

КАФЕДРА ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ
АНАТОМИИ ВолгГМУ.

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

ТЕМА: Хирургическая анатомия нижней конечности. Ягодичная
область. Проекционные линии крупных сосудов и нервов ягодичной области.
Тазобедренный сустав.

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ.

В практике общего хирурга и врачей других специальностей часто возникает необходимость дренирования постинъекционных абсцессов ягодичной области. Значение топографической анатомии ягодичной области необходимы для правильного выбора разреза и предупреждения распространения гнойного абсцесса в соседние области.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ.

1. Усвоить послойное строение ягодичной области.
2. Знать локализацию гнойников и обосновать их пути распространения.
3. Знать хирургические разрезы, применяемые для дренирования абсцессов и флегмон.
4. Изучить топографическую анатомию тазобедренного сустава, используя скелет, муляжи и таблицы.
5. Знать признаки вывиха сустава, переломов шейки бедра.

ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ (ARTICULATIO COXAE)

По своему положению тазобедренный сустав относится к двум областям: к ягодичной области и к передней области бедра.

Сустав образован вертлужной впадиной тазовой кости и головкой бедренной кости. Со всех сторон его прикрывают мышцы, из которых непосредственно покрывают капсулу и связочный аппарат сустава следующие: спереди — *m. iliopsoas* с расположенным кнаружи от него *m. rectus femoris* и кнутри — *m. pectineus*; латерально — *m. gluteus minimus*; сзади — *mm. piriformis, obturatorius internus* и *gemeli*; снизу — *m. obturatorius externus*. Оба вертела, большой и малый, находятся вне полости сустава, причем большой вертел обычно хорошо прощупывается, а малый — лишь иногда, при резком исхудании, книзу от середины паховой связки. Если слегка согнуть бедро в тазобедренном суставе, то верхушка большого вертела окажется расположенной на линии, соединяющей переднюю верхнюю подвздошную ость с

вершиной седалищного бугра (линия Розера-Нелатона). Смещение верхушки вертела с этой линии указывает на вывих в тазобедренном суставе или перелом шейки бедра.

Проекция тазобедренного сустава определяется таким образом, что намечается линия, соединяющая переднюю верхнюю подвздошную ость с лобковым бугром. Проходящий через середину ее перпендикуляр делит головку бедра на две почти равные части.

Сочленовная поверхность суставной впадины увеличивается за счет хрящевого кольца, окаймляющего ее по краям. Капсула тазобедренного сустава прикрепляется к тазовой и бедренной костям таким образом, что большая часть хрящевого кольца и вся передняя поверхность шейки бедренной кости находятся в полости сустава, между тем как сзади латеральная четверть шейки остается вне полости сустава. Капсула сустава укреплена тремя связками, из которых передняя *lig.iliofemorale* представляет самую прочную связку человеческого тела. Медиальную часть суставной капсулы укрепляет *lig.pubofemorale*, заднюю-*lig.ishiofemorale*.

Между передней и медиальной связками с одной стороны, и т. Шорзоаз— с другой располагается большая *bursa iliopectinea*. Примерно в 10% случаев она сообщается с полостью сустава.

"Слабые" участки капсулы сустава имеются сзади и снизу (где отмечается выпячивание синовиальной оболочки и проходит сухожилие наружной запирающей мышцы) и спереди, где имеется сообщение полости сустава с *bursa iliopectinea*. При гнойном поражении тазобедренного сустава в этих местах может произойти прорыв гноя, что обуславливает возможность распространения его по разным направлениям. Так, вдоль сухожилия наружной запирающей мышцы может образоваться затек гноя в ягодичной области, а по верхнему краю этой мышцы гной может достичь запирающего канала и через него проникнуть в малый таз, а оттуда в забрюшинное пространство. Из-под внутреннего края *m.ileopsoas* гной может распространиться путем отслойки *m.pectineus* в ложе приводящих мышц бедра, а из-под наружного

края этой мышцы — под прямую мышцу бедра с образованием затека между ней и средней широкой мышцей.

Границы ягодичной области - гребень подвздошной кости, снизу - ягодичная складка, снаружи - вертикальная линия, проведенная книзу от передней верхней подвздошной ости, снутри - крестец и копчик, расположенные в глубине межягодичной складки.

Послойное строение области - кожа, подкожная клетчатка, поверхностная фасция, собственная фасция, поверхностный слой мышц, собственное клетчаточное пространство, средний и внутренний слои мышц. Кожа ягодичной области содержит потовые и сальные железы. Подкожная клетчатка содержит нервы, располагающиеся в области середины подвздошного гребня. Вторые - у середины нижнего края большой ягодичной мышцы. Он проходит через толщу ягодичной мышцы. Собственная фасция ягодичной области сверху прикрепляется к гребню подвздошной кости и крестцу, расщепляясь, она образует футляр для большой ягодичной мышцы. Между наружным и внутренним местом фасция проходит фасциальные, которые пронизывают большую ягодичную мышцу в поперечном направлении. У фасции - разные по плотности листки: более плотный наружный более тонкий внутренний. Особенности строения фасции объясняют характер распространения постинъекционных воспалительных явлений характерно, что инфильтраты и абсцессы ягодичной области имеют тенденцию к распространению вглубь, ограничены и резко болезненны, при переходе абсцесса в флегмону чаще разрывается внутренний листок фасции и в процесс воспаления вовлекается клетчаточное пространство ягодичной области. Мышцы ягодичной области располагаются в три слоя. Поверхностный слой представлен большой ягодичной мышцей. Она начинается от крестца и медиальной трети подвздошного гребня, идет косо и вниз и прикрепляется к ягодичной бугристости бедренной кости.

Мышцы среднего слоя представлены средней ягодичной мышцей, грушевидной, внутренней запирательной мышцей, верхней и нижней близнецовыми мышцами, квадратной мышцей бедра. Средняя ягодичная мышца начинается от крестца и медиальной части подвздошного гребня и направляется к большому вертелу. Грушевидная мышца идет от передней поверхности крестца через большое седалищное отверстие к верхушке большого вертела. Она разделяет большое седалищное отверстие на над- и подгрушевидное отверстие.

Запирательная мышца начинается на внутренней поверхности запирательного отверстия и его мембраны, покидает полость таза через малое седалищное отверстие и направляется к большому вертелу. По обе стороны от внутренней запирательной мышцы располагаются близнецовые мышцы. Квадратная мышца бедра начинается от седалищного бугра и прикрепляется к межвертельному гребню.

Во внутреннем слое ягодичной области располагаются малая ягодичная и наружная запирательная мышца. Наружная запирательная мышца, начавшись от наружной поверхности запирательного отверстия, огибает снизу тазобедренный сустав и идет кзади в ягодичную область к вертельной ямке. Малая ягодичная мышца начинается кзади на наружной поверхности крыла подвздошной кости где полностью покрывается средней ягодичной мышцей. Сосуды и нервы ягодичной области выходят из полости таза и образуют верхний и нижний ягодичный сосудисто-нервный пучок.

A. glutea superior с сопровождающими ее венами и одноименным нервом выходит из таза через надгрушевидное отверстие, причем нерв располагается несколько латерально и книзу от артерии. По выходе из таза верхняя ягодичная артерия почти тут же рассыпается на мышечные ветви, так что внетазовая часть артерии очень коротка.

Выходящий через подгрушевидное отверстие кнаружи от *lig.sacrospinale* сосудисто-нервный пучок составляют: *vasa glutea inferiora*, *nn.ischiadicus*, *gluteus inferior* и *cutaneus femoris posterior*, *vasa pudenda interna* и *n.pudendus*.

Взаимоотношение этих элементов сосудисто-нервного пучка таково: изнутри, ближе всего к связке, проходят срамной нерв и внутренние срамные сосуды; далее снаружи проходят нижний ягодичный нерв, задний кожный нерв бедра, нижние ягодичные сосуды и седалищный нерв.

A. glutea inferior тотчас по выходе из таза распадается на ветви к ягодичным мышцам и к седалищному нерву. Нижний ягодичный нерв иннервирует большую ягодичную мышцу.

N. ishiadicus у нижнего края большой ягодичной мышцы лежит сравнительно поверхностно, непосредственно под широкой фасцией, на уровне вертикали, которая проходит через границу между медиальной и средней третью линии, соединяющей седалищный бугор с большим вертелом. Далее, на бедре, седалищный нерв уходит под длинную головку двуглавой мышцы бедра. *Vasa pudenda interna* и *n. pudentus* по выходе из таза огибают седалищную ость и крестцово-остистую связку и через малое седалищное отверстие проникают в область промежности, достигая седалищно-прямокишечной ямки. На задней поверхности крестцово-остистой связки срамной нерв чаще располагается кнутри от внутренних срамных сосудов.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ.

1. Границы ягодичной области.
2. Послойное строение ягодичной области.
3. Топография верхнего ягодичного сосудисто-нервного пучка.
4. Топография нижнего сосудисто-нервного пучка.
5. Тазобедренный сустав, его проекционная линия.
6. Тазобедренный сустав: капсула, связочный аппарат.
7. Линия Розер-Нелатона.
8. Артериальная коллатеральная сеть в области тазобедренного сустава.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

1. Хирург во время дежурства в стационаре осматривает больного, пожаловавшегося на боль в области правой ягодицы. При осмотре: в верхнее наружном квадрате ягодичной области следы от инъекции, гиперемия,

небольшой отек, резкая болезненность, флюктуация не определяется. Ваш диагноз и тактика?

2. Автотранспортное происшествие. Врач скорой помощи осматривает больного. Больной бледный, пульс редкий, слабый, АД-70/50 рт.ст. Ягодица сильно увеличена в размерах, резко болезненна. В верхнемедиальном квадрате небольшая резанная рана. Ваш предварительный диагноз?

Рекомендуемая литература:

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.