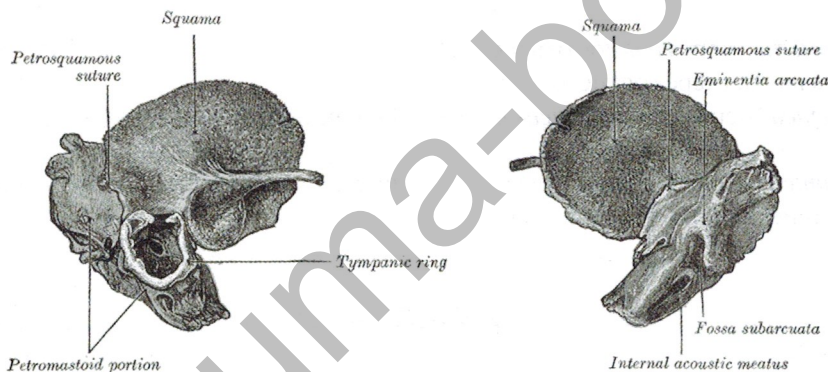


ВИСОЧНЫЕ КОСТИ

- Чешуя
- Пирамида
- Барабанная часть



На наружной поверхности чешуи:

- Заметны **следы артерий**.
- **Скуловой отросток** начинается двумя корнями (продольным и поперечным), которые ограничивают суставную поверхность височно-челюстного сустава. Направлен кпереди. Сочленяется с височным отростком скуловой кости. В этом месте возможен **конфликт** передней и задней сфер.
- **Петро-сквамозная щель** — след в результате эмбриогенеза височной кости (отделяет чешую от сосцевидной части).
- **Наружный слуховой проход** (под продольным корнем).

На внутренней поверхности:

- След от *a. meningea media*.
- Следы — вдавления, соответствующие мозговым извилинам.

Пирамида височной кости:

- На внутренней части — верхняя, задняя поверхность.

Сосцевидная часть (самая задняя часть пирамиды):

- Собственно сосцевидная часть.
- Сосцевидный отросток (у новорожденных не выражен, формируется к 1 году жизни за счет работы *грудино-ключично-сосцевидной мышцы*).

На внутренней поверхности сосцевидной части — след от сигмовидного синуса.

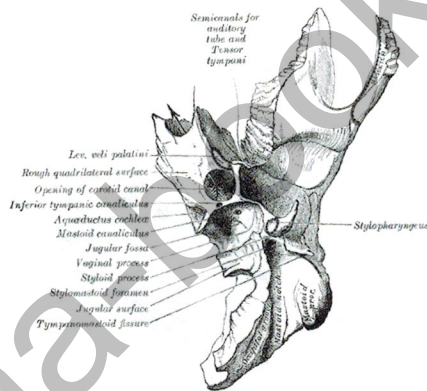
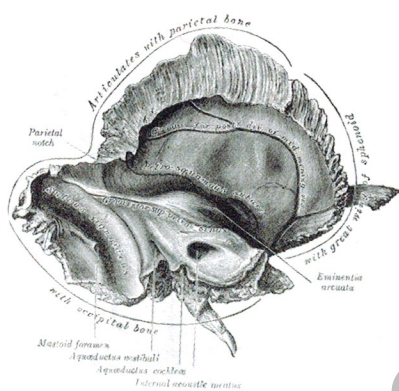
Сосцевидное отверстие выходит на эндокраниальную поверхность в области сигмовидного синуса — соединяет систему наружной и внутренней яремных вен.

Пирамида

- Фаллопиево отверстие (пропускает *Видиев нерв*).
- Добавочное отверстие (пропускает малые наружный и внутренний петрозные нервы).
- Ближе к верхушке пирамиды проходит бороздка для VI пары ЧМН.
- Возвышение Гассерова узла.
- Выемка для корня тройничного нерва — по краю пирамиды (сверху прикрепляется палатка мозжечка и проходит верхний петрозный синус).
- Внутренний слуховой проход. Через него идут VII нерв, добавочный нерв Врисберга (VII в), VIII нерв, артерии. Нервы уходят в пирамиду в сопровождении ТМО (!)

По нижнему краю пирамиды:

- След от нижнего петрозного синуса.
- Наружная граница яремного отверстия; в центре — яремный шип, от которого натягивается петро-окципитальная связка, место сочленения с яремным отростком затылочной кости (задняя граница яремного отверстия).

**Экзокраниальная поверхность:**

- Шиловидный отросток.
- Шилососцевидное отверстие (выходит VII пара ЧМН).
- Наружное слуховое отверстие.
- Вход в каротидный канал (*a. carotis int.* далее выходит на уровне верхушки пирамиды, идет над хрящом в рваное отверстие, далее — в кавернозный синус).

СОЧЛЕНЕНИЯ ВИСОЧНОЙ КОСТИ**Височно-теменное сочленение**

От астриона: **вертикальная** часть окципито-мастоидального шва (внутренний срез височной кости) — PCSM — **горизонтальная** часть окципито-мастоидального шва (наружный срез височной кости) — **петро-югулярный** синхондроз (ограничивает сзади яремное отверстие) — **яремное** отверстие — петро-окципитальная связка (на уровне яремного шипа) — **петро-базиллярный** синдесмоз (позволяет скольжение и аксиальную ротацию).

Височно-клиновидное сочленение

Вертикальная часть сфено-сквамозного шва (внутренний срез височной кости) — PSS — горизонтальная часть сфено-сквамозного шва до ости клиновидной кости (наружный срез височной кости) — **сфено-петрозный** синхондроз — сфено-петрозный синдесмоз (связка **Грубера**) от верхушки пирамиды к задним клиновидным отросткам клиновидной кости.

У **окципито-мастоидального** и **сфено-сквамозного** шва есть много общего: они имеют по три части (вертикальную, горизонтальную части и опорные точки — PSS и PCSM, в которых меняется направление среза). В черепе эти два шва играют роль **направляющих**. От их состояния зависит подвижность СБС.

Выше опорных точек височная кость имеет внутренний срез, а ниже — наружный срез (для осуществления движения раскрытия).

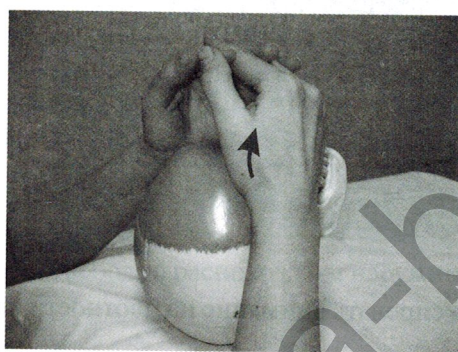
ВАРИАНТЫ ПРИЕМОВ ДЕКОМПРЕССИИ СФЕНОБАЗИЛЯРНОГО СИМФИЗА

- Прежде чем работать с СБС при его компрессии (а также при SL и SV), необходимо освободить шейный отдел позвоночника и крестец!

ТЕХНИКА ДЕКОМПРЕССИИ СБС ПРИ ПОДНИМАНИИ ЛОБНЫХ КОСТЕЙ (удобна при работе со взрослыми пациентами)

1. Постараться синхронизироваться с ритмом ПДМ.
2. Локти врача устойчиво стоят на столе.
3. Собрав в натяг кожу, **гороховидными косточками** ладоней врач «зацепляется» за наружные столпы лобной кости — снизу вверх, «с подковыром».

Пальцы можно перекрестить, чтобы удобнее было их вводить в напряжение. Напряжение пальцев передается на гороховидную косточку и на наружные столпы и доходит (в идеале) до клиновидной кости.



- Ни в коем случае не сдавливать голову ладонями!
- Задача не оторвать лобную кость, а снять компрессию на уровне СБС.

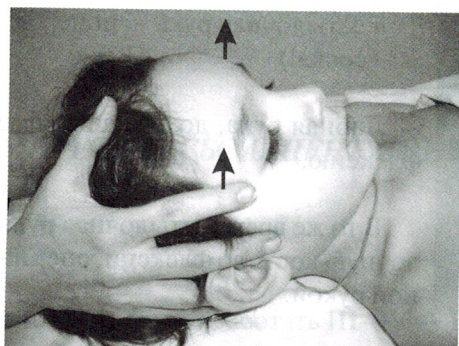
Лобная кость имеет связь с большими крыльями клиновидной кости — **L-образный шов**, через который и осуществляется воздействие.

4. На каждой фазе «вдоха» поднимаем наружные столпы вместе с большими крыльями в направлении вентрально и затем каудально (как бы вызывая флексию ПДМ), стараясь не перетягивать. В фазе «выдоха» стоим, не пуская ткани назад. На следующем «вдохе» углубляем барьер и т. д. В какой-то момент наступит релиз, и ткани прекратят сопротивление.
5. Мягко и бережно отпустить голову.
6. Повторно протестировать ритм ПДМ, убедиться в увеличении амплитуды.

ТЕХНИКА ДЕКОМПРЕССИИ ПОДХОДОМ ЧЕРЕЗ СВОД (удобна при работе с детьми)

Положение рук врача — как при тестировании через свод Сатерленда.

II пальцы — сразу под лобными столпами, V пальцы — на нижнелатеральных углах затылочной кости.



I. Синхронизация с ПДМ.

II:

- а) в фазе «вдоха» увеличиваем поднятие лобных столбов II пальцами, а V пальцами удерживаем затылочную кость у стола. Внимание врача сосредоточено на СБС, т. е. стараемся ввести в напряжение всю цепочку тканей до сфенобазиллярного симфиза — до момента возникновения напряжения на затылочной кости;
- б) в фазе «выдоха» не пускаем ткани в экстензию;
- в) в следующей фазе вдоха вновь выигрываем в амплитуде и т. д. (можно сочетать с апноэ на вдохе и дорсифлексией стоп).

III. Ретестирование.

- Можно попросить пациента «усилить» II пальцы врача, придерживая их руками у головы.



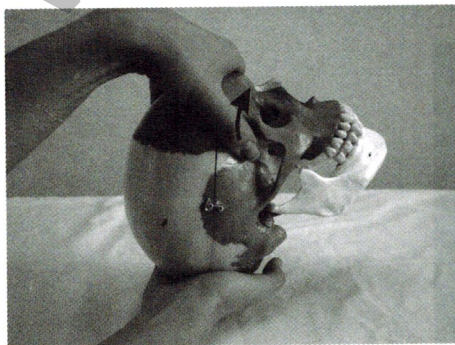
В этом случае врачу не нужно фиксировать внимание на плотности контакта II пальцев.

- Возможен другой вариант захвата:



- III пальцы на больших крыльях OS;
 - II пальцы — на наружных столбах OF.
- «Минус» такого захвата в том, что затылочная кость не может служить контролем.

ТЕХНИКА ДЕКОМПРЕССИИ ЛОБНО-ЗАТЫЛОЧНЫМ ПОДХОДОМ (по Магуну)

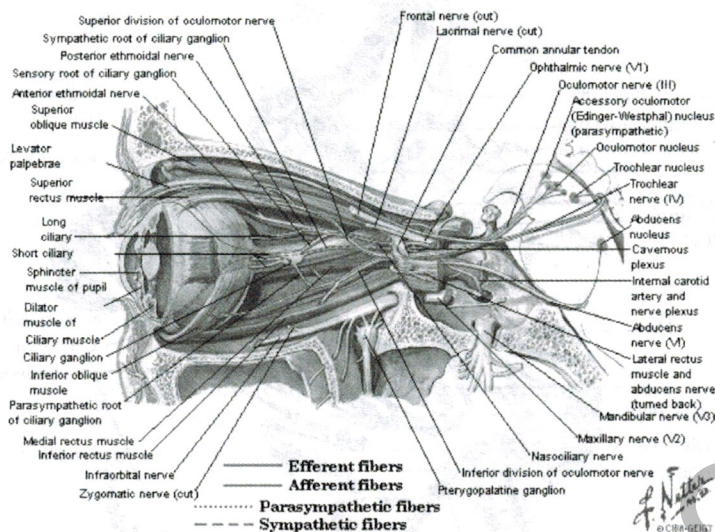


- Лобная рука захватывает лобные столбы I и III пальцами.
- Затылочная рука — поперек чешуи затылочной кости (как присоска!)

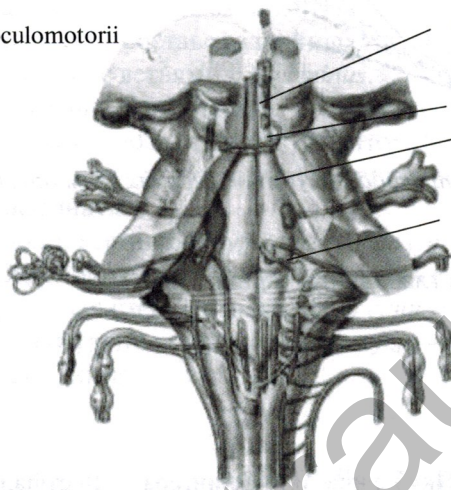
Лобная рука, дождавшись фазы «вдоха», ведет лобную кость во флексию.

В то же время затылочная рука, как присоской, удерживает затылочную кость во флексии, оценивает степень натяжения тканей лобной рукой.

III, IV, VI ПАРЫ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ (глазодвигательные нервы)



ядро n. oculomotorii



ядро Якубовича

n. oculomotorius

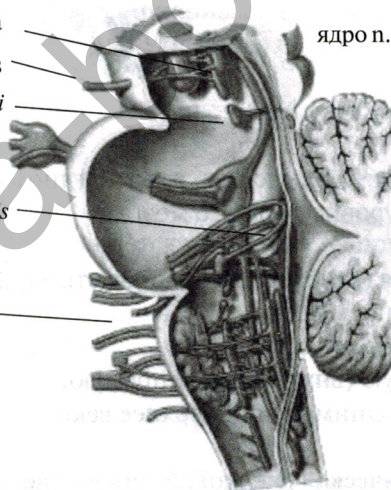
ядро n. trochlearii

n. trochlearis

ядро n. abducentis

n. abducentis

ядро n. oculomotorii



III ПАРА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ (N. OCULOMOTORIUS) (нерв смешанный, содержит двигательные и парасимпатические волокна)

