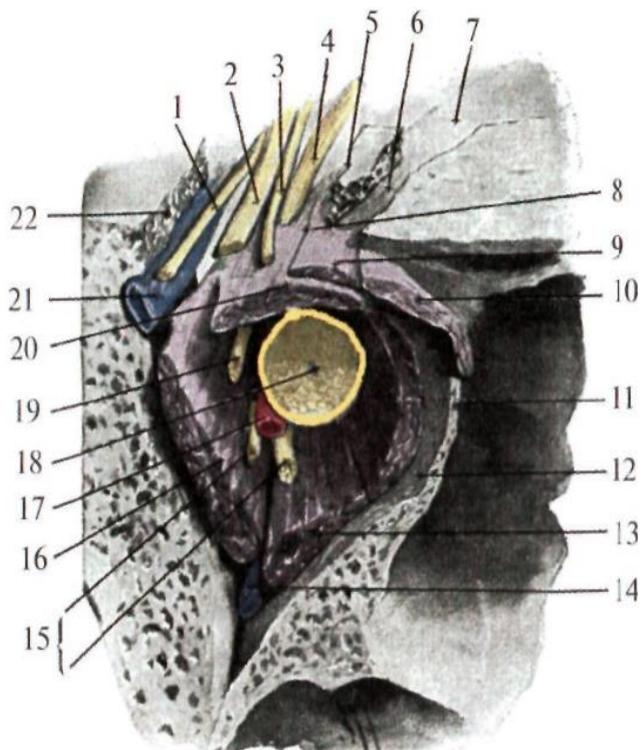
Стенки. Образованы различными по толщине костными пластинками и отделяют глазницу:

верхняя — от передней черепной ямки (*fossa cranii anterior*) и лобной пазухи (*sinus frontalis*);

нижняя — от верхнечелюстной околоносовой пазухи, *sinus maxillaris* (гайморовой пазухи); **медиальная** — от полости носа (*cavitas nasi*) и

латеральная — от височной ямки (*fossa temporalis*).

Почти у самой вершины глазниц расположено округлой формы отверстие около 4 мм в поперечнике — начало костного зрительного канала, *canalis opticus*, длиной 5—6 мм, служащего для прохождения зрительного нерва, *n. opticus*, и глазной артерии, *a. ophthalmica*, в полость черепа.



- 1 — п. lacrimalis; 2 — п. frontalis;
- 3 — п. trochlearis;
- 4, 15 — п. oculomotorius;
- 5, 22 — ala parva ossis sphenoidalis (рассечена);
- 6 — canalis opticus (открытсверху);
- 7, 18 — п. opticus;
- 8 — anulus tendineus communis;
- 9 — m. levator palpebrae superior;
- 10 — m. obliquus superior;
- 11 — m. rectus medialis;
- 12 — pars medialis orbitae;
- 13 — m. rectus inferior;
- 14 — v. ophthalmica inferior;
- 16 — m. rectus lateralis;
- 17 — a. ophthalmica;
- 19 — n. nasociliaris;
- 20 — m. rectus superior;
- 21 — v. ophthalmica superior

Рисунок 16. Задняя стенка глазницы. Зрительный канал. (Николаев А. В., 2007)¹⁶

¹⁶Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. Учебник. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. - 784 с

В глубине глазницы, на границе между верхней и наружной ее стенками, рядом с *canalis opticus*, имеется большая **верхняя глазничная щель, *fissura orbitalis superior***, соединяющая полость глазницы с полостью черепа (средней черепной ямкой).

В ней проходят:

- 1) глазной нерв, *n. ophthalmicus*;
- 2) глазодвигательный нерв, *n. oculomotorius*;
- 3) отводящий нерв, *n. abducens*;
- 4) блоковый нерв, *n. trochlearis*;
- 5) верхняя и нижняя глазные вены, *vv. ophthalmicae superior et inferior*.

На границе между наружной и нижней стенками глазницы расположена **нижняя глазничная щель, *fissura orbitalis inferior***, ведущая из полости глазницы в крыловидно-небную и нижневисочную ямку.

Через нижнюю глазничную щель проходят:

- 1) нижнеглазничный нерв, *n. infraorbitalis*, вместе с одноименными артерией и веной;
- 2) скуловисочный нерв, *n. zygomaticotemporalis*;
- 3) скулолицевой нерв, *n. zygomaticofacialis*;
- 4) венозные анастомозы между венами глазниц и венозным сплетением крыловидно-небной ямки.

На внутренней стенке глазницы имеются дефекты – *дегисценции*, через которые проходят **передние и задние решетчатые отверстия *foramina ethmoidales anterius et posterius***, служащие для прохождения одноименных нервов, артерий и вен из глазниц в лабиринты решетчатой кости и полость носа, где формируются множественные анастомозы.

В толще нижней стенки глазниц пролегает нижнеглазничная борозда, ***sulcus infraorbitalis***, переходящая кпереди в одноименный канал, открывающийся на лицевой поверхности соответствующим отверстием, ***foramen infraorbitale***. Этот канал служит для прохождения нижнеглазничного нерва с одноименными артерией и веной.

Вход в глазницу, *aditus orbitae*, ограничен костными краями и закрыт глазничной перегородкой, *septum orbitale*, которая разделяет область век и собственно глазницу.

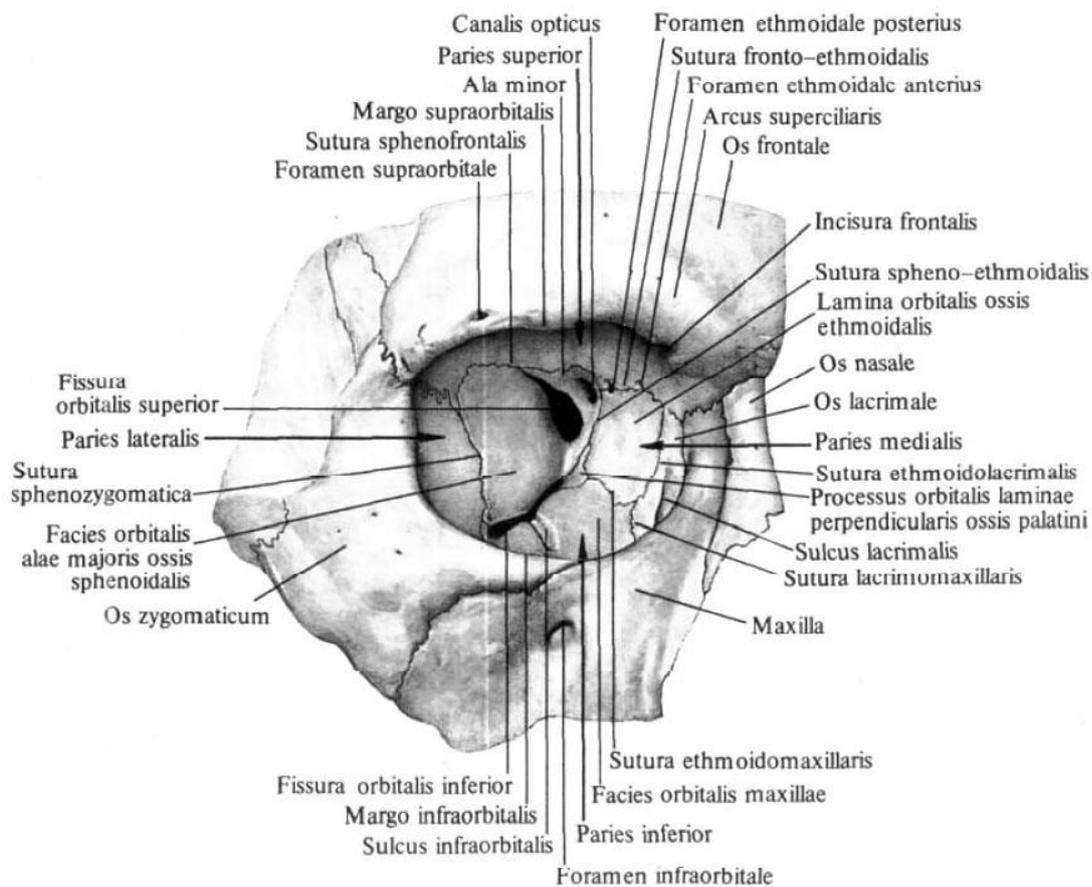


Рисунок 17. Глазница, правая, вид спереди (Николаев А.В.,2007)¹⁷

Веки, *palpebrae*

Это изогнутые по форме переднего сегмента глазного яблока кожно-хрящевые пластинки, защищающие поверхность глаза.

Слезная железа, *glandula lacrimalis*

Слезная железа располагается в слёзной ямке в верхнелатеральной части глазницы. Медиальные части век, лишённые ресниц, ограничивают **слезное озеро, *lacus lacrimalis***.

¹⁷Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. Учебник. - М.: ГЕОТАР-Медиа,2007. - 784 с.

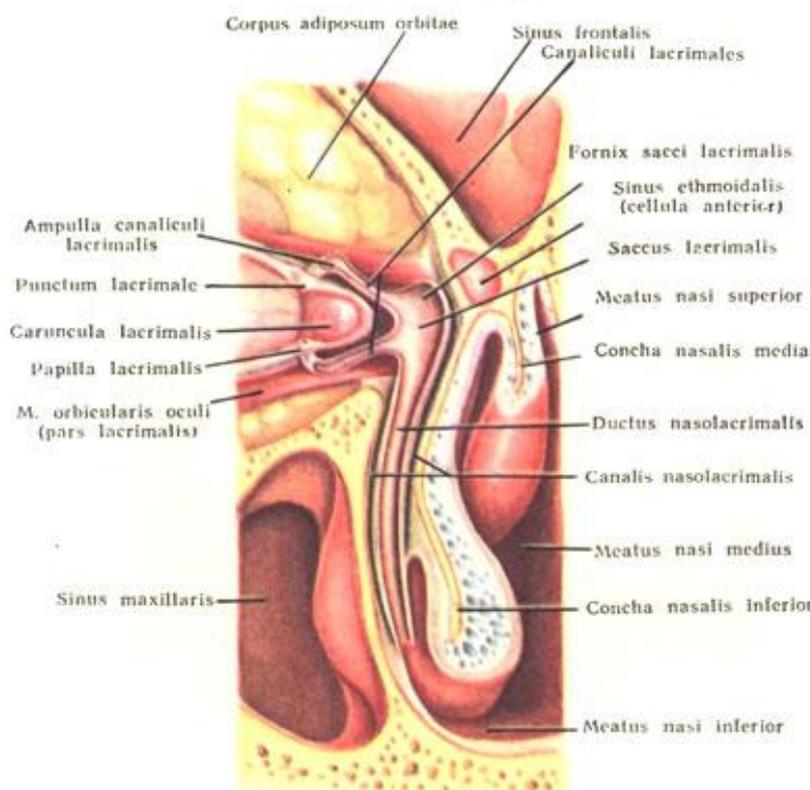


Рисунок 18. Слезный мешок, носослезный проток и канал; правые, спереди (Николаев А.В., 2007)¹⁸

Начинающиеся в этом месте слезные каналы впадают в **слезный мешок**, *saccus lacrimalis*. Содержимое слезного мешка отводится **носослезным протоком**, *ductus nasolacrimalis*, в нижний носовой ход.

10. ПОДГЛАЗНИЧНАЯ ОБЛАСТЬ, REGIO INFRAORBITALIS

Внешние ориентиры. Подглазничный край глазницы (*margo infraorbitalis*) — острый в наружной части и сглаженный при переходе в спинку носа. Книзу от этого края у худощавых людей заметны на глаз клыковая ямка, *fossa canina*, переходящая книзу в альвеолярный отросток верхней челюсти (*processus alveolaris maxillae*), латеральный край наружного носа, скуловая кость (*os zygomaticum*).

¹⁸Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. Учебник. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. - 784 с.

Границы. Верхняя — нижний край глазницы (*margo inferior orbitae*), нижняя — горизонтальная линия, проведенная через кожную часть перегородки носа, медиальная — наружный край носа (*margo externus nasi*), латеральная — вертикальная линия, проведенная от нижнего латерального угла глазницы до пересечения с нижней границей.

11. ОБЛАСТЬ НОСА, REGIO NASALIS

Границы. Верхняя граница области соответствует горизонтальной линии, соединяющей медиальные концы бровей (корень носа), нижняя — линии, проведенной через прикрепление носовой перегородки, а боковые границы определяются носощечными и носогубными складками.

Область носа делится на наружный нос и полость носа:

Наружный нос, *nasus externus*, вверху образован носовыми косточками, сбоку — лобными отростками верхней челюсти и хрящами. Верхний узкий конец спинки носа у лба называется **корнем, *radix nasi***; выше него находится несколько углубленная площадка между надбровными дугами — **надпереносье, *glabella***. Боковые поверхности носа книзу выпуклы, отграничены ясно выраженной **носогубной бороздкой, *sulcus nasolabialis***, подвижны и составляют **крылья носа, *alae nasi***. Между нижними свободными краями крыльев носа образована **подвижная часть носовой перегородки, *pars mobilis septi nasi***.

Полость носа, *cavum nasi*, является начальным отделом дыхательных путей и содержит в себе орган обоняния. Спереди в нее ведет *apertura piriformis nasi*, сзади парные отверстия, **хоаны**, сообщают ее с носоглоткой. Посредством **костной перегородки носа, *septum nasi osseum***, носовая полость делится на две не совсем симметричные половины. Каждая половина носовой полости имеет пять стенок: верхнюю, нижнюю, заднюю, медиальную и латеральную.

Верхняя стенка образуется небольшой частью лобной кости, *lamina cribrosa* решетчатой кости и отчасти клиновидной костью. В состав **нижней стенки**, или дна, входят нёбный отросток верхней челюсти, *processus palatinus*, и горизонтальная пластинка нёбной кости, *lamina*

horizontalis составляющие твердое небо, *palatum osseum*. Дно носовой полости является «крышей» полости рта. **Медиальную стенку** составляет перегородка носа, *septum nasi*.

Задняя стенка имеется лишь на небольшом протяжении в верхнем отделе, так как ниже лежат хоаны. Она образована носовой поверхностью тела клиновидной кости с имеющимся на ней парным отверстием – *apertura sinus sphenoidalis*. В образовании **латеральной стенки** носовой полости участвуют слезная косточка, *os lacrimale*, и *lamina orbitalis* решетчатой кости, отделяющие полость носа от глазницы, носовая поверхность лобного отростка верхней челюсти и ее тонкая костная пластинка, отграничивающая полость носа от верхнечелюстной пазухи, *sinus maxillaris*.

На латеральной стенке носовой полости свисают внутрь три носовые раковины, которыми отделяются друг от друга три носовых хода: верхний, средний и нижний.

Верхний носовой ход, *meatus nasi superior*, находится между верхней и средней раковинами решетчатой кости; он вдвое короче среднего хода и располагается только в заднем отделе носовой полости; с ним сообщаются *sinus sphenoidalis*, *foramen sphenopalatinum* и открываются задние ячейки решетчатой кости.

Средний носовой ход, *meatus nasi medius*, идет между средней и нижней раковинами. В него открываются *cellulae ethmoidales anteriores et mediae* и *sinus maxillaris*.

Нижний носовой ход, *meatus nasi inferior*, проходит между нижней раковиной и дном носовой полости. В его переднем отделе открывается носослезный канал. Пространство между носовыми раковинами и носовой перегородкой обозначается как **общий носовой ход**, *meatus nasi communis*. На боковой стенке носоглотки находится **глоточное отверстие слуховой трубы**, *ostium pharyngeum tubae auditivae* связывающей полость глотки с полостью среднего уха (барабанной полостью). Оно расположено на уровне заднего конца нижней раковины на расстоянии около 1 см кзади от него.

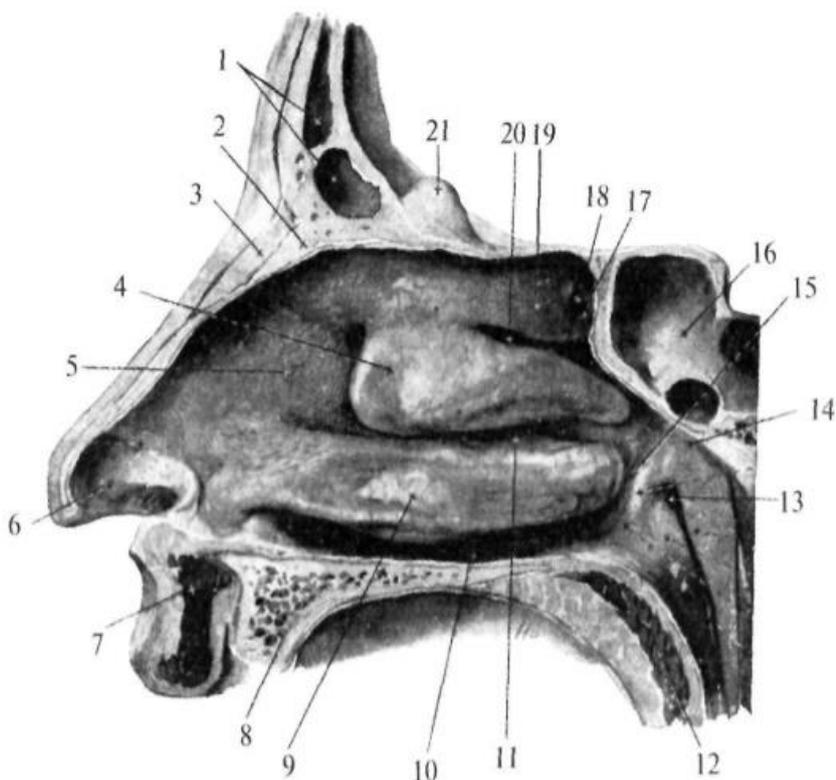


Рисунок 19. Носовые ходы (Синельников Р. Д., Синельников Я.Р., Синельников А. Я.,2016)¹⁹

1 — sinus frontalis; 2 — spina frontalis; 3 — os nasale; 4 — concha nasalis media; 5 — atrium meatus medii; 6 — vestibulum nasi; 7 — labium superius; 8 — palatum durum; 9 — concha nasalis inferior; 10 — meatus nasi inferior; 11 — meatus nasi medius; 12 — palatus molle; 13 — ostium pharyngeum tubae auditivae; 14 — fornix pharyngis; 15 — meatus nasopharyngeus; 16 — sinus sphenoidalis; 17 — recessus sphenothmoidalis; 18 — apertura sinus sphenoidalis; 19 — concha nasalis superior; 20 — meatus nasi superior; 21 — crista galli

¹⁹Синельников Р. Д., Синельников Я. Р., Синельников А. Я. Атлас анатомии человека. Том 1. – М.: Новая волна, 2016.

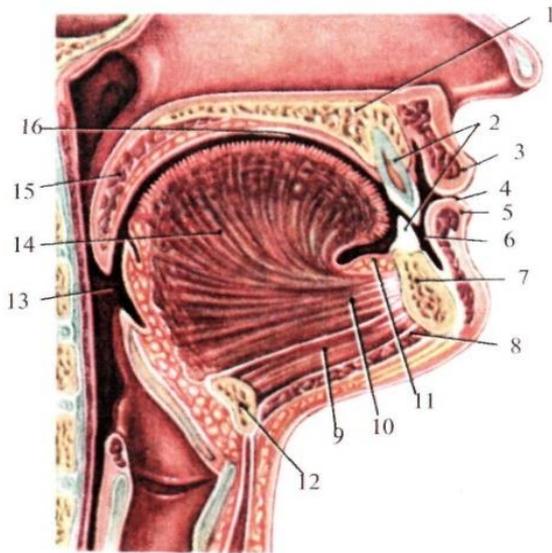
12. ОБЛАСТЬ РТА, REGIO ORALIS

Область рта расположена между областью носа вверху и подбородочной областью внизу.

Границы. Верхняя проходит по горизонтальной линии, проведённой через основание перегородки носа, нижняя — по подбородочно-губной борозде (*sulcus mentolabialis*), по бокам область ограничена носогубными бороздами (*sulcus nasolabialis*). К области рта относятся губы и полость рта.

Губы, labia oris образуют переднюю стенку полости рта; их свободные края окаймляют ротовую щель, *rima oris*, и образуют углы рта.

Ротовая полость, cavitas oris, топографически делится на два отдела — передний, или **преддверие рта, vestibulum oris**, и задний, или **собственно полость рта, cavitas oris propria**, широко сообщающиеся друг с другом при открытом рте.



1 — palatum durum; 2 — dentes; 3 — labium superior; 4 — rima oris; 5 — labium inferior; 6 — vestibulum oris; 7 — mandibula; 8 — m. mylohyoideus; 9 — m. geniohyoideus; 10 — gl. sublingualis; 11 — m. genioglossus; 12 — os hyoideum; 13 — isthmus faucium; 14 — lingua; 15 — palatum molle; 16 — cavum oris proprium.

Рисунок 20. Ротовая полость, сагиттальный срез.

(Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н., 1996)²⁰

²⁰Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Курск, Москва: АОЗТ "Литера", 1996. - 737 с.

При сомкнутых челюстях преддверие сообщается с полостью рта через межзубные пространства и отверстия у концов альвеолярных отростков позади последних моляров обеих челюстей. Основания ветвей нижней челюсти прикрыты крыловидно-челюстной складкой.

12.1. ПРЕДДВЕРИЕ ПОЛОСТИ РТА, *VESTIBULUM ORIS*

В виде узкой подковообразной, повторяющей форму альвеолярных дуг щели распространяется спереди назад.

Границами (стенками) преддверия **спереди** служат губы (*labia oris*), **с боков снаружи** — щеки (*bucca*), **изнутри** — губно-щечные поверхности зубов (*facies labialis et facies buccalis dentis*) и альвеолярные отростки челюстей (*processus alveolaris*).

В преддверие полости рта открываются протоки околоушных слюнных желез. Отверстия протоков располагаются с правой и левой стороны на слизистой оболочке щеки в виде сосочкообразного возвышения на уровне коронки первого или второго моляра верхней челюсти. Под слизистой оболочкой в центре передней поверхности нижней челюсти находится подбородочное отверстие, из которого выходят *a., v. et n. mentales*.

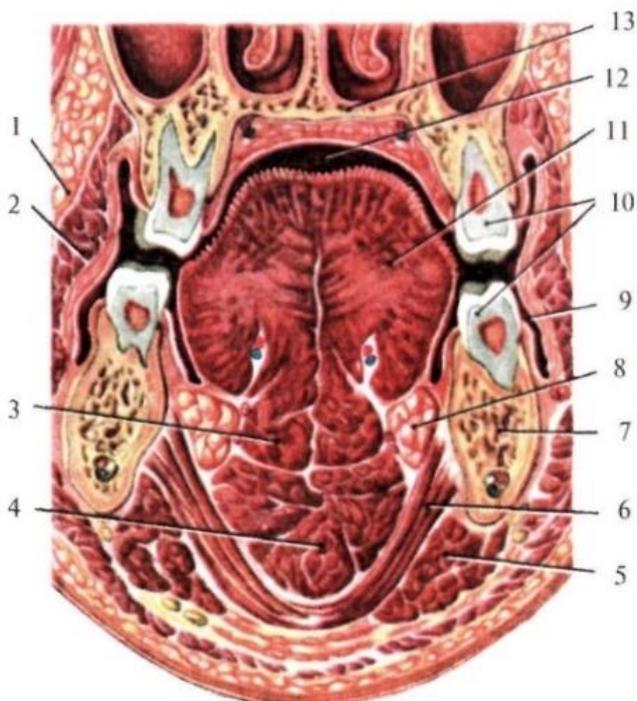


Рисунок 21. Ротовая область, фронтальный срез. (Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н., 1996)²¹

1 — corpus adiposum buccae; 2 — m. buccinator; 3 — m. genioglossus; 4 — m. geniohyoideus; 5 — venter anterior m. digastrici; 6 — m. mylohyoideus; 7 — mandibula; 8 — gl. sublingualis; 9 — vestibulum oris; 10 — dentes; 11 — lingua; 12 — cavum oris proprium; 13 — palatum durum

²¹Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Курск, Москва: АОЗТ "Литера", 1996. - 737 с.

12.2. СОБСТВЕННО ПОЛОСТЬ РТА, *CAVITAS ORIS PROPRIA*

при закрытом рте представляется в виде узкой горизонтальной щели, образуемой сводом твердого неба и языком; боковые края языка при этом плотно прикасаются к челюстям и язычной поверхности зубов. Переднебоковая стенка полости рта представлена альвеолярными отростками с зубами и частично телом и внутренней поверхностью ветвей нижней челюсти и медиальных крыловидных мышц. Сзади полость рта открывается **перешейком зева**, *isthmus faucium*, в **средний отдел глотки**, *pars oralis pharyngis*. Вверху этот отдел связан через носовую часть глотки и отверстие **хоан**, *choanae*, с носовой полостью, внизу – через **гортанную часть глотки**, *pars laryngea pharyngis*, с полостью гортани и пищевода.

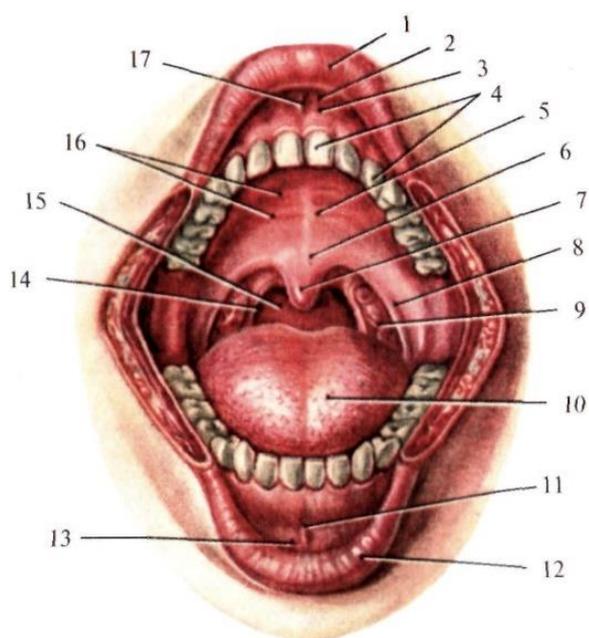


Рисунок 22. Ротовая полость, вид спереди.²²

1 — labium superior; 2 — vestibulum oris; 3 — gingiva; 4 — dentes; 5 — palatum durum; 6 — palatum molle; 7 — uvula; 8 — arcus palatoglossus; 9 — tonsilla palatina; 10 — lingua; 11 — frenulum labii inferior; 12 — labium inferior; 13 — vestibulum oris; 14 — arcus palatopharyngeus; 15 — isthmus faucium; 16 — plicae palatinae transversae; 17 — frenulum labii superior

²²Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. Учебник. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. - 784 с.

Верхняя стенка ротовой полости образована **твердым небом** (*palatum durum*). У переднего конца продольного небного шва, почти непосредственно у шеек центральных резцов, расположено **резцовое отверстие**, *foramen incisivum*, ведущее в одноимённый канал. Через него про ходит *n. nasopalatine* из II ветви тройничного нерва.

В заднебоковых углах неба симметрично расположены **большое и малые небные отверстия**, *foramina palatina majores et minores*, **крыловидно-небного канала**, *canalis palatinus major*. Соединяя крыловидно-небную ямку с полостью рта, крыловидно-нёбный канал служит для прохождения **небных нервов**, *nn. palatini anterior, medialis et posterior*, и **нисходящей нёбной артерии**, *a. palatina descendens*.

Задняя стенка полости рта представлена **мягким небом**, *palatum molle*. Оно состоит из симметрично расположенных мышц мягкого неба и мышцы язычка. При сокращении мышц мягкого неба между его краем, передними дужками и спинкой языка образуется отверстие зева.

Задний край мягкого неба переходит в боковую стенку зева в виде двух складок, **передней и задней небных дужек**, *arcus palatinus anterior et posterior*. В передней располагается **небно-язычная мышца**, *m. palatoglossus*, в задней — **небно-глоточная**, *m. palatopharyngeus*.

Между дужками образуется **миндаликовая ямка**, *fossa tonsillaris*, где помещается **небная миндалина**, *tonsilla palatinae*. Она отделена от стенки глотки рыхлой клетчаткой. Небная миндалина имеет собственную **капсулу**, *capsula tonsillae*, и покрыта слизистой оболочкой.

Небные миндалины вместе с глоточной (задняя стенка носоглотки), язычной (позади корня языка) и двумя трубными миндалинами (глоточные отверстия слуховой (евстахиевой) трубы) образуют **глоточное лимфоидное кольцо**, *anulus lymphoideus pharyngis*, впервые описанное Н.И. Пироговым, а затем Вальдейёром.

Н.В. Патологически увеличенная глоточная миндалина называется аденоидами. Аденоиды затрудняют носовое дыхание, поэтому довольно часто их удаляют хирургическим путем.



Рисунок 23. Увеличение глоточной миндалины - аденоиды (В. К. Татьянченко, А. В. Овсянников, 2000)²³

Нижняя стенка, или дно, полости рта образуется совокупностью мягких тканей, расположенных между языком и кожей надподъязычной части передней области шеи. Основой дна полости рта является **челюстно-подъязычная мышца**, *m. mylohyoideus*, с расположенными над ней мышцами (*mm. genioglossus, geniohyoideus, hyoglossus, styloglossus*). К дну полости рта фиксирован **корень языка**, *radix linguae*.

Язык, *lingua* — мышечный орган, к которому по бокам присоединяются мышцы, идущие от подбородка, подъязычной железы и шиловидного отростка височной кости.

На *m. mylohyoideus*, в промежутке между челюстью и *mm. geniohyoideus* и *genioglossus*, лежит парная **подъязычная слюнная железа**, *glandula sublingualis* или железа Ривинуса.

На дне полости рта слизистая оболочка, переходя на нижнюю поверхность кончика языка, образует по средней линии **уздечку**, *frenulum linguae*. По сторонам от нее, у середины тела нижней челюсти, располагаются **сосочки**, *carunculae sublingualis*, на которых открываются проток поднижнечелюстной слюнной железы и большой проток подъязычной. От *carunculae sublingualis* в стороны и параллельно нижней челюсти расположены **подъязычные валики** или **складки**, *plica sublingualis*. По гребню валиков открываются протоки малых подъязычных желез, заложенных под ними.

²³В. К. Татьянченко, А. В. Овсянников. Клиническая анатомия и оперативная хирургия. - Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 2000. - 640 с

Тотчас позади подъязычного валика в границах 2-3-го моляров, между боковой поверхностью корня языка и внутренней поверхностью тела нижней челюсти имеется ладьеобразное углубление длиной 2-2,5 см и шириной 1-1,5 см. Этот желобок распространяется кзади, до основания передней небной дужки. Он хорошо виден при отведении шпателем языка в противоположную сторону.

Содержимым **челюстно-язычного желобка** является – **язычная вена** (*v. lingualis*), **язычный нерв** (*n. lingualis*), **подъязычный нерв** (*n. hypoglossus*), выводной проток подчелюстной слюнной железы.

12.3. ЗУБЫ, DENTES

Зубы располагаются в виде двух дуг, находящихся одна над другой, *arcus dentalis superior et inferior*, и свободно выступающих коронками в полость рта. При максимальном поднимании нижней челюсти обе дуги смыкаются коронками. Зубы отделяют преддверие рта от собственно полости рта.

В **зубе**, *dens*, различают **коронку**, *corona dentis*, **шейку**, *cervix dentis*, и **корень**, *radix dentis*. Дентин, являющийся их основой, в области коронок покрыт эмалью, а на корне — цементом. Внутри зуба находится **полость**, *cavitas dentis*, продолжающаяся в корень (или корни) в виде **канала**, *canalis radialis dentis*. Последний на верхушках корней зуба заканчивается **отверстием**, *foramen apicis dentis*. Полость зуба заполнена **пульпой**, *pulpa dentis*, в которую через верхушечное отверстие корня проникают из челюстей сосуды и нервы.

Соединение корня зуба со стенкой луночки происходит по типу вколачивания (*gomphosis*). Связка, удерживающая в луночке корень зуба, называется **периодонтом**, *periodontium*.

Передние зубы называются **резцами**, *dentes incisivi*. По бокам от резцов, в участке наибольшего изгиба зубной дуги, находятся зубы с остроконечными коническими коронками — **клыки**, *dentes canini*. Кзади от них расположены двухбугорковые малые коренные зубы, или **премоляры**, *dentes premolares*. Самые задние, многобугорковые зубы, называются большими коренными зубами — **молярами**, *dentes molares*.

13. ПОДБОРОДОЧНАЯ ОБЛАСТЬ, *REGIO MENTALIS*

Непарная область, располагающаяся между областью рта и подбородочным выступом.

Внешние ориентиры. Подбородочный выступ (*protuberantia mentalis*), подбородочные бугорки (*tubercula mentalia*), нижняя губа (*labium inferius*), подбородочно-губная борозда (*sulcus mentolabialis*).

Границы. Сверху — подбородочно-губная борозда (*sulcus mentolabialis*), снизу — основание (нижний край) нижней челюсти (*basis (margo inferior) mandibulae*), по бокам — вертикальные линии, идущие вниз от углов рта.

14. СКУЛОВАЯ ОБЛАСТЬ, *REGIO ZYGOMATICA*

Скуловая область – небольшой участок лица, соответствующий положению скуловой кости. Он обычно выдается над уровнем соседних областей за счет наличия выступающей скуловой поверхности.

Границы. Верхняя — нижненааружный край глазницы (выше и кзади располагается передненижний отдел височной области, выше и кпереди — глазница), нижняя — нижний край скуловой кости, *margo inferior ossis zygomatici* и ее височного отростка, *processus temporalis* (ниже располагается щечная область), передняя — скулочелюстной шов, *sutura zygomaticomaxillaris* (кпереди располагается подглазничная область), задняя граница соответствует височноскуловому шву, *sutura temporozygomatica* (кзади располагается околоушно-жевательная область).

15. ГЛУБОКАЯ БОКОВАЯ ОБЛАСТЬ ЛИЦА, *REGIO FACIALIS LATERALIS PROFUNDA*

Данная область занимает подвисочную ямку

Границы. Спереди – подвисочная поверхность бугра верхней челюсти (*facies infratemporalis tuber maxillae*), сверху – большое крыло клиновидной кости (*ala major ossis sphenoidalis*), сзади – околоушная слюнная железа (*glandula parotidea*), внизу замыкается на месте прикрепления к углу нижней челюсти жевательной и медиальной крыловидной мышц.

В глубоком отделе области различают два пространства:

Височно-крыловидное (*spatium temporopterygoideum*) – располагается между внутренней поверхностью нижней половины височной мышцы и латеральной крыловидной мышцей.

Содержит: *a.maxillaris* и ее ветви, *n.buccalis*, *plexus pterygoideus*, клетчатку.

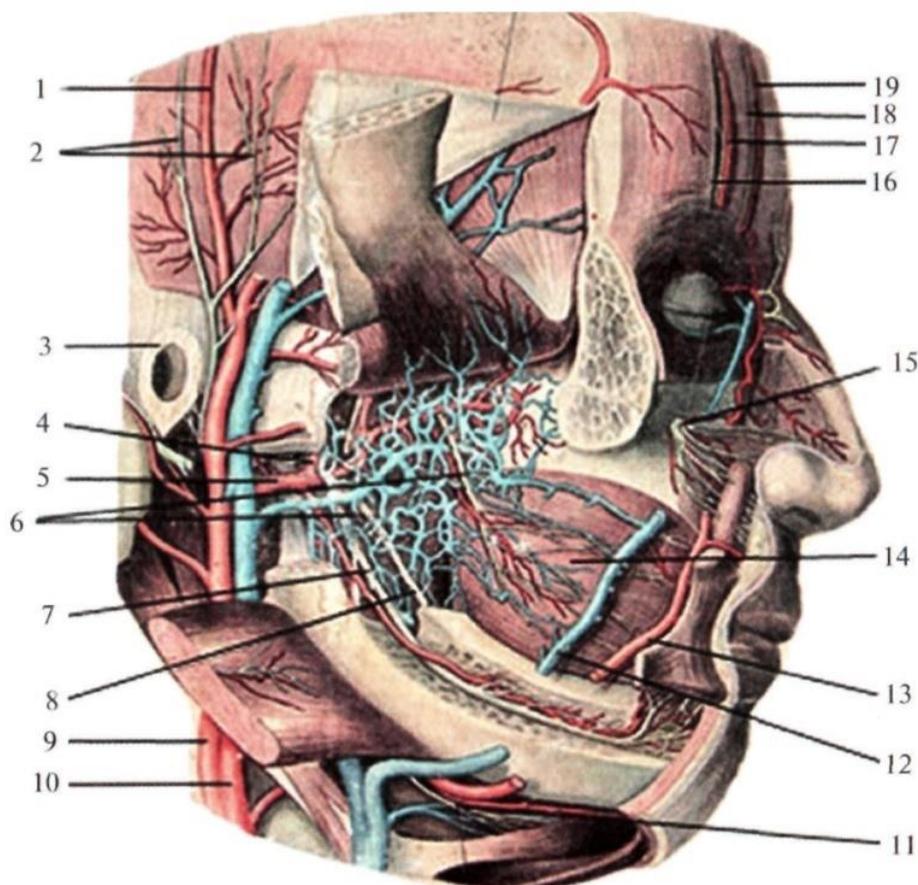


Рисунок 24. Венозное крыловидное сплетение. (В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, А. А. Кулаков, М. Э. Петросян, 2010)²⁴

1 — *a. temporalis superficialis*; 2 — *n. auriculotemporalis*; 3 — *meatus acusticusexternus*; 4 — *a. meningea media*; 5 — *a. maxillaris*; 6 — *plexus venosus pterygoideus*; 7 — *n. alveolaris inferior*; 8 — *n. lingualis*; 9 — *a. carotis interna*; 10 — *a. carotis externa*; 11 — *n. mylohyoideus*; 12 — *v. facialis*; 13 — *a. facialis*; 14 — *m. buccinator*; 15 — *n. infraorbitalis*; 16 — *n. supraorbitalis*; 17 — *a. supraorbitalis*; 18 — *n. supratrochlearis*; 19 — *a. supratrochlearis*.

²⁴В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, А. А. Кулаков, М. Э. Петросян. Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи: учебник / М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. -528 с.: ил.

Межкрыловидное (*spatium interpterygoideum*) – располагается между *mm. Pterygoideus lateralis et medialis*.

Содержит: *n.mandibularis, n.buccalis, n.alveolaris inferior, n.lingualis, n.auriculotemporalis*.

В стоматологии наружный отдел рассматриваемого пространства нередко называют крыловидно-челюстным промежутком (*spatium pterigomandibulare*)

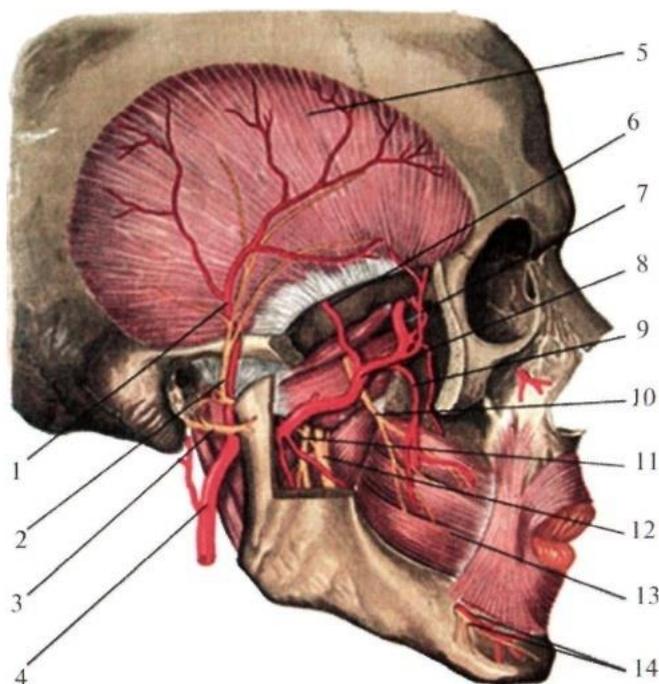


Рисунок 25. Глубокие артерии и нервы лица. (Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н., 1996)²⁵

1 — a. temporalis superficialis; 2 — п. auriculotemporalis; 3 — п. facialis; 4 — a. carotis externa; 5 — m. temporalis; 6 — a. temporalis profunda; 7 — a. meningea media; 8 — a. maxillaris; 9 — a. buccalis; 10 — n. buccalis; 11 — n. alveolaris inferior; 12 — n. lingualis; 13 — m. buccinator; 14 — a. et n. submentales

Крыловидно-небная ямка (*fossa pterygopalatina*), расположена в переднемедиальном отделе области. Она ограничена **сзади** крыловидным отростком (*processus pterygoideus*), **спереди** — бугром

²⁵Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Курск, Москва: АОЗТ "Литера", 1996. - 737 с.

верхней челюсти (*tuber maxillae*), **изнутри** — перпендикулярной пластинкой нёбной кости (*lamina perpendicularis ossis palatini*).

Постепенно сужаясь книзу, ямка переходит в *canalis palatinus major*. Из щечной области в крыловидно-нёбную ямку поднимается одноименный отросток жирового тела щеки. Из средней черепной ямки через круглое отверстие черепа, *foramen rotundum*, в нее входит верхнечелюстной нерв, *n. maxillaris* (II ветвь тройничного нерва). Его прямым продолжением является *n. infraorbitalis*, который входит в подглазничный канал (в нижней стенке глазницы, образованной верхнечелюстной костью) и до своего выхода в подглазничную область отдает верхние альвеолярные и десневые ветви, иннервирующие верхние зубы и десны.

15.1 ОКОЛОГЛОТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО, *SPATIUM PERIPHARYNGEUM*

Наиболее глубоким отделом области является глотка с окружающим ее окологлоточным пространством. Оно состоит из **заглоточного пространства**, *spatium retropharyngeum*, и двух **боковых**, *spatium lateropharyngeum*.

Заглоточное пространство расположено между глоткой (с ее фасцией) и предпозвоночной фасцией и тянется от основания черепа до уровня VI шейного позвонка, где переходит в *spatium retroviscerale* шеи.

Непосредственно к глубокому отделу лица прилежит боковое окологлоточное пространство. **Вверху** оно достигает основания черепа (*basis cranii*), а **внизу** — подъязычной кости (*os hyoideum*). **Снаружи** боковое пространство ограничено медиальной крыловидной мышцей (*m. pterygoideus medialis*) и покрывающей ее фасцией и околоушной железой (*glandula parotidea*), **сзади** — поперечными отростками шейных позвонков (*processus transversus vertebrae cervicales*),

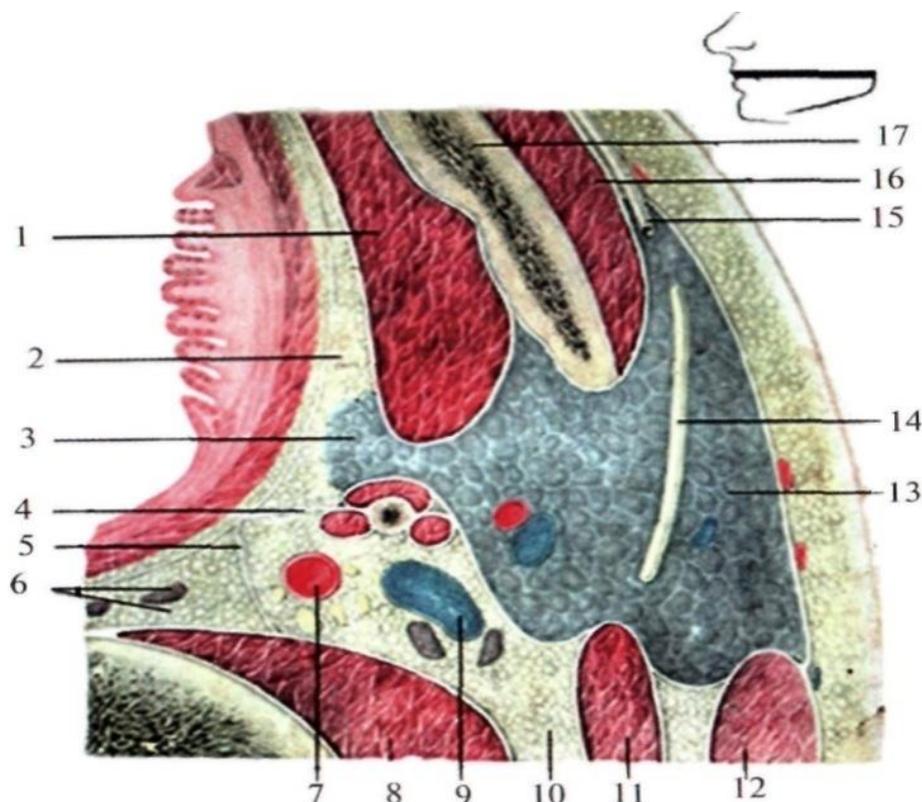


Рисунок 26. Окологлоточное пространство на поперечном срезе.
(Д. В. Баженов, В. М. Калиниченко, 2013)²⁶

1 — m. pterygoideus medialis; 2 — передний отдел парафарингеального пространства; 3 — глоточный отросток околоушной железы; 4 — aponeurosis stylopharyngeus; 5 — позвоночно-глоточный отросток; 6 — spatium retropharyngeum et nodi retropharyngei; 7 — a. carotis interna; 8 — mm. prevertebrales; 9 — v. jugularis interna; 10 — задний отдел парафарингеального пространства; 11 — m. digastricus; 12 — m. sternocleidomastoideus; 13 — gl. parotidea; 14 — n. facialis; 15 — ductus parotideus; 16 — m. masseter; 17 — mandibula.

изнутри — боковой стенкой глотки и идущими от глотки к основанию поперечных отростков боковыми глоточно-позвоночными фасциальными отрогами, отделяющими боковые окологлоточные пространства от заглоточного.

Каждое боковое окологлоточное пространство делится, в свою очередь, на переднее и заднее с помощью пучка мышц и фасции, начинающихся от шиловидного отростка (шилодиафрагма).

²⁶Д. В. Баженов, В. М. Калиниченко. Анатомия головы и шеи. Введение в клиническую анатомию. - Москва, - 2013. - 464 с.

К переднему отделу бокового окологлоточного пространства примыкают изнутри — небная миндалина (*tonsilla palatina*), снаружи (в промежутке между медиальной крыловидной мышцей и шиловидным отростком) — глоточный отросток околоушной железы (*processus pharyngeum*). В заднем отделе бокового окологлоточного пространства позади «шилодиафрагмы» проходят внутренняя яремная вена, *v. jugularis interna* (снаружи), внутренняя сонная артерия, *a. carotis interna* (изнутри), и 4 черепных нерва: языкоглоточный, *n. glossopharyngeus* (IX пара), блуждающий, *n. vagus* (X пара), добавочный, *n. accessorius* (XI пара), и подъязычный, *n. hypoglossus* (XII пара).

Н.В. Клетчатка боковых окологлоточных и заглоточного пространств играет значительную роль в развитии глубоких флегмон лица и шеи.

Инфицирование окологлоточного пространства нередко наблюдается при гнойных паротитах, при воспалении клетчатки межкрыловидного промежутка, при воспалении десны нижней челюсти, поражениях 7-го и 8-го зуба нижней челюсти. Воспаление клетчатки бокового окологлоточного пространства может приводить к затруднению глотания и дыхания. При переходе инфекции из переднего отдела бокового окологлоточного пространства в задний (разрушение «шилодиафрагмы») возможно появление симптомов поражения черепных нервов. Возникает также опасность некроза стенки внутренней сонной артерии и последующего аррозивного кровотечения, чаще всего смертельного. Еще одним осложнением может быть септический тромбоз внутренней яремной вены.

По ходу фасциального влагалища сонного сосудисто-нервного пучка инфекция может распространиться в верхнее средостение. В случае попадания инфекции в заглоточное пространство дальнейшее ее распространение вдоль задней стенки глотки и далее вдоль пищевода может приводить к развитию заднего медиастинита.

16. КРОВОСНАБЖЕНИЕ ЛИЦА

Кровоснабжение лицевого отдела головы осуществляется двумя системами: поверхностной и глубокой

Поверхностную артериальную сеть лица представляют лицевая артерия (*a. facialis*) и поперечная артерия лица (*a. transversa facii*).

A. facialis является одной из ветвей *a. carotis externa* которая перебрасываясь через угол нижней челюсти отдает начальные ветви к губам (*a. labialis sup. et. inf.*), к крыльям носа (*rr. nasales*), колумелле. В углу глаза она меняет свое название и называется *a. angularis*, где анастомозирует с ветвями верхнечелюстной артерии (*a. maxillaris*) и ветвями *a. ophthalmica* из системы *a. carotis interna* (внутренняя сонная артерия).

Глубокую артериальную сеть лица представляет верхнечелюстная артерия (*a. maxillaris*, являющаяся ветвью *a. carotis externa*), со своими ветвями, которые анастомозируют как с ветвями внутренней сонной артерии (*a. carotis interna*) так и с ветвями наружной сонной, представляющими поверхностную артериальную сеть лицевого отдела головы.

Таким образом кровоснабжение лица осуществляется как ветвями наружной сонной артерии, так и ветвями внутренней сонной артерии, анастомозирующими между собой. Анастомозы имеют значение, например, при лечении резаной раны губы необходимо пережать обе лицевые артерии, чтобы остановить кровотечение.

На лице раны быстро и легко заживают благодаря хорошему кровоснабжению.

17. ВЕНОЗНЫЙ ОТТОК ОТ ЛИЦА

Вены распределены на лице так же, как и артерии. Многие из них, кроме того, имеют те же названия.

Венозный отток осуществляется поверхностной и глубокой системами.

Поверхностная представлена *v. facialis et v. retromandibularis*.

Глубокая – крыловидное венозное сплетение, *plexus venosus pterygoideus*.

Связующим звеном между поверхностной и глубокой системами является глубокая вена лица *v. profunda facies*.

В конечном итоге по всем этим венам кровь оттекает во внутреннюю яремную вену, *v. jugularis interna*. Важно отметить, что вены лица анастомозируют также с венами, впадающими в пещеристый синус твердой мозговой оболочки (через *v. ophthalmica*, а также через эмиссарные вены на наружном основании черепа), вследствие чего гнойные процессы на лице (фурункулы) по ходу вен могут распространяться на оболочки мозга с развитием тяжелых осложнений (менингита, флебита синусов и т. д.).

Важным является то, что кроме антеградного обычного пути есть еще ретроградный путь оттока. Обычно кровь собирается с области лица во внутреннюю яремную вену *v. jugularis interna*, которая является общим венозным коллектором для всех вен мозгового и лицевого отделов головы.

В случае воспалительных процессов лица кровь направляется в обратном направлении – ретроградном. При этом существует несколько путей проведения инфицированного эмбола в пещеристый синус (*sinus cavernosus*):

1. *v. facialis* -> *v. angularis* -> *v. ophthalmica superior* -> *sin. cavernosus*
2. *v. facialis* -> *v. angularis* -> *v. ophthalmica inferior* -> *sin. cavernosus*
3. *v. facialis* -> *v. profunda facii* -> *plexus venosus pterygoideus emissarium* -> *sin. cavernosus*
4. *v. retromandibularis* -> *v. maxillaris* -> *plexus venosus pterygoideus emissarium* -> *sin. cavernosus*

Таким образом вены не имеют клапанов, густо петлистая сеть венозных анастомозов повышает риск распространения гнойной инфекции из поверхностных образований лица в глубокие, а также в синусы твердой мозговой оболочки (*sinus cavernosus*)

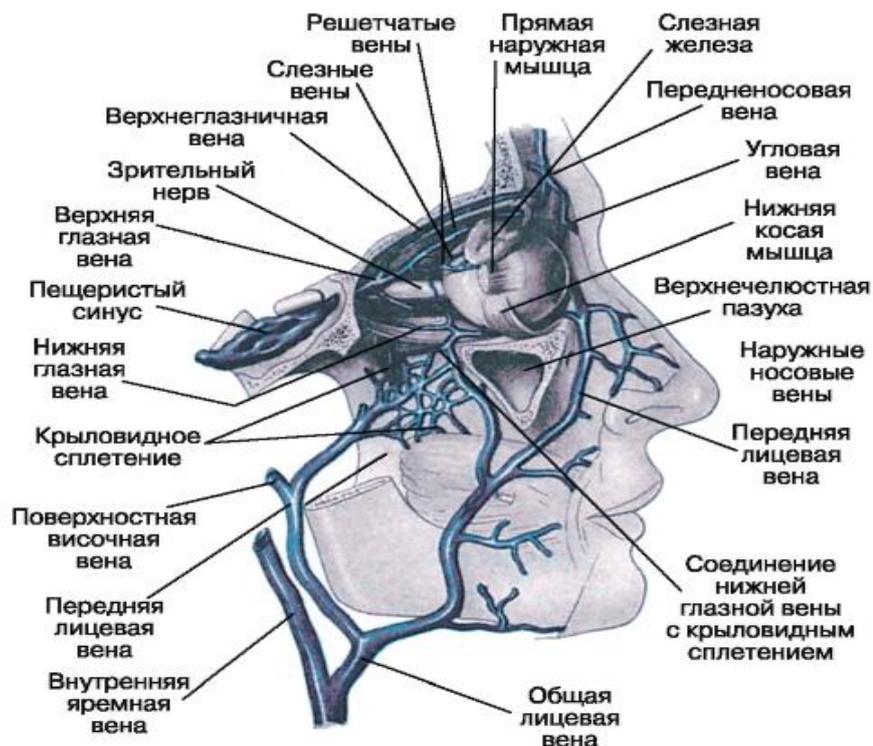


Рисунок 27. Глубокие вены глазницы и лица (Синельников Р. Д., Синельников Я. Р., Синельников А. Я., 2016)²⁷

Ярким примером роли венозных анастомозов в развитии инфекционных осложнений служит исторический факт:

3 января 1819 г. Екатерина Павловна, королева Вюртембергская, выдавала прыщик в правом уголке рта, который затем перерос в фурункул. 5 января её самочувствие ухудшилось и 9 января в 8.30 утра королева скончалась. Ей было всего 30 лет.



Рисунок 28. Екатерина Павловна²⁸

²⁷Синельников Р. Д., Синельников Я. Р., Синельников А. Я. Атлас анатомии человека. Том 1. – М.: Новая волна, 2016.

²⁸LiveJournal[Сайт]. – Режим доступа: [https://catherine-catty.livejournal.com/tag/Екатерина%20Павловна%20\(великая%20княжна\)](https://catherine-catty.livejournal.com/tag/Екатерина%20Павловна%20(великая%20княжна))

18. ЛИМФООТТОК

Лимфатические сосуды тканей медиальных отделов лица направляются к подчелюстным и подподбородочным узлам. Часть этих сосудов прерывается в щечных узлах (*nodi lymphatici buccales; faciales profundi*), лежащих на наружной поверхности щечной мышцы, часть – в челюстных узлах (*nodi lymphatici mandibulares*), лежащих у переднего края жевательной мышцы, несколько выше края нижней челюсти.

Лимфатические сосуды тканей медиальных отделов лица, ушной раковины и височной области направляются к узлам, лежащим в области околоушной железы, причем часть лимфатических сосудов ушной раковины оканчивается в заушных лимфатических узлах (*nodi lymphatici retroauriculares*). В области *gl. parotis* имеется две группы связанных между собой околоушных лимфатических узлов, из которых одна лежит поверхностно, другая – глубоко: *nodi lymphatici parotidiei superficiales et profundi*. Поверхностные околоушные узлы располагаются либо вне капсулы железы, либо тотчас под капсулой; одни из них лежат впереди козелка ушной раковины (*nodi lymphatici auriculares anteriores*), другие – ниже ушной раковины, вблизи заднего края нижнего полюса околоушной железы. Глубокие околоушные узлы лежат в толще железы, преимущественно по ходу наружной сонной артерии. От околоушных узлов лимфа оттекает в глубокие шейные лимфатические узлы.

Лимфатические сосуды глазницы проходят через нижнюю глазничную щель и заканчивается частью в щечных узлах, частью в узлах, расположенных на боковой стенке глотки.

Лимфатические отделы от передних отделов полостей носа и рта заканчиваются в подчелюстных и подбородочных узлах.

Лимфатические сосуды от задних отделов полостей рта и носа, а также от носоглотки собираются частью в заглоточные узлы, расположенные в клетчатке окологлоточного пространства, частью в глубокие шейные узлы.

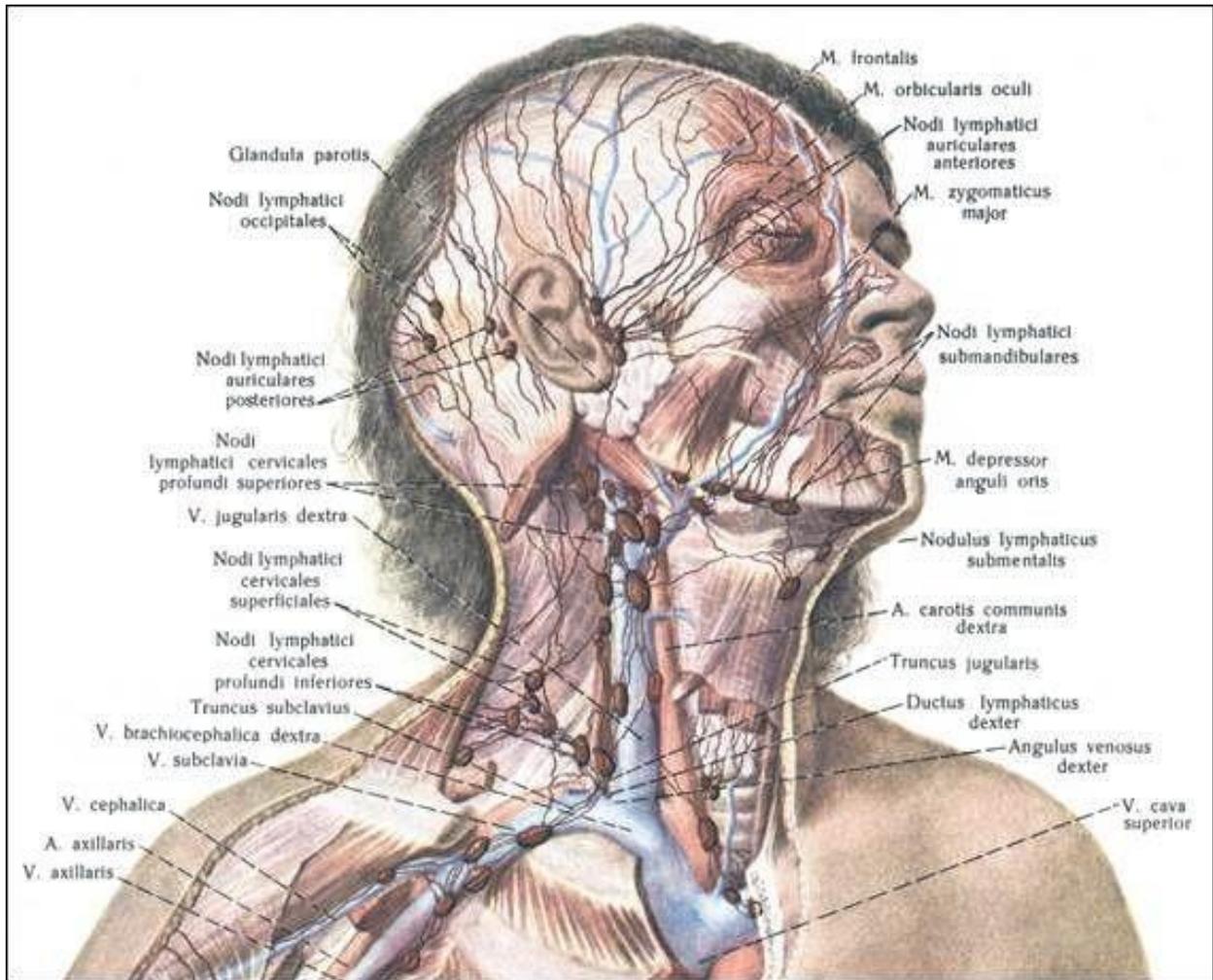


Рисунок 29. Лимфатические узлы головы и шеи (Sobotta, 2010)²⁹

19. ИННЕРВАЦИЯ ЛИЦА

Чувствительная иннервация на лице обеспечивается ветвями тройничного нерва (*n. trigeminus*, V пара ЧМН): *n. ophthalmicus* (I ветвь), *n. maxillaris* (II ветвь), *n. mandibularis* (III ветвь). Ветви тройничного нерва для кожи лица выходят из костных каналов, отверстия которых расположены на одной вертикальной линии: ветви тройничного нерва и *foramen mentale* для *n. mentalis* из III ветви тройничного нерва

foramen (или *incisura*) *supraorbital* для *n. supraorbitalis* из I ветви тройничного нерва, *foramen infraorbitale* для *n. infraorbitalis* из II

²⁹Sobotta. Атлас анатомии человека / Под ред. Р. Путца, Р. Пабста. - Москва, -2010. - 432 с.

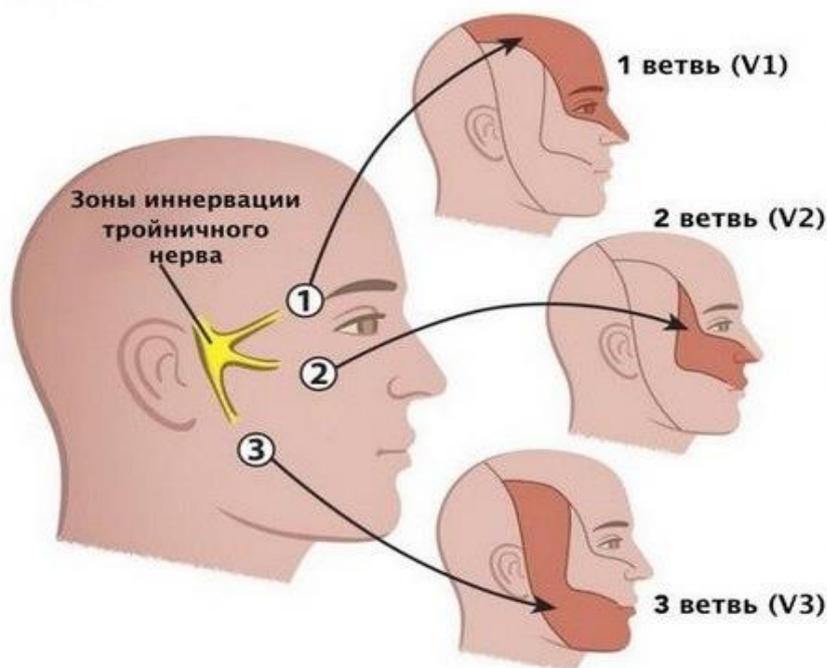


Рисунок 30. Зоны иннервации тройничного нерва³⁰

Двигательные нервы на лице относятся к двум системам – лицевого нерва (*n. facialis*) и третьей ветви тройничного (*n. mandibularis*). Первый снабжает мимическую, второй – жевательную мускулатуру.

Лицевой нерв (*n. facialis*) по выходе из костного канала (*canalis facialis*) через *foramen stylomastoideum* вступает в толщу околоушной слюнной железы. Здесь он рассыпается на многочисленные ветви, образующие сплетение (*plexus parotideus*);

отмечается 5 групп радиально (в виде гусиной лапки) расходящихся ветвей лицевого нерва – височные ветви, скуловые, щечные, краевая ветвь нижней челюсти (*ramus marginalis mandibulae*) и шейная ветвь (*ramus colli*).

Кроме того, имеется задняя ветвь (*n. auricularis posterior*). Этот нерв снабжает мимические мышцы лица, лобную и затылочную мышцы, подкожную мышцу шеи (*m. platysma*), *m. stylohyoideus* и заднее брюшко *m. digastricus*.

³⁰Чувствительная иннервация внутренних органов [Электронный ресурс]: презентация. – Режим доступа: <https://en.ppt-online.org/214054>. – Загл. с экрана.

Прохождение нерва по каналу в толще височной кости по соседству с внутренним и средним ухом объясняет возникновение параличей или парезов лицевого нерва, наступающих иногда как осложнение при гнойных воспалениях этих отделов. Поэтому и оперативные вмешательства, производимые здесь (особенно по соседству с сосцевидной частью канала лицевого нерва), могут сопровождаться повреждением нерва при несоблюдении правил трепанации. При периферическом параличе лицевого нерва глаз не может закрываться, глазная щель остается открытой, угол рта на больной стороне опущен. Третья ветвь тройничного нерва снабжает, помимо жевательных мышц – *m.masseter*, *m.temporalis*, *m.pterygoideus lateralis et medialis*, переднее брюшко *m.digastricus* и *m.mylohyoideus*.

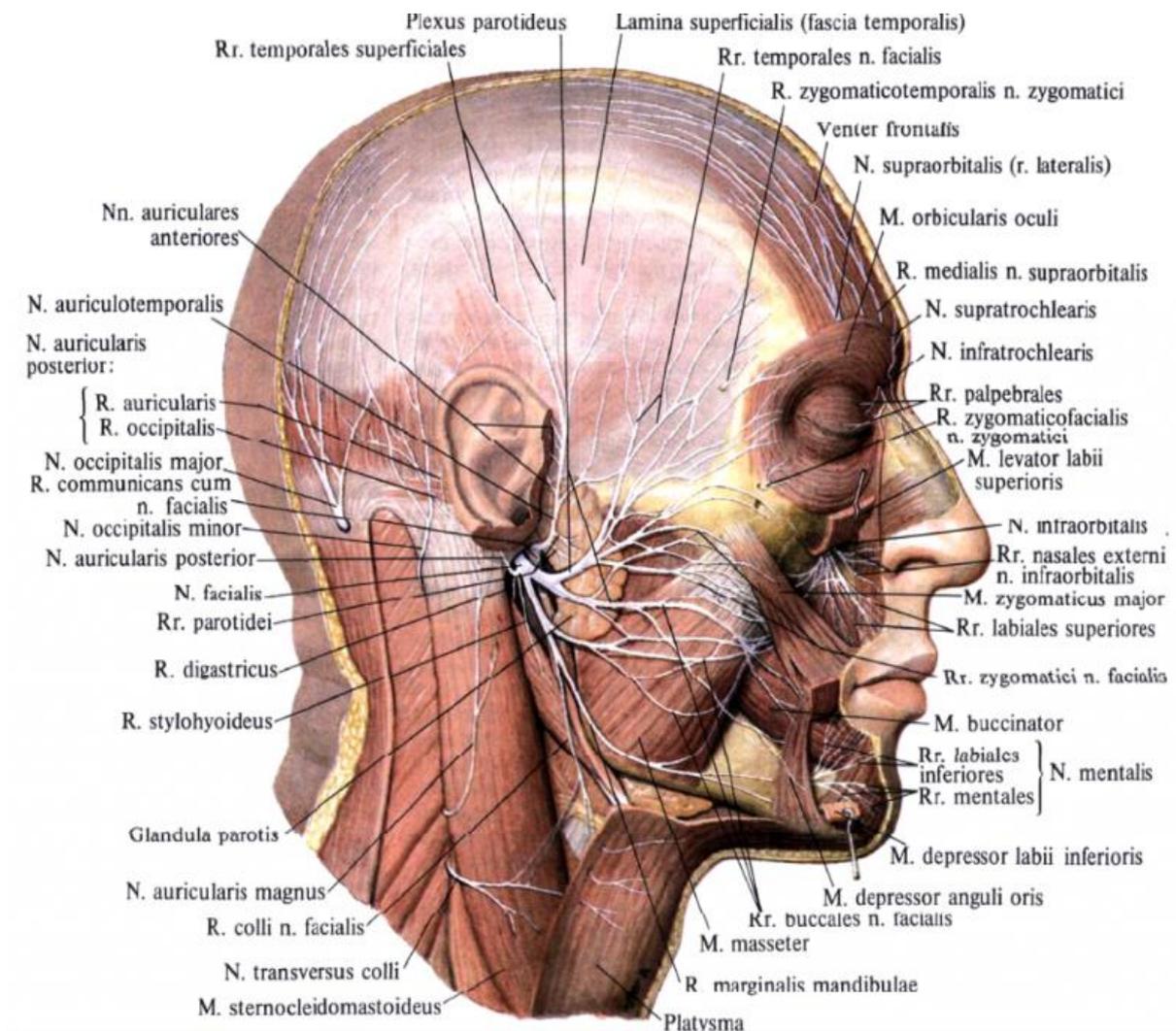


Рисунок 31. Лицевой нерв, правый (Sobotta, 2010)³¹

³¹Sobotta. Атлас анатомии человека / Под ред. Р. Путца, Р. Пабста. - Москва, -2010. - 432 с.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов:

1.ЛИЦЕВОЙ НЕРВ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ИННЕРВАЦИЮ

- 1) слезной железы
- 2) поднижнечелюстной слюнной железы
- 3) подъязычной слюнной железы
- 4) жевательных мышц
- 5) мимических мышц

2.НОСОСЛЕЗНЫЙ КАНАЛ СОЕДИНЯЕТ ГЛАЗНИЦУ С

- 1) передними ячейками решетчатой кости
- 2) задними ячейками решетчатой кости
- 3) нижним носовым ходом
- 4) крылонебной ямкой
- 5) средним носовым ходом

3.ФАСЦИАЛЬНЫЙ ФУТЛЯР ВЫРАЖЕН

- 1) у щечной мышцы
- 2) у большой скуловой мышцы
- 3) у малой скуловой мышцы
- 4) у мышцы, опускающей угол рта

4.ПРИ ФУРУНКУЛЕ ОБЛАСТИ НОСОГУБНОЙ СКЛАДКИ ЛИЦА ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕНОСИТСЯ В

- 1) sinus cavernosus
- 2) sinus sagittalis inferior
- 3) sinus sigmoideus
- 4) sinus petrosus superior
- 5) sinus rectus

5.ПРОЕКЦИОННАЯ ЛИНИЯ ВЫВОДНОГО ПРОТОКА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДИТСЯ

- 1) от основания козелка уха до угла рта
- 2) параллельно нижнему краю глазницы отступая книзу на 5мм
- 3) от основания козелка уха к крылу носа
- 4) от угла челюсти к углу рта

6.ИНФЕКЦИЯ ПОПАДАЕТ В ПЕЩЕРИСТУЮ ПАЗУХУ ПРИ ГНОЙНОМ ПРОЦЕССЕ В ОБЛАСТИ НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ЧЕРЕЗ ВЕНЫ

- 1) лицевую, угловую, глазную
- 2) лицевую, наружную яремную
- 3) лицевую, внутреннюю яремную
- 4) лицевую, поверхностную височную

7.ПРИ ФЛЕГМОНЕ ЗАДНЕГО ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА МОЖЕТ ОТКРЫТЬСЯ АРРОЗИВНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ АРТЕРИИ

- 1) наружной сонной
- 2) внутренней сонной
- 3) лицевой
- 4) язычной

8. ПРОРЫВ ГНОЯ ЧЕРЕЗ ГЛОТОЧНЫЙ ОТРОГ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗМОЖЕН В КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО

- 1) челюстно-жевательное
- 2) в межкрыловидное
- 3) в передний отдел бокового окологлоточного пространства
- 4) в задний отдел бокового окологлоточного пространства.

9. КРЫЛОВИДНОЕ (ВЕНОЗНОЕ) СПЛЕТЕНИЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ В:

- 1) верхняя глазная вена
- 2) лицевая вена
- 3) медиальная вена век
- 4) межвенозные анастомозы
- 5) пещеристый синус
- 6) угловая вена

10. АНЕСТЕЗИОЛОГ, ПРОВОДЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ МАСОЧНЫЙ ЭФИРНЫЙ НАРКОЗ, УДЕРЖИВАЕТ РУКАМИ НАРКОЗНУЮ МАСКУ И ВЫДВИГАЕТ ВПЕРЕД НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ БОЛЬНОГО, ПРЕДУПРЕЖДАЯ ЗАПАДЕНИЕ ЯЗЫКА. ОДНОВРЕМЕННО ОН ИМЕЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ СЛЕДИТЬ ЗА ПУЛЬСОМ БОЛЬНОГО, ИСПОЛЬЗУЯ НАИБОЛЕЕ УДОБНУЮ ПУЛЬСОВУЮ ТОЧКУ:

- 1) в медиальной части щечной области выше надглазничной вырезки
- 2) в носогубной складке у медиального угла глаза
- 3) впереди козелка ушной раковины над скуловой дугой

4) на нижней челюсти у переднего края собственно жевательной
мышцы

11. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ РАЗВИЛСЯ
ПАРАЛИЧ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА, ЧТО
УКАЗЫВАЕТ НА ВОСПАЛЕНИЕ НЕРВА:

- 1) верхнечелюстного
- 2) лицевого
- 3) нижнечелюстного
- 4) подглазничного
- 5) тройничного

12. ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ ИННЕРВИРУЮТСЯ НЕВРОМ:

- 1) верхнечелюстным
- 2) добавочным
- 3) лицевым
- 4) нижнечелюстным

13. ВАЖНОЙ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ
ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
РАСПОЛОЖЕНИЕ В НЕЙ ОДНОГО ИЛИ НЕСКОЛЬКИХ ИЗ
ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НЕРВОВ:

- 1) верхнечелюстного
- 2) лицевого
- 3) нижнечелюстного
- 4) тройничного
- 5) ушно-височного

14. У РЕБЕНКА, БОЛЬНОГО ПАРОТИТОМ, ВРАЧ ОБНАРУЖИЛ НЕПЛОТНОЕ СМЫКАНИЕ ГЛАЗНОЙ ЩЕЛИ И ОПУЩЕНИЕ УГЛА РТА, ЧТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВОВЛЕЧЕНИИ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС НЕРВА:

- 1) верхнечелюстного
- 2) лицевого
- 3) нижнечелюстного
- 4) подглазничного

15. К ХИРУРГУ В ПОЛИКЛИНИКУ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ С ЖАЛОБАМИ НА ПРИПУХЛОСТЬ, УПЛОТНЕНИЕ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ЛЕВОЙ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. У ПЕРЕДНЕГО КРАЯ УШНОЙ РАКОВИНЫ- НЕБОЛЬШОЙ ФУРУНКУЛ. ВРАЧ ДИАГНОСТИРОВАЛ ГНОЙНЫЙ ПАРОТИТ. В РАЗВИТИИ ТАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:

- 1) близость расположения околоушной железы
- 2) связь венозного русла железы и наружного уха
- 3) наличие в околоушной железе лимфоузлов

16. ОТДЕЛ БОКОВОЙ ОБЛАСТИ ЛИЦА, РАСПОЛОЖЕННЫЙ КНУТРИ ОТ ВЕТВИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ЗАНИМАЮЩИЙ ПОДВИСОЧНУЮ ЯМКУ (МЕЖЧЕЛЮСТНАЯ ОБЛАСТЬ ПО ПИРОГОВУ):

- 1) околоушно-жевательная область
- 2) щечная область
- 3) глубокая область лица
- 4) подбородочная область

17. ЖИРОВОЙ КОМОК ЩЕКИ (БИША) У ГРУДНОГО РЕБЕНКА ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИИ:

- 1) защита от механических повреждений;
- 2) источник энергии для метаболических процессов;
- 3) стабилизатор, препятствующий втягиванию мягких тканей в ротовую полость во время акта сосания.

18. СДАВЛЕНИЕ ОПУХОЛЕВЫМ ПРОЦЕССОМ В ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЕ КАКОГО НЕРВА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ПАРЕЗА ИЛИ ПАРАЛИЧА МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ЛИЦА:

- 1) ушно-височного
- 2) скулового
- 3) тройничного
- 4) лицевого

19. МЕСТО ВЫХОДА ЛИЦЕВОГО НЕРВА:

- 1) через круглое отверстие
- 2) через остистое отверстие
- 3) через овальное отверстие
- 4) через шилососцевидное отверстие

20. УКАЖИТЕ ВЕТВИ НЕРВА, ИННЕРВИРУЮЩЕГО ЖЕВАТЕЛЬНУЮ МУСКУЛАТУРУ:

- 1) лицевого
- 2) языкоглоточного
- 3) добавочного
- 4) тройничного

21. ДВИГАТЕЛЬНАЯ ИННЕРВАЦИЯ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) верхнечелюстным нервом
- 2) лицевым нервом
- 3) нижнечелюстным нервом

4) глазным нервом

22. ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ ИННЕРВАЦИЯ КОЖИ ЛИЦА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1) лицевым нервом

2) тройничным нервом

3) языкоглоточным нервом

4) большим ушным нервом

23. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ЛИЦЕ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ ТОПОГРАФИЮ:

1) лицевого нерва

2) тройничного нерва

3) лицевой артерии

4) лицевой вены

24. ТОЧКА ПАЛЬЦЕВОГО ПРИЖАТИЯ ЛИЦЕВОЙ АРТЕРИИ НАХОДИТСЯ:

1) на 1 см ниже козелка уха;

2) на 0,5-1 см ниже середины нижнего края глазницы;

3) позади угла нижней челюсти;

4) на середине тела нижней челюсти у переднего края жевательной мышцы.

25. ТРОМБОЗ КАКОГО СИНУСА ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ КАРБУНКУЛА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, КРЫЛЬЕВ НОСА ИЛИ НАДБРОВНОЙ ДУГИ:

1) верхнего сагиттального

2) нижнего сагиттального

3) пещеристого

4) клиновидно-теменного

26. МЕСТО ВПАДЕНИЯ БОЛЬШОЙ МОЗГОВОЙ ВЕНЫ:

- 1) в сагиттальный синус (sinus sagittalis);
- 2) в синусы основания черепа;
- 3) в прямой синус (sinus rectus);
- 4) в поперечный синус (sinus transversus).

27. УКАЖИТЕ НОСОВОЙ ХОД, В КОТОРЫЙ ОТКРЫВАЕТСЯ НОСОСЛЕЗНЫЙ КАНАЛ:

- 1) верхний
- 2) средний
- 3) нижний

28. УКАЖИТЕ ВЕТВИ НЕРВА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЕ ДВИГАТЕЛЬНУЮ ИННЕРВАЦИЮ ЯЗЫКА:

- 1) верхнего гортанного
- 2) языкоглоточного
- 3) язычного
- 4) подъязычного

29. СОСОЧКИ, НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЯЗЫКА, НЕ ИМЕЮЩИЕ ВКУСОВЫХ ПОЧЕК:

- 1) нитевидные
- 2) листовидные
- 3) желобовидные
- 4) грибовидные

30. ПЕРЕЧИСЛИТЬ ПЕРЕДНИЕ ОБЛАСТИ ЛИЦА:

- 1) область глазницы
- 2) щёчная область
- 3) область носа
- 4) область рта

31. ГЛАЗНИЦА СООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ ЧЕРЕПА:

- 1) через верхнюю глазничную щель
- 2) через нижнюю глазничную щель
- 3) через зрительный канал
- 4) через клиновидную пазуху

32. ПЕРЕЧИСЛИТЬ БОКОВЫЕ ОБЛАСТИ ЛИЦА:

- 1) щёчная область
- 2) подбородочная область
- 3) околоушно-жевательная область
- 4) глубокая область лица

33. СОДЕРЖИМОЕ ВИСОЧНО-КРЫЛОВИДНОГО ПРОМЕЖУТКА ГЛУБОКОЙ ОБЛАСТИ ЛИЦА:

- 1) верхнечелюстной нерв
- 2) верхнечелюстная артерия
- 3) нижнечелюстной нерв
- 4) крыловидное венозное сплетение

34. ГНОЙНЫЕ ПРОЦЕССЫ ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА МОГУТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ:

- 1) в пещеристый синус
- 2) в верхний сагиттальный синус
- 3) в поперечный синус
- 4) в глубокую область лица

35. СКЕЛЕТОТОПИЯ УРОВНЕЙ СУЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА:

- 1) на уровне CVI;
- 2) на уровне бифуркации трахеи;
- 3) при переходе через диафрагму;
- 4) на уровне ThXII.

36. СОДЕРЖИМОЕ МЕЖКРЫЛОВИДНОГО ПРОМЕЖУТКА ГЛУБОКОЙ ОБЛАСТИ ЛИЦА:

- 1) нижнечелюстной нерв
- 2) язычный нерв
- 3) верхнечелюстной нерв
- 4) ушно-височный нерв
- 5) нижний альвеолярный нерв

37. В ВЕРХНИЙ НОСОВОЙ ХОД ОТКРЫВАЮТСЯ ОКОЛОНОСОВЫЕ ПАЗУХИ:

- 1) лобная
- 2) задние решётчатые ячейки
- 3) клиновидная
- 4) передние и средние решётчатые ячейки

38. В СРЕДНИЙ НОСОВОЙ ХОД ОТКРЫВАЮТСЯ ОКОЛОНОСОВЫЕ ПАЗУХИ:

- 1) верхнечелюстная (гайморова)
- 2) передние и средние решётчатые ячейки
- 3) задние решётчатые ячейки
- 4) лобная

39. МЫШЦЫ, ПРИКРЕПЛЯЮЩИЕСЯ К ХРЯЩЕВОЙ ЧАСТИ СЛУХОВОЙ (ЕВСТАХИЕВОЙ) ТРУБЫ:

- 1) мышца, поднимающая нёбную занавеску
- 2) мышца язычка
- 3) нёбно-язычная мышца
- 4) мышца, напрягающая нёбную занавеску

40. ЧУВСТВИТЕЛЬНУЮ ИННЕРВАЦИЮ ЯЗЫКА ОБЕСПЕЧИВАЮТ:

- 1) языкоглоточный нерв

- 2) подъязычный нерв
- 3) язычный нерв
- 4) барабанная струна

41. В ТОЛЩЕ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОХОДЯТ:

- 1) ушно-височный нерв
- 2) лицевой нерв
- 3) наружная сонная артерия
- 4) занижнечелюстная вена

42. КОНЕЧНЫЕ ВЕТВИ ОКОЛОУШНОГО СПЛЕТЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА:

- 1) височные ветви
- 2) скуловые ветви
- 3) шейная ветвь
- 4) краевая ветвь нижней челюсти

43. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАЗРЕЗОВ НА ЛИЦЕ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ ХОД:

- 1) лицевой артерии
- 2) лицевого нерва
- 3) выводного протока околоушной железы
- 4) лицевой вены

44. УЧИТЫВАЯ «СЛАБЫЕ» МЕСТА КАПСУЛЫ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, КУДА ВОЗМОЖНО ОПОРОЖНЕНИЕ ГНОЙНИКА ПРИ ГНОЙНОМ ПАРОТИТЕ:

- 1) в наружный слуховой проход
- 2) во внутренний слуховой проход
- 3) в заглоточное пространство
- 4) в окологлоточное пространство

**45. СОДЕРЖИМОЕ ЗАДНЕГО ОКОЛОГЛОТОЧНОГО
КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА:**

- 1) внутренняя яремная вена
- 2) языкоглоточный нерв
- 3) блуждающий нерв
- 4) внутренняя сонная артерия

**46. ПОВРЕЖДЕНИЕ КАКИХ НЕРВОВ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПРИ
ПЕРЕЛОМЕ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ:**

- 1) лицевого
- 2) преддверно-улиткового
- 3) языкоглоточного
- 4) подъязычного

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1 – 5	2 – 3	3 – 1	4 – 1
5 – 1	6 – 1	7 – 2	8 – 3
9 – 1	10 – 3	11 – 2	12 – 4
13 – 2,5	14 – 2	15 – 3	16 – 3
17 – 3	18 – 4	19 – 4	20 – 4
21 – 2	22 – 2	23 – 1,2,3	24 – 4
25 – 3	26 – 3	27 – 3	28 – 4
29 – 1	30 – 1,3,4	31 – 1,2,3	32 – 1,3
33 – 2,4	34 – 1,4	35 – 1,2,3	36 – 1,2,4,5
37 – 2,3	38 – 1,2,4	39 – 1,4	40 – 1,3,4
41 – 1,2,3,4	42 – 1,2,3,4	43 – 2,3	44 – 1,4
45 – 1,2,3,4	46 – 1,2		

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Николаев, А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. – 3-е изд., испр. и доп. – Электрон. текстовые данные. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – ISBN 978-5-9704-3848-0. – Режим доступа: Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента»: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438480.html> . – Загл. с экрана.
2. Каган И. Н., Чемезов С. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. – Москва, 2011. – 672 с.
3. Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи : учебник / В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, А. А. Кулаков, М. Э. Петросян. –М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. –528 с.: ил.
4. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В 2-х томах. Том 1 [Электронный ресурс] : учебник / Сергиенко В. И., Петросян Э. А., Фраучи И. В. ; под общей ред. Ю. М. Лопухина. – 3-е изд., испр. – Электрон. текстовые данные. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – ISBN 978-5-9704-2790-3. – Режим доступа: Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента»: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427903.html> . – Загл. с экрана.
5. В. К. Татьянченко, А. В. Овсянников. Клиническая анатомия и оперативная хирургия. - Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 2000. - 640 с.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т.: под ред. И. И. Кагана, И.Д. Кирпатовского - М: ГЭОТАР - Медиа, 2012, Т.1 - 512 с.: ил.
7. В. В. Афанасьев. Хирургическая стоматология. – Москва,-2011.- 880с.
8. А. А. Тимофеев. Челюстно-лицевая хирургия. – Киев,-2010.-576 с.

Дополнительная литература

1. Д. В. Баженов, В. М. Калиниченко. Анатомия головы и шеи. Введение в клиническую анатомию. - Москва, - 2013. - 464 с.
2. А. А. Тимофеев. Челюстно-лицевая хирургия. - Киев, - 2010. -576с.
3. Sobotta. Атлас анатомии человека / Под ред. Р. Путца, Р. Пабста. - Москва, -2010. - 432 с.
4. Сонголов Г.И., Галеева О.П., Топографо-анатомические аспекты местного и проводникового обезболивания в стоматологии. - Иркутск: ИГМУ, 2015 Учебное пособие – 91с.

Используемая литература

1. Д. В. Баженов, В. М. Калиниченко. Анатомия головы и шеи. Введение в клиническую анатомию. – Москва, -2013. – 464 с.
2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т.: под ред. И. И. Кагана, И.Д. Кирпатовского - М: ГЭОТАР - Медиа, 2012, Т.1 - 512 с.: ил.
3. Островерхов Г.Е, Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н.Оперативная хирургия и топографическая анатомия: учебник для студ. мед. вузов. – 5-е изд. испр. – М.: МИА, 2013. – 730 с.
4. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия.Учебник. - М.: ГЕОТАР-Медиа,2007. - 784 с.
5. А. А. Тимофеев. Челюстно-лицевая хирургия. - Киев, - 2010. -576 с.
6. В. К. Татьянченко, А. В. Овсянников. Клиническая анатомия и оперативная хирургия. - Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 2000. - 640 с.
7. Sobotta. Атлас анатомии человека / Под ред. Р. Путца, Р. Пабста. - Москва, -2010. - 432 с.
8. Сонголов Г.И., Галеева О.П., Топографо-анатомические аспекты местного и проводникового обезболивания в стоматологии. - Иркутск: ИГМУ, 2015 Учебное пособие – 91с.

Учебное издание

Сонголов Геннадий Игнатьевич
Галеева Ольга Павловна
Шалина Тамара Исмаиловна

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ГОЛОВЫ

Учебное пособие