

КАФЕДРА ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ
АНАТОМИИ ВолгГМУ.

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-5 КУРСА МЕДИКО-
БИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО
КУРСУ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.

ТЕМА: Клиническая хирургия гнойно-воспалительных
процессов верхней и нижней конечности.

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ: Клиническая хирургия гнойно-воспалительных процессов верхней и нижней конечности. Абсцессы и флегмоны верхней и нижней конечности, возможные места локализации, клиника, хирургическое лечение. Хирургические разрезы при флегмонах предплечья, кисти, ягодичной области, подколенной ямки, стопы. Панариции. Этиопатогенез, клиника, хирургическое лечение. Гнойные артриты. Этиопатогенез, клиника, диагностика. Техника пункции плечевого, локтевого, тазобедренного, коленного суставов. Артротомия. Понятие об артродезе, артропластике, эндопротезировании. Острый остеомиелит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, хирургическое лечение.

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ: Гнойные процессы, развивающиеся в мягких тканях конечностей, могут распространяться различными путями: по кровеносным и лимфатическим сосудам или же по фасцио-клетчаточным пространствам. Знание топографии сосудов верхней и нижней конечности и хирургических доступов к ним необходимо для перевязки сосуда в ране при кровотечении и восстановления кровообращения при повреждениях крупных сосудов. Хирург обязан знать виды хирургических разрезов при гнойных заболеваниях, так как оперативное вмешательство будет способствовать выздоровлению больного и предотвращению распространения гноя в другие области.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

1. научиться хирургическим доступам к основным сосудам и нервам плеча.
2. научиться технике вскрытия флегмон переднего и заднего фасциального ложа плеча.
3. знать места локализации флегмон стопы, разрезы при них, правила обработки.
4. знать места локализации флегмон голени, разрезы при них, правила обработки.

5. знать места локализации флегмон бедра, разрезы при них, правила обработки.
6. знать места локализации флегмон ягодичной области, разрезы при них, правила обработки.

РАЗРЕЗЫ ПРИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Вскрытие флегмоны переднего фасциального ложа плеча. Два продольных разреза кожи и подкожной клетчатки длиной 10-12 см производят вдоль наружного и внутреннего краев двуглавой мышцы плеча. По желобоватому зонду вскрывают собственную фасцию, причём на внутренней стороне оттягивают тупым крючком медиальный кожный нерв предплечья и вену, заключенные в один фасциальный канал. По желобоватому зонду вскрывают глубокий листок фасции и влагалище сосудисто-нервного пучка. При наличии гноя под этими образованиями в разрезы вводят резиновые полоски.

Вскрытие флегмоны заднего ложа плеча. Разрезы кожи, подкожной клетчатки и поверхностной фасции длиной 10-12см производят вдоль наружного и внутреннего края трехглавой мышцы плеча. Следует помнить, что на границе нижней трети наружного края мышцы этой через собственную фасцию на поверхность выходят кожные ветви лучевого нерва. По желобоватому зонду вскрывают собственную фасцию и тупым путем проникают в промежуток между трехглавой мышцей и плечевой костью, оставляя здесь резиновые полоски.

РАЗРЕЗЫ ПРИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Распространение гнойных процессов на нижней конечности происходит по лимфатическим и кровеносным сосудам, по межфасциальным щелям и клетчаточным пространствам.

Принципы оперативных доступов для вскрытия гнойных очагов на верхней и нижней конечностях идентичны: разрезы, как правило, проводят вблизи линии проекции сосудисто-нервного пучка, по краям крупных мышц с таким

расчетом, чтобы не повредить сосудов и нервов и получить необходимый доступ в фасциально-мышечные футляры или межмышечную клетчатку, где преимущественно локализуются гнойные процессы. Общим правилом также является дренирование гнойных очагов — дренажные трубки нельзя проводить вблизи крупных сосудов и нервных стволов во избежание пролежней.

РАЗРЕЗЫ ПРИ ФЛЕГМОНАХ СТОПЫ

Наибольшую опасность представляют флегмоны срединного подошвенного костно-фасциального ложа, так как они имеют тенденцию распространяться в заднее глубокое клетчаточное пространство голени. Вскрытие подошвенных флегмон большей частью производят боковыми разрезами: по медиальному либо по латеральному краю свода в зависимости от того, где более выражены явления отека. Не рекомендуется применять срединные разрезы, так как подошвенный апоневроз сужает просвет раны и затрудняет дренирование гнойной полости.

Разрезы по Делорму. Разрезы проводят соответственно медиальной и латеральной апоневротическим перегородкам. Для определения направления перегородок проводят поперечную линию на уровне заднего края медиальной лодыжки, т. е. на 4—5 см впереди от заднего края пятки. Проведя разрез от середины указанной линии по направлению к третьему межпальцевому промежутку, вскрывают латеральный канал. Разрезом от середины медиальной половины поперечной линии в направлении первого межпальцевого промежутка вскрывают медиальный апоневротический промежуток.

После рассечения подошвенного апоневроза крючком оттягивают в сторону апоневроз вместе с *m. flexor digitorum brevis* и проникают в расположенную под этой мышцей полость абсцесса.

РАЗРЕЗЫ ПРИ ФЛЕГМОНАХ ГОЛЕНИ

Оперативные доступы к фасциально-клетчаточным пространствам голени мало чем отличаются от разрезов, применяемых для доступов к передней и

задней большеберцовой артериям. Отличие их заключается в том, что при флегмонах производят более широкое рассечение мягких тканей, обеспечивающее необходимое дренирование гнойной полости. Вскрытие глубокого ложа сгибателей голени производят по медиальному краю большеберцовой кости, отступя на 1—2 см кзади. Рассекают собственную фасцию голени, оттягивают назад *m.gastrocnemius*, частично отсекают и оттягивают *m.soleus* от места его прикрепления к большеберцовой кости и проникают в глубокое ложе сгибателей. После вскрытия гнойника вставляют дренаж.

РАЗРЕЗЫ ПРИ ФЛЕГМОНАХ БЕДРА

Флегмоны в области бедра могут локализоваться в клетчатке сосудистого влагалища, в межмышечных фасциально-клетчаточных пространствах и в отдельных фасциально-мышечных футлярах. В зависимости от локализации процесса избирают соответствующий разрез. При разрезах необходимо избегать рассечения мышц (гнойники вскрывают через межмышечные промежутки). В случае расположения гнойника в пределах одного фасциально-мышечного футляра достаточно бывает рассечь фасцию, образующую этот футляр.

Флегмоны сосудистого влагалища вскрывают на протяжении бедра одним или двумя разрезами по медиальному краю *m.sartorius*, ориентируясь по проекционной линии бедренной артерии. Разрезы проводят вне этой линии, чтобы не повредить сосуд.

Для вскрытия переднего ложа (ложе четырехглавой мышцы) рекомендуют отдельные разрезы кожи по передненаружной поверхности бедра. После рассечения широкой фасции бедра тупым инструментом проникают в щель между прямой мышцей бедра и *m.vastus lateralis*. При глубоких, так называемых параоссальных, флегмонах (вокруг бедренной кости) производят два разреза по латеральному и медиальному краю прямой мышцы бедра.

Проникают инструментом в клетчаточный промежуток, далее расслаивают *m.intermedius* до кости.

Фасциальное ложе приводящих мышц вскрывают продольными разрезами по переднемедиальной поверхности бедра, отступя на 2—3 см медиально от линии проекции бедренного сосудисто-нервного пучка. После рассечения собственной фасции расслаивают тупым путем приводящие мышцы бедра и проходят инструментом или пальцем по медиальному краю *m.adductor longus*, проникая под него.

Вскрытие гнойных затеков и межмышечных флегмон на задней поверхности бедра, находящихся в ложе сгибателей, производят продольными разрезами по латеральному краю *m.biceps femoris* или по ходу *m.semitendeneus*.

Клетчаточное пространство, в котором проходит седалищный нерв, обычно вскрывают в стороне от линии проекции нерва.

РАЗРЕЗЫ ПРИ ФЛЕГМОНАХ ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ.

Клетчатка, располагающаяся между большой ягодичной мышцей и мышцами глубокого слоя, окружает помещающиеся в этом пространстве сосуды и нервы. Она сообщается:

- 1) через большое седалищное отверстие (под грушевидной мышцей) с клетчаткой таза;
- 2) через малое седалищное отверстие с клетчаткой седалищно-прямокишечной ямки;
- 3) книзу она переходит в клетчатку, окружающую седалищный нерв; вследствие этого гнойники, возникающие в ягодичной области, достигают иногда подколенной ямки;
- 4) по направлению кпереди глубокая клетчатка ягодичной области сообщается с глубокой клетчаткой области приводящих мышц.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Пути распространения гноя по верхней конечности
2. Пути распространения гноя по нижней конечности.
3. Разрезы при флегмонах кисти.
4. Разрезы при флегмонах предплечья.
5. Разрезы при флегмонах плеча.
6. Разрезы при флегмонах стопы.
7. Разрезы при флегмонах голени.
8. Разрезы при флегмонах бедра.
9. Разрезы при флегмонах ягодичной области.

Основная литература:

1. 1. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс]: учебник.- В 2 т./ под общей ред. акад.РАМН Ю.М.Лопухина.-3-е изд., испр.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.Т.1.-837 с.: илл. – Режим доступа: <http://studmedlib.ru>
2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс]: учебник.- В 2 т./ под общей ред. акад.РАМН Ю.М.Лопухина.-3-е изд., испр.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.Т.2.-592 с.: илл. – Режим доступа: <http://studmedlib.ru>
3. Байтингер В.Ф. и соавт.Топографическая анатомия и оперативная хирургия; под ред. И.И.Кагана, И.Д.Кирпатовского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012, Т 1,2.

Дополнительная литература:

1. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс]: учебник: в 2 т./А.В.Николаев.- 2-е изд., испр. И доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.-Т1.-384 с.: илл. . – Режим доступа: <http://studmedlib.ru>
2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник [Электронный ресурс]: в 2 т./А.В.Николаев.- 2-е изд., испр. И доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.-Т2.-480 с.: илл. . – Режим доступа: <http://studmedlib.ru>
3. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс]: учебник/ И.И.Каган, С.В.Чемезов.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011-672 с.: илл. – Режим доступа: <http://studmedlib.ru>
4. Островерхов Г.Е., Бомаш О.М., Лубоцкий Д.Н., «Оперативная хирургия и топографическая анатомия». — 5-е изд., испр. – М.: МИА, 2005. -736с.: ил.,
5. Клиническая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи / Под ред.Воробьева А.А. – «Элби-СП», 2008.