

Рис. 8.1. Схематическое изображение устранения дефекта переднего отдела языка

При дефектах переднего отдела языка возможно его удлинение в ходе первичной хирургической обработки. Для этого необходимо освежить края раны языка, а затем из сохранившегося бокового отдела языка выкроить слизисто-мышечный лоскут, повернуть сформированный лоскут в сторону укороченной части языка и ушить рану языка узловыми швами (рис. 8.1). На свежие раны языка накладывают редкие швы из викрила, кетгута или монокрिला (рис. 8.2).

Последний этап хирургической обработки раны — ее ушивание. Раны без дефектов ткани ушивают послойно из глубины, плотно, не оставляя мест для формирования гематом или карманов с раневым содержанием.

При ранах, проникающих в ротовую полость, вначале накладывают швы на слизистую оболочку, которую зашивают особенно тщательно с таким расчетом, чтобы максимально сохранить глубину сводов преддверия рта. Для этого путем предварительных разрезов можно выкроить лоскуты слизистой оболочки на ножке или встречные треугольные лоскуты с последующим их перемещением. После ушивания слизистой оболочки накладывают швы на мышцы, подкожную жировую клетчатку кетгутом, монокрилом или викрилом. На кожу накладывают швы из пролена или шелка с оставлением дренажей в течение 2–3 сут.

Раны верхней губы, нижней губы и углов рта без дефекта тканей ушивают послойно с обязательным восстановлением линии красной каймы, при этом вначале сопоставляют и сшивают мышцы, затем красную кайму губ, а потом зашивают рану. Когда невозможно устранить

дефект тканей простым сближением краев раны, его замещают с применением пластики местными тканями.

У раненых с дефектами тканей нижней губы и угла рта (слизистой оболочки и кожи) необходимы мобилизация краев раны или перемещение мягкотканых лоскутов на питающей ножке из соседних областей с последующим наложением швов на слизистую оболочку и кожу.

При ранениях щеки важно определить, проникает или не проникает рана в полость рта и существует ли повреждение выводного протока околоушной железы. Особенностью хирургической обработки раны щеки, сообщающейся с полостью рта, служит ее дренирование со стороны полости рта полихлорвиниловой трубкой или резиновым выпускником. Этот хирургический прием обеспечивает первичное заживление кожной раны и отведение слюны в полость рта.

При ранениях боковых отделов лица с повреждением слюнных желез швы следует накладывать на железу, фасцию и кожу для предотвращения образования в последующем слюнного свища. При повреждении протока околоушной слюнной железы необходимо со стороны полости рта через рану подвести к нему резиновый дренаж. При ранениях выводного протока околоушной слюнной железы возможно выполнение пластики протока с применением микрохирургической техники.

При пересечении основного ствола лицевого нерва следует предпринять попытку сшить ствол нерва одиночными эпинеуральными швами.

На раны век, крыльев носа и губ всегда накладывают первичный шов независимо от сроков хирургической обработки и состояния раны.

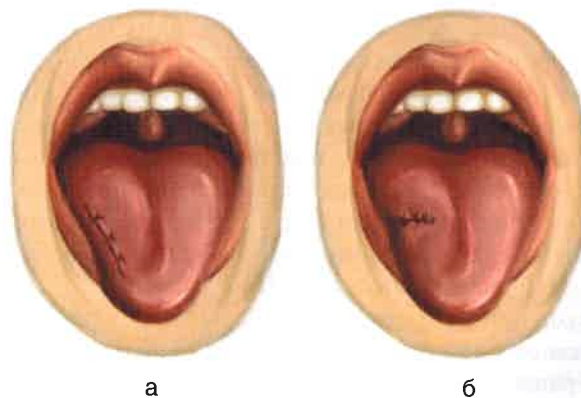


Рис. 8.2. Схема наложения швов на рану языка: а — правильное; б — неправильное

Во всех остальных отделах лица (щеках, поднижнечелюстной области, области околоушной слюнной железы и т.п.) после обработки наложение первичного шва возможно, если хирургическую обработку проводят в первые 24 ч после ранения. При обработке раны позднее 48 ч следует лишь сблизить края раны обычными или, что лучше, пластиночными швами с одновременным дренированием раны.

При введении антибиотиков в первые часы после ранения расширены показания к наложению первичных швов на раны лица независимо от локализации. Швы накладывают послойно, начиная со слизистой оболочки, которую зашивают особенно тщательно.

Если с помощью первичного шва при дефекте тканей не удастся закрыть наружную рану лица без деформации соседних отделов лица, выполняют пластику местными тканями путем перемещения треугольных лоскутов или лоскутов на ножке, взятых по соседству.

При ранах покровов лица с дефектами тканей, ранах с отечными и инфильтрированными краями, когда во время первичной хирургической обработки не удастся сблизить края раны до полного их соприкосновения, накладывают пластиночные швы (рис. 8.3). Последние можно применить в виде:

- первичных разгружающих (для уменьшения натяжения краев раны при сшивании их полиамидной нитью или шелком);
- первичных направляющих (для временного удержания в правильном положении кожно-мышечных лоскутов);
- сближающих (для постепенного сближения краев раны);
- ранних вторичных швов (для закрытия гранулирующих ран).

Для наложения пластиночных швов используют стандартные вогнутые алюминиевые пластинки с одним или двумя отверстиями, свинцовые дробинки и бронзоалюминиевую лигатурную или латунную проволоку диаметром 0,4 мм или полиамидную нить сечением 0,4–0,5 мм. Вместо алюминиевых пластинок можно применить пластмассовые пластинки, костяные, пластмассовые пуговицы. На конец лигатурной проволоки нанизывают стандартную пластинку выпуклой поверхностью к коже, а снаружи — две дробинки; при этом наружную расплющивают крампонными щипцами, а конец проволоки обкручивают вокруг нее. Одна дробинка остается в запасе.

Вкол и выкол при этом шве делают большой режущей иглой, отступив на 1,5–2 см от краев раны. Шов должен захватывать кожные и мышечные слои раны до слизистой оболочки. После выкола иглу снимают, на проволоку надевают пластинку и две дробинки (одна запасная). Ко-

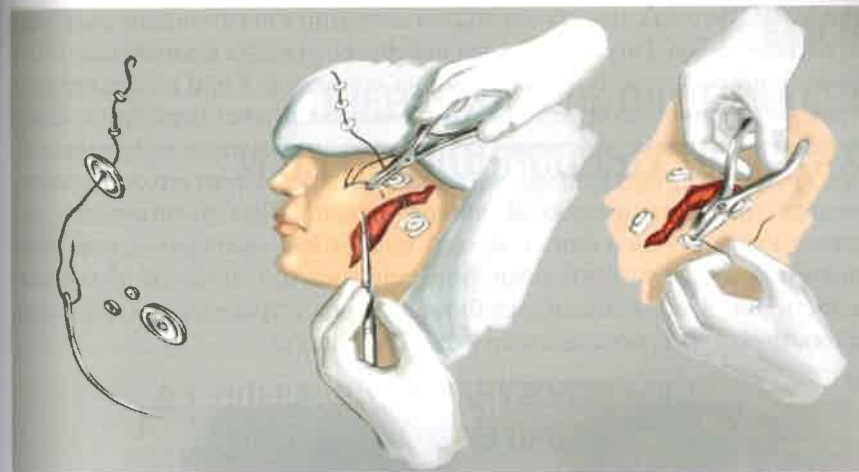


Рис. 8.3. Этапы наложения пластиночного шва на рану лица

нец проволоки фиксируют одной рукой, а другой рукой захватывают с помощью крампонных щипцов наружную дробинку и сближают края раны, после чего расплющивают и эту дробинку. Конец проволоки отрезают, а его остаток закручивают за дробинку. Для предотвращения пролежней на коже под пластинку подкладывают полоски липкого пластыря.

При очень больших сквозных дефектах мягких тканей лица целесообразно проводить обшивание раны, т.е. соединять швами края кожи и слизистой оболочки полости рта. Этим способом достигается быстрая эпителизация краев раны (рис. 8.4).

Раны языка обрабатывают по тем же щадящим принципам, что

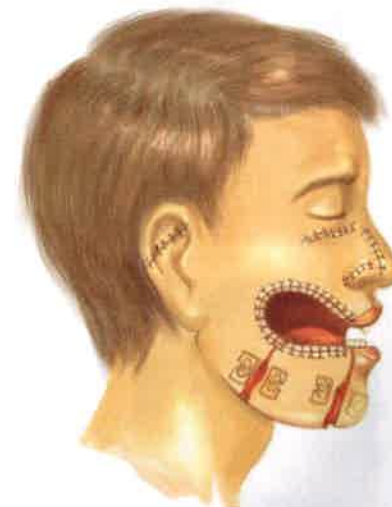
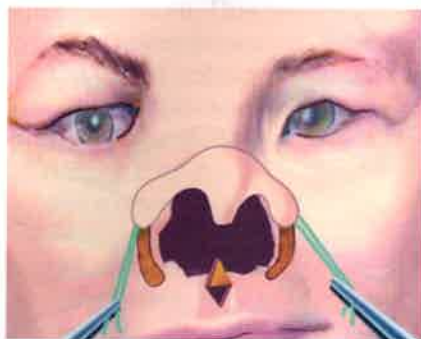
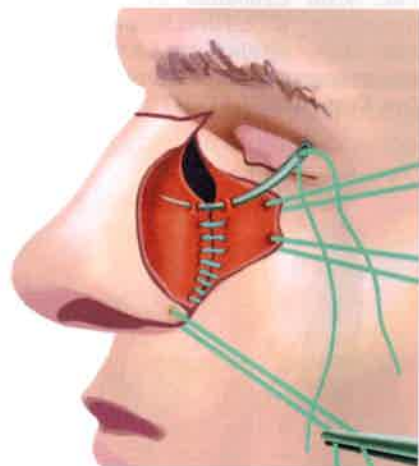


Рис. 8.4. Схема закрытия множественных ран лица первичными направляющими пластиночными швами. Обшивание краев обширной раны щеки при невозможности сближения ее краев



**Рис. 9.12.** Дублированную площадку кожи опускают к намеченным границам для боковых стенок, крыльев и перегородки носа



**Рис. 9.13.** Наложение погружных кетгутовых швов на края кожи внутреннего листка дублированной площадки кожи и внутреннего края разреза кожи, основания крыльев и боковых стенок спинки носа. Наружный листок кожи дублированной площадки оттянут держалкой

Носовую перегородку формируют из кожной складки, образовавшейся на внутренней поверхности дублированной площадки.

Эту кожную складку захватывают хирургическим пинцетом на том уровне, где кожная перегородка переходит в кончик носа, после чего подтягивают ее кпереди и кверху. При этом становятся видны кончик и крылья носа с тонким и симметричным переходом кончика в перегородку носа. Удерживая пинцетом складку кожи, накладывают матрацные петлеобразные швы-держалки у самого кончика пинцета сквозь внутреннюю и наружную стенки дублированной площадки. Начинают вкол у кончика пинцета и направляют выкол сквозь наружную кожную поверхность площадки к средней линии на том же уровне. Накладывают по одному шву с правой и левой стороны от захваченной пинцетом складки кожи. Затем нижний свободно свисающий конец складки вытягивают пинцетом кпереди, к краям раневой поверхности намеченного основания для кожной перегородки на верхней губе. Ассистент натягивает формируемый нос за наложенные швы-держалки в течение всех последующих манипуляций создания перегородки носа. Если эта складка не вытягивается, следует сделать поперечный разрез всей

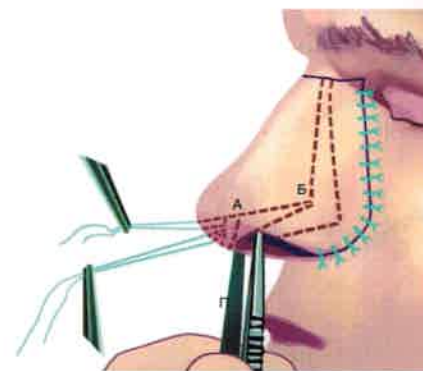
толщи складки, начиная снизу и до точек наложенных петлеобразных швов-держалок (рис. 9.15).

Подшивание конца кожной перегородки к краям намеченного для нее основания на верхней губе проводят в следующей последовательности. По средней линии выделенной кпереди складки кожи делают разрез до уровня необходимой высоты кожной перегородки. Первый шов накладывают на края кожи перегородки от конца произведенного разреза к краям кожи углообразной раневой поверхности на верхней губе (рис. 9.16).

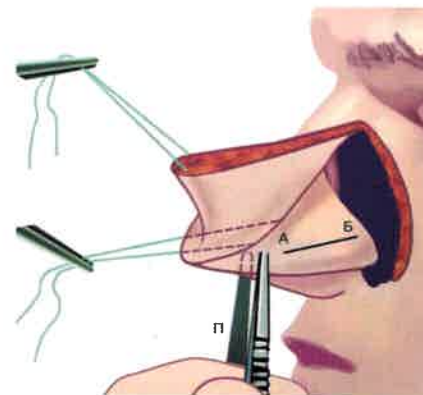
Избытки длины кожной перегородки поочередно отсекают и накладывают швы у концов этих разрезов с краями кожи на губе у концов углообразного разреза (рис. 9.17, 9.18).

От концов разрезов избытка длины кожной перегородки выполняют разрезы кверху, до уровня длины углообразного лоскута, выкроенного на верхней губе, и края кожи перегородки сшивают с краями этого углообразного лоскута. Избыток кожной складки на внутренней поверхности площадки отсекают (рис. 9.19, 9.20).

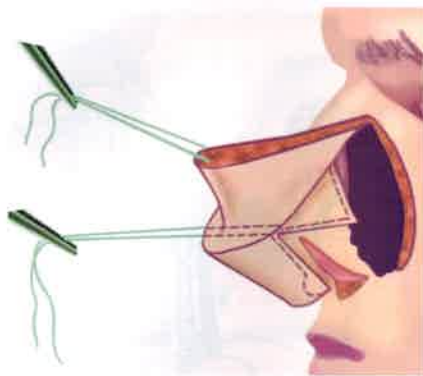
Для формирования правильной формы носа в послеоперационном периоде в носовые ходы вводят марлевые тампоны, смоченные раствором нитрофураля (фурацилина), которые приподнимают спинку и кончик носа. Крылья



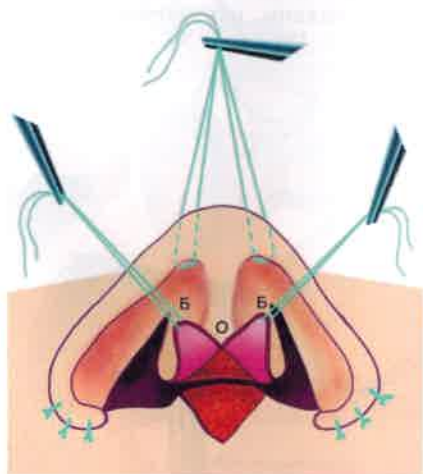
**Рис. 9.14.** Видшитых наружных краев дублированной площадки с наружными краями кожи разрезов для оснований боковых отделов спинки и крыльев носа. Пинцетом (П) захвачена кожная складка на внутренней поверхности дублированной площадки; наложены петлеобразные швы-держалки. По линии АБ складку кожи пересекают



**Рис. 9.15.** Крыло и боковой отдел носа оттянуты кнаружи и кверху для четкого представления момента пересечения кожной складки по линии АБ



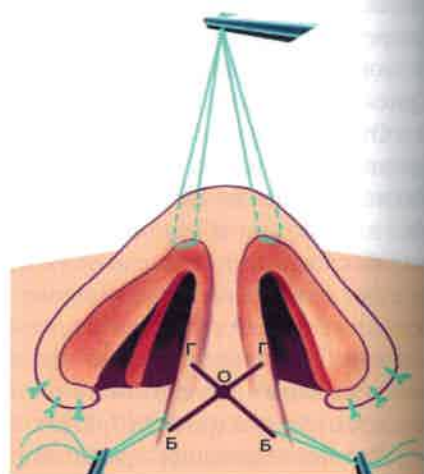
**Рис. 9.16.** Взаимотношение свободного конца кожной перегородки с раневой поверхностью намеченного для нее основания на верхней губе с приподнятым вверх углообразным лоскутом кожи



**Рис. 9.17.** После произведенного разреза по линии ОБ избытки кожи перегородки приподняты вверх на держалках

носа также растягиваются, и весь нос, опираясь на марлевые тампоны, принимает правильную форму. Затем накладывают наружную повязку с целью отмоделировать отделы созданного носа и предотвратить скопление крови между внутренним и наружным листками кожи дублированной площадкой. Для этого готовят шесть валиков из марли.

Два валика диаметром 1–2 см, длиной 6 см накладывают по одному с каждой стороны во всю длину швов основания спинки и крыльев носа рядом с краями кожи щек. Два других валика

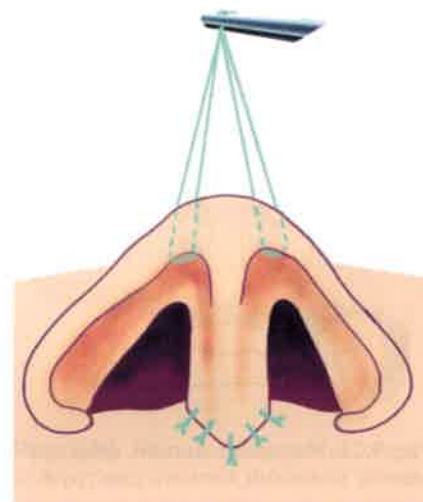


**Рис. 9.18.** Наложение шва на края кожи от точки О кожной перегородки к вершине углообразной раневой поверхности на верхней губе. По линии ОГ рассекают избытки кожи перегородки

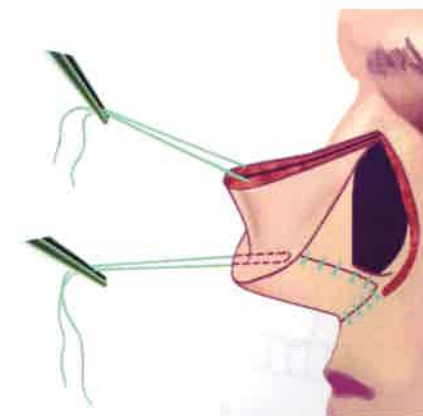
(тоньше первых) помещают над ними на боковые стенки носа, по одному с каждой стороны, от того же уровня сверху, как и первые два, но не доводя их до уровня крыльев носа на 3–4 мм. Эти четыре валика фиксируют полосками липкого пластыря, накладывая их поперек носа от одной скуловой области к другой. Важно, чтобы вторая пара валиков находилась выше уровня линии спинки носа, тогда полоса пластыря не будет давить на спинку носа. Остальные два валика, немного короче первых двух и толщиной 2 см, укладывают поверх приклеенной полосы пластыря в непосредственной близости к первым двум валикам. На них накладывают вторую полосу липкого пластыря такой же длины и в том же направлении (рис. 9.21).

Промокшую кровью повязку снимают на следующий день и накладывают новую. Швы снимают на 10-е сутки. Моделирующую повязку не следует снимать в течение 2 нед. Тампоны удаляют на 10-е сутки и в носовые ходы вводят резиновые трубки, над которыми дополнительно вводят узкие тампоны для удерживания высоты спинки носа.

В результате образующихся рубцов между раневыми поверхностями внутреннего и наружного листков кожи сформированного носа, а также вследствие сокращения и уплотнения кожи получают



**Рис. 9.19.** Вид после наложения швов на края перегородки с краями углообразного лоскута, выкроенного на верхней губе. Боковая стенка носа приподнята вверх на держалке



**Рис. 9.20.** Окончательный вид сформированной кожной перегородки носа

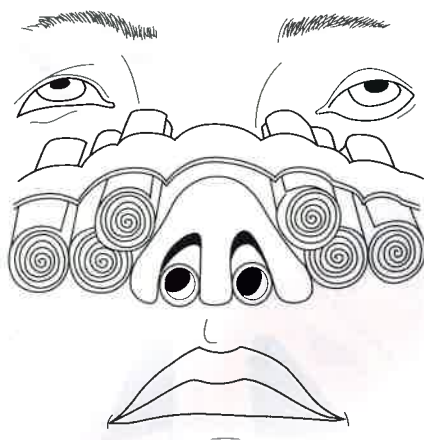


Рис. 9.21. Марлевые валики, фиксированные полоской липкого пластыря

ния из него недостающих наружных кожных покровов и эпителиальной внутренней выстилки в пределах отсутствующих фрагментов носа и прилежащих к нему участков лица.

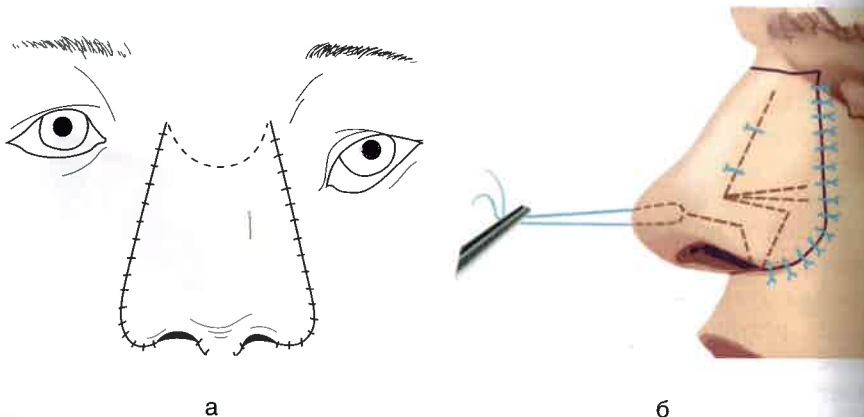


Рис. 9.22. Сформированный нос: а — вид спереди; б — вид сбоку

(под влиянием моделирующих повязок) хорошую форму носа с полноценным носовым дыханием (рис. 9.22).

Для того чтобы предотвратить деформацию носа и придать более отточенную форму его спинке, кончику и крыльям, проводят пересадку хряща через 2–3 мес после предыдущей операции (рис. 9.23–9.25).

Для устранения частичных дефектов носа в сочетании с дефектами различных прилежащих к нему участков лица заготавливают филатовский стебель из расчета, чтобы длина и ширина его были достаточны для формирова-



Рис. 9.23. Линия разреза для подсадки аллохрящей



Рис. 9.24. Вид моделированных хрящей

### Тотальная ринопластика щечно-лобным лоскутом

Перед операцией необходимо оздоровить окружающую кожу (ликвидировать фурункулы, угри, дерматитные очаги и др.) и носовую полость (удалить грануляции, секвестры, полипы, инородные тела, синехии, устранить атрезию просвета).

Вначале проводят освежение краев дефекта носа. Намечают границы опрокидывающихся лоскутов по краям дефекта. Эти лоскуты используют для создания внутренней эпителиальной выстилки формируемого носа. Выкраенные лоскуты загибают таким образом, чтобы их эпидермис был обращен внутрь носовой полости,

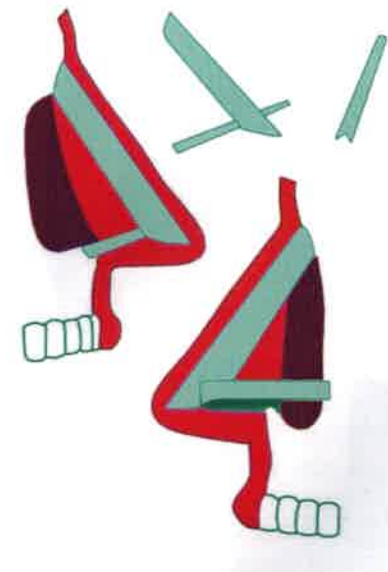


Рис. 9.25. Взаимоотношение хрящей со скелетом носа (схема)



**Рис. 9.26.** Больной с огнестрельной раной средней зоны лица



**Рис. 9.27.** Этап операции. Восстановлена верхняя губа. Медиальная ножка филатовского стебля подшита к корню носа



**Рис. 9.28.** Этап операции. Восстановлена верхняя губа

и сшивают между собой монокрилом или викрилом.

Образовавшиеся в результате операции дефекты на щеках зашивают узловыми швами из шелка или пролена.

Выкраивают трапециевидный лоскут с дополнительной кожной полоской в виде фестончатого выступа из кожи лба. Основание лоскута располагают у внутреннего края одной из бровей. Лоскут мобилизуют, смещают книзу, поворачивают под углом  $135^\circ$  и пришивают к освеженным краям дефекта носа и к нижним краям вывернутых внутрь нижних щечных треугольных лоскутов.

Рану на лбу закрывают свободным аутотрансплантатом, по форме соответствующим лобной ране, взятым с передней или внутренней поверхности плеча или из другого маловолосистого места тела.

Кожную перегородку между ноздрями формируют из кожи верхней губы путем сшивания фестончатой полоски лобного трапециевидного лоскута, обращенного эпидермисом наружу, и кожного лоскута, заимствованного из тканей верхней губы. Оба этих лоскута сшивают один с другим так, чтобы полоска из лобного лоскута была обращена эпидермисом кнаружи, а лоскут из губы — эпидермисом внутрь носовой полости. На рану верхней губы после взятия кожного лоскута накладывают швы. Операцию заканчивают рыхлой тампонадой носовой полости йодоформной турундой с введением дренажных резиновых трубок в носовые ходы.

Через несколько недель проводят корригирующую операцию. Для этого определяют объем кончика носа; если он недостаточен, создают его из корня лобного лоскута.

Для предотвращения деформации носа и придания формы спинке, кончику и крыльям носа проводят пересадку хряща через 2–3 мес после предыдущей операции (рис. 9.29).

## 9.2. ВСКРЫТИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

**Показания:** хроническое гнойное воспаление пазухи, не поддающееся консервативному лечению, киста гайморовой пазухи, инородные тела.

**Обезболивание:** проводниковая анестезия (туберальная, инфраорбитальная, резцовая, нёбная) и инфильтрационное обезболивание, аппликационная анестезия в области нижнего носового хода и нижней носовой раковины или эндотрахеальный наркоз.

**Положение больного:** лежа на спине, голова повернута набок.

### Радикальная гайморотомия способом Колдуэлла-Люка

Верхнюю губу и угол рта оттягивают тупыми крючками вверх. Разрез производят до кости в преддверии рта, ниже переходной складки, от бокового резца до второго моляра. Слизисто-надкостничный лоскут отслаивают распатором. С помощью тупых крючков оттягивают вверх и обнажают переднюю часть наружной стенки пазухи. В области клыковой ямки с помощью долота, бора, стамески Воячека трепанируют кость. Вскрытие пазухи начинают у места отхождения скулового отростка верхней челюсти, так как здесь

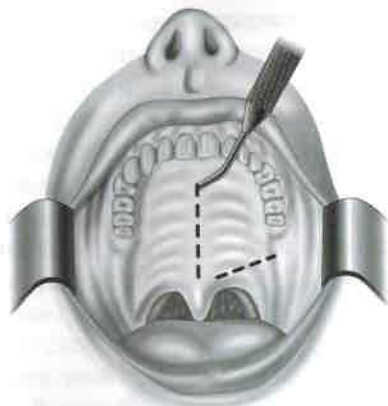


Рис. 14.6. Электроножом на твердом нёбе отмечены границы резекции верхней челюсти (из: Пачес А.И., 1987)



Рис. 14.7. Внешний вид больной после двусторонней резекции верхней челюсти и операции Крайля справа. Послеоперационный дефект верхней челюсти

Послеоперационную полость заполняют йодоформными марлевыми тампонами, смоченными вазелином, которые удерживаются с помощью ранее изготовленной защитной пластинки, укрепленной на зубах здоровой стороны. Накладывают погружные кетгутовые швы или швы из монокрिला на подкожную клетчатку, край кожной раны ушивают шелком или проленом. Первую смену тампонов проводят через 5–10 дней после операции.

Через 3–4 нед изготавливают формирующий съемный протез, позволяющий улучшить функцию жевания, глотания, речи, предотвратить рубцовую деформацию тканей щеки и создать ложе для obturating part of permanent resection prosthesis.

После формирования протезного ложа изготавливают окончательный протез, желателен из бесцветной пластмассы (рис. 14.7–14.9).

### Резекция верхней челюсти внутриротовым способом

Производят скальпелем или электроножом разрез слизистой оболочки по переходной складке, начиная от центральных резцов и продолжая до последнего моляра, заходя сзади за верхнечелюстную бугор. Обнажают верхнюю челюсть распатором до нижнесорбитального края кнаружи до ску-



а



б

Рис. 14.8. Та же больная после протезирования верхней челюсти (а, б)



а



б



б

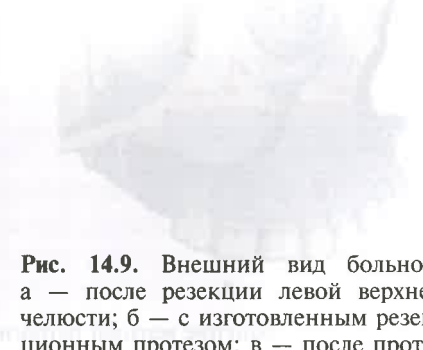


Рис. 14.9. Внешний вид больной: а — после резекции левой верхней челюсти; б — с изготовленным резекционным протезом; в — после протезирования верхней челюсти

мом, эвакуируют гной. Вводят в рану ленточный дренаж из перчаточной резины.

### Вскрытие абсцессов, флегмон щечной области

Выбор оперативного доступа для вскрытия абсцесса, флегмоны щечной области определяется локализацией инфекционно-воспалительного процесса. При абсцессе, флегмоне поверхностного клетчаточного пространства используют оперативный доступ со стороны кожных покровов. При абсцессе, флегмоне глубокого клетчаточного пространства — со стороны полости рта.

При абсцессе подкожно-жировой клетчатки в **верхнем отделе** щечной области разрез кожи производят по носогубной складке, а при флегмоне и абсцессе **нижнего отдела** щечной области — в поднижнечелюстной области вдоль нижнего края челюсти. Разрезают кожу в области носогубной складки или в поднижнечелюстной области параллельно и ниже на 1–1,5 см края челюсти. Выполняют гемостаз. Вскрывают гнойный очаг путем расслоения подкожной клетчатки над щечной мышцей с помощью кровоостанавливающего зажима по направлению к центру воспалительного инфильтрата. Вводят в рану ленточный дренаж из перчаточной резины или полиэтиленовой пленки (рис. 21.3, 21.4).



Рис. 21.3. Внешний вид больной с флегмоной щеки. Стрелкой указана линия разреза



Рис. 21.4. Абсцесс щеки. Произведен разрез по носогубной складке

### Вскрытие абсцесса, флегмоны подкожного клетчаточного пространства околоушно-жевательной области

Выбор места и направления разреза кожи определяется локализацией гнойно-воспалительного процесса. При абсцессе подкожно-жировой клетчатки в **верхнем отделе** околоушно-жевательной области разрез кожи производят через центр воспалительного инфильтрата параллельно проекции основных ветвей лицевого нерва.

При абсцессе подкожно-жировой клетчатки в **нижнем отделе** околоушно-жевательной области разрез кожи производят в поднижнечелюстной области параллельно и ниже края челюсти на 1–1,5 см с учетом расположения ветвей лицевого нерва.

С помощью кровоостанавливающего зажима вскрывают гнойно-воспалительный очаг путем расслоения подкожной клетчатки над апоневрозом по направлению к центру воспалительного инфильтрата в околоушно-жевательной области. Эвакуируют гной. Осуществляют окончательный гемостаз. Вводят в рану ленточный дренаж из перчаточной резины.

### Вскрытие абсцесса, флегмоны подфасциального клетчаточного пространства околоушной области

Делают разрез кожи и подкожной клетчатки, окаймляющий угол нижней челюсти, отступив на 1,5–2 см книзу и кзади от края челюсти для предупреждения повреждения краевой ветви лицевого нерва. Расслаивают подкожную клетчатку и смещают кожу верхнего края раны до появления в ней угла челюсти и нижнего отдела жевательной мышцы. Выполняют гемостаз. Рассекают скальпелем околоушную фасцию на протяжении 0,5–1,0 см и отслаивают ее с помощью кровоостанавливающего зажима через этот разрез от подлежащих тканей.

Рассекают околоушную фасцию над разведенными браншами кровоостанавливающего зажима. Вскрывают гнойный очаг путем расслоения мягких тканей под околоушной фасцией с помощью кровоостанавливающего зажима, продвигаемого к центру воспалительного инфильтрата, эвакуируют гной. Проводят окончательный гемостаз, введение в рану ленточных дренажей из перчаточной резины или полиэтиленовой пленки.

### Вскрытие абсцесса, флегмоны подмышечного клетчаточного пространства жевательной области

Делают разрез кожи и подкожной клетчатки, окаймляющий угол нижней челюсти, отступив на 1,5–2 см книзу и кзади от края челюсти.



Расслаивают подкожную клетчатку и смещают кожу верхнего края раны вдоль подкожной мышцы с покрывающей ее поверхностной фасцией шеи до появления в ране угла челюсти и нижнего отдела жевательной мышцы. Осуществляют гемостаз, рассечение скальпелем жевательной фасции в месте прикрепления ее к углу челюсти и пересечение части сухожилия жевательной мышцы в месте его прикрепления к нижней челюсти. Отслаивают распатором сухожилия жевательной мышцы от нижней челюсти и вскрывают гнойный очаг. Выполняют эвакуацию гноя, окончательный гемостаз. Вводят через операционную рану в поджевательное пространство трубчатый или ленточный дренаж.

### Вскрытие абсцесса, флегмоны позадичелюстной ямки

Разрезают кожу и подкожную клетчатку вдоль края челюсти, отступив от него книзу на 1 см, с продолжением разреза в позадичелюстную область. Расслаивают подкожную клетчатку и смещают кожу верхнего края раны до появления нижнего полюса околоушной слюнной железы. Рассекают околоушную фасцию вдоль нижнего полюса околоушной слюнной железы в месте перехода ее в поверхностный листок собственной фасции шеи. Выполняют гемостаз. Вскрывают гнойный очаг в позадичелюстной ямке расслоением кровоостанавливающим зажимом клетчатки вдоль наружной и внутренней поверхностей околоушной слюнной железы. Эвакуируют гной. Выполняют окончательный гемостаз. Вводят через операционную рану в позадичелюстное пространство ленточный или трубчатый дренаж.

### Вскрытие флегмоны околоушно-жевательной области с поражением нескольких клетчаточных пространств

Используют комбинированный оперативный доступ — поднижнечелюстной и подскуловой, при этом операционные раны в подскуловой и поднижнечелюстной областях соединяются между собой.

Отступив книзу на 1,5–2 см от края челюсти, в поднижнечелюстной области производят послойный разрез мягких тканей, окаймляющий угол челюсти. Выполняют гемостаз. Кровоостанавливающим зажимом вскрывают гнойную полость, расположенную над апоневрозом в подкожно-жировой клетчатке околоушно-жевательной области. Эвакуируют гной.

Смещают кожу верхнего края раны вместе с краевой ветвью лицевого нерва вверх до появления в ней угла челюсти и нижнего отдела жевательной мышцы. Рассекают скальпелем околоушную фасцию на протяжении 0,5–0,6 см. С помощью кровоостанавливающего зажима

через этот разрез фасцию отслаивают от подлежащих тканей, а затем рассекают над разведенными браншами зажима.

Расслаивая клетчатку под околоушной фасцией зажимом, вскрывают гнойный очаг. Выполняют эвакуацию гноя и ревизию позадичелюстной ямки путем расслоения клетчатки, прилежащей к наружной и внутренней поверхностям околоушной слюнной железы. При выраженном ограничении открывания рта осуществляют ревизию подмышечного клетчаточного пространства жевательной области после пересечения сухожилия *m. masseter* и отслойки этой мышцы распатором от ветви нижней челюсти.

Затем производят разрез кожи в околоушной области параллельно нижнему краю скуловой кости. Выполняют гемостаз. Расслаивают подкожно-жировую клетчатку околоушной области по направлению к операционной ране в поднижнечелюстной области. Формируют широкий туннель, соединяющий эти раны. Рассекают скальпелем околоушно-жевательную фасцию вдоль нижнего края скуловой кости. Расслаивают с помощью кровоостанавливающего зажима клетчатку, заполняющую пространство между околоушно-жевательной фасцией и околоушной слюнной железой и *m. masseter*, по направлению к операционной ране в поднижнечелюстной области, формируют широкий туннель, соединяющий эти две раны.

Вводят в сформированные сквозные туннели в подкожно-жировой и подфасциальной клетчатке околоушно-жевательной области ленточные или трубчатые дренажи. Возможно введение дополнительных дренажей в позадичелюстную ямку и в подмышечное клетчаточное пространство жевательной области (рис. 21.5).

### Вскрытие абсцесса, флегмоны подвисочной ямки

Производят разрез слизистой оболочки вдоль альвеолярного отростка верхней челюсти на 2–3 мм ниже переходной складки и параллельно ей над молярами длиной 1,5–2 см. Отслаивают распатором мягкие ткани верхнего края раны от бугра верхней челюсти на 1–1,5 см.

Выполняют ревизию подвисочного пространства путем расслоения клетчатки с помощью кровоостанавливающего зажима. Вскрывают абсцесс. Эвакуируют гной. Вводят ленточный резиновый дренаж в подвисочное клетчаточное пространство через операционную рану во рту.

Дренируют подвисочное клетчаточное пространство из оперативного доступа, используемого для вскрытия флегмоны соседних заинтересованных областей. Так, при флегмоне окологлоточного пространства и подвисочной ямки (обычно при этом наблюдается распространение