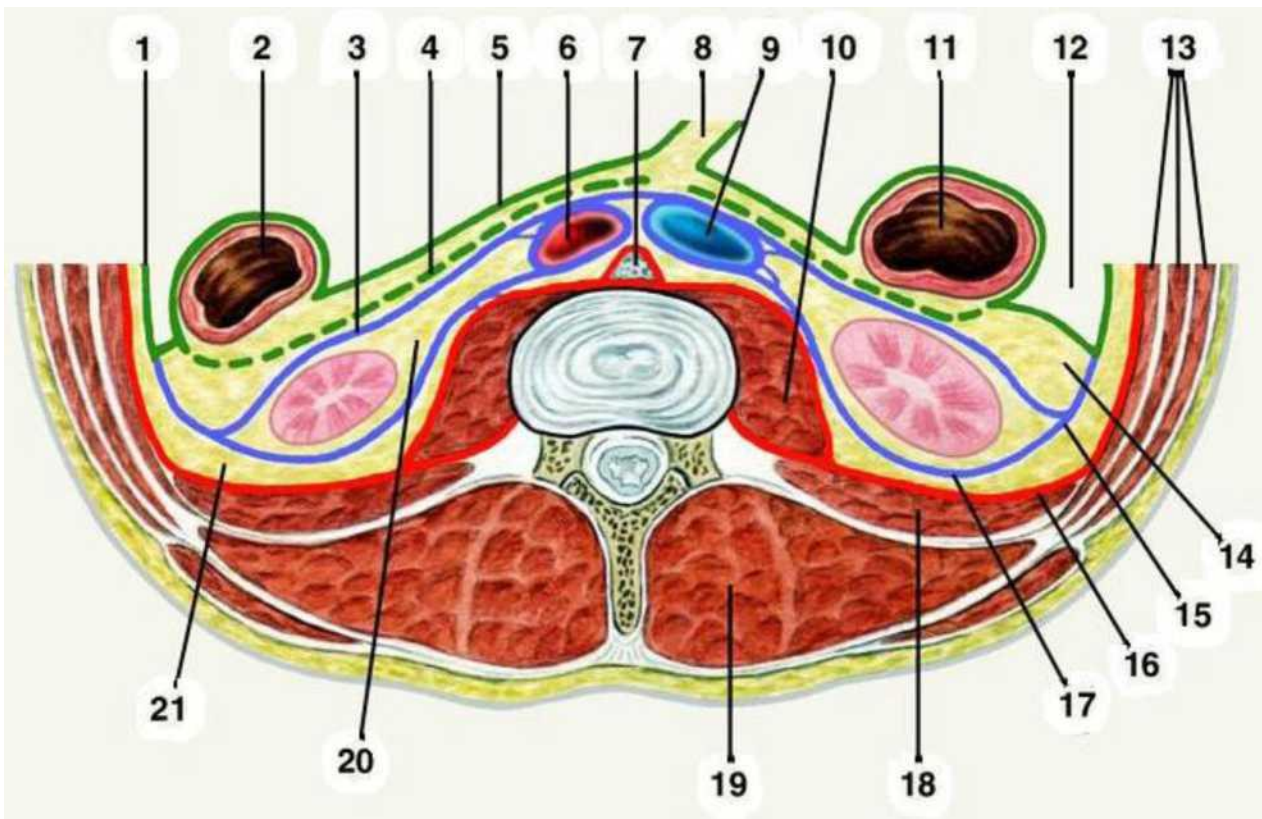


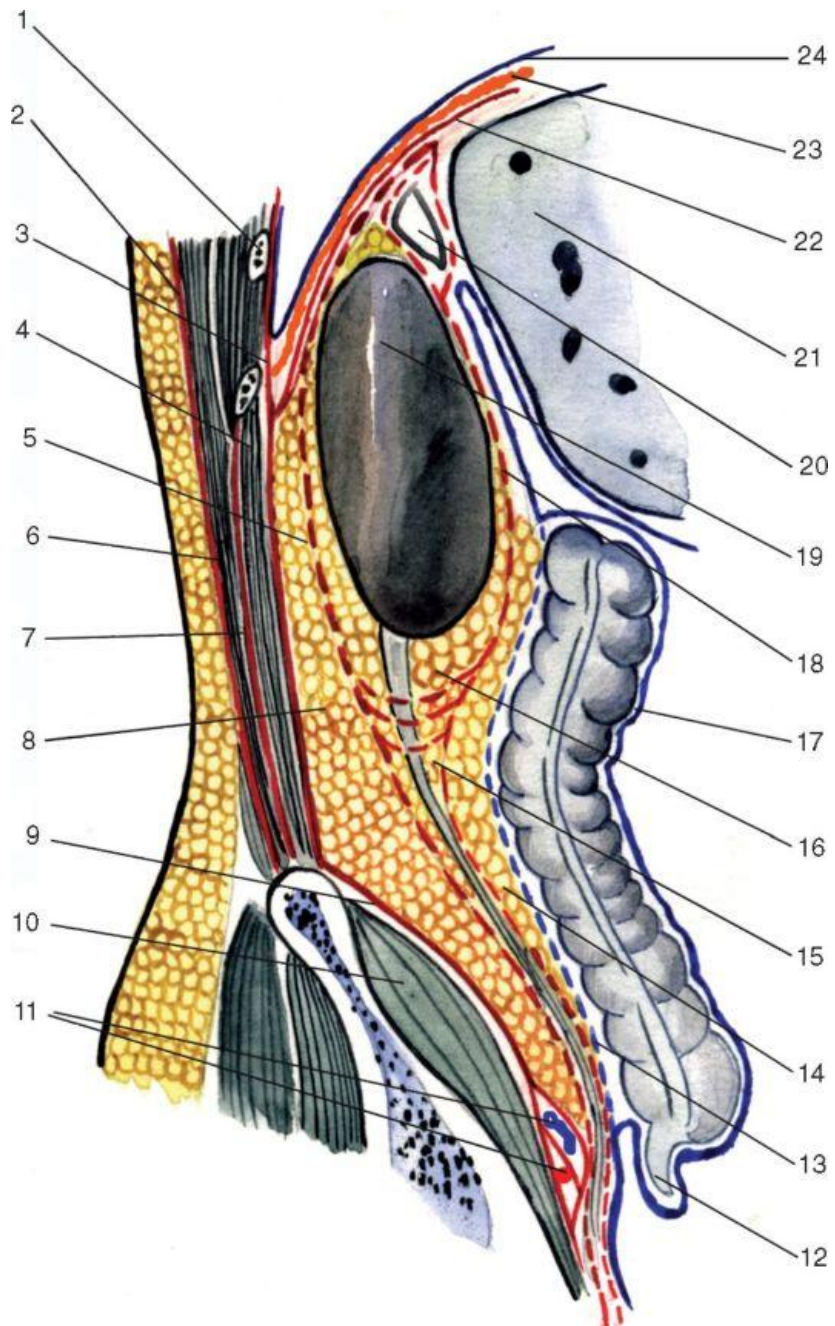


ДРЕНИРОВАНИЕ ЗАБРЮШИННОГО И ТАЗОВОГО КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ

**Оспанова Шынар
ОМ 604-1**

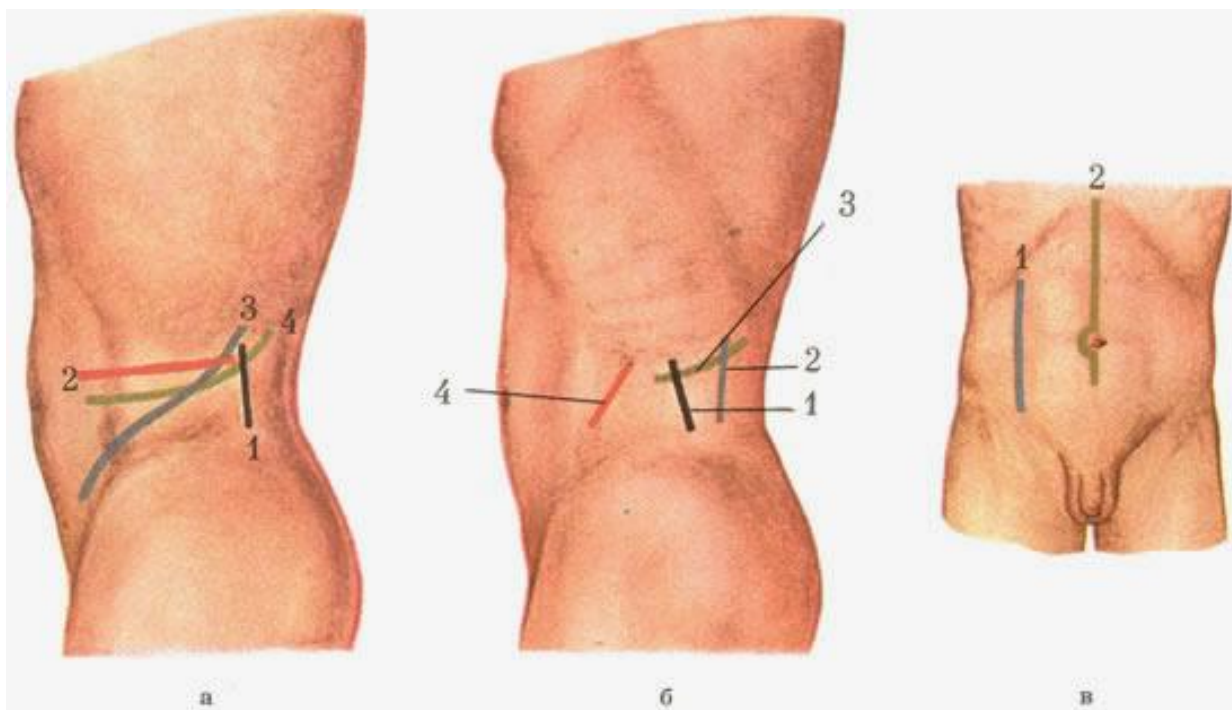
ЗАБРЮШИННОЕ ПРОСТРАНСТВО





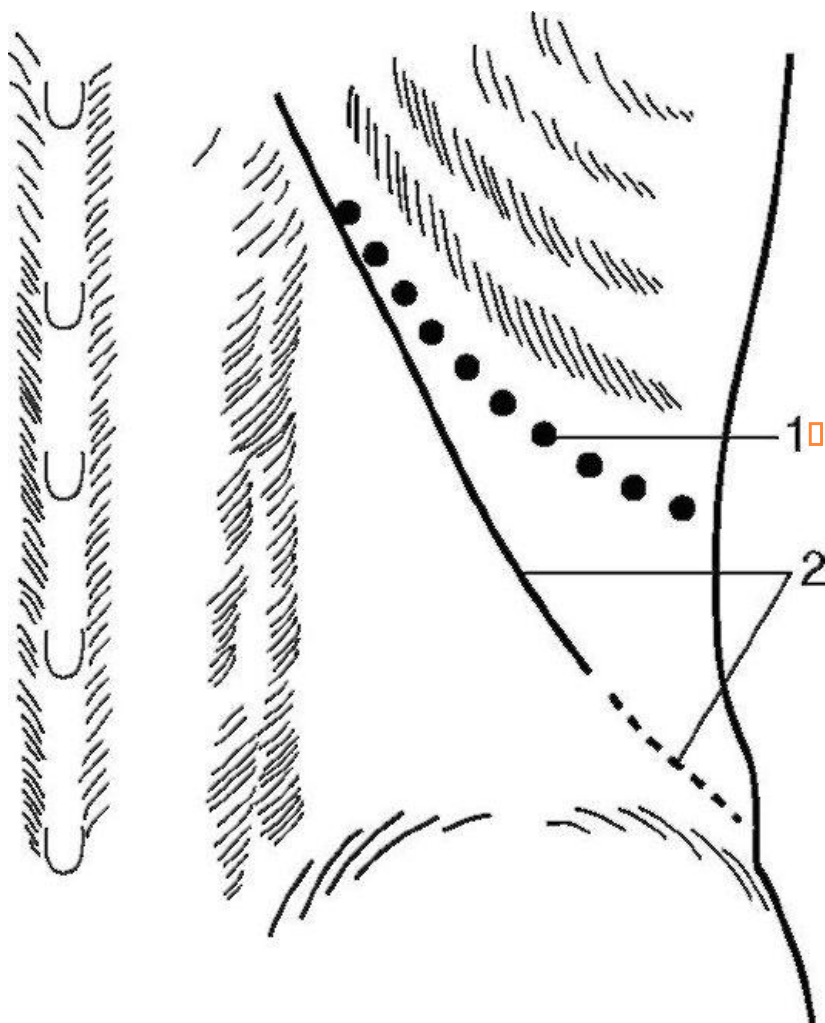
- ❑ **Разрезы для вскрытия флегмон забрюшинного пространства.**
- ❑ При гнойных заболеваниях клетчатки забрюшинного пространства единственным способом лечения является хирургический с широким вскрытием пораженной области.
- ❑ При гнойном поражении околопочечной клетчатки (паранефрите) в случаях с четко установленным диагнозом используют доступ по Федорову или Бергманну. Если поражение вышло за пределы околопочечной клетчатки, используют более широкий доступ по Бергманну-Израэлю.
- ❑ Гнойное поражение околоободочной клетчатки (параколит) дренируют вертикальным разрезом от передней верхней подвздошной ости до рёберной дуги (параллельно наружному краю прямой мышцы живота). Во время осуществления доступа особенно важно не повредить брюшину околоободочной борозды или мезентериального синуса.
- ❑ Во всех случаях после доступа и обработки гнойника в его полости оставляют дренажную трубку с боковыми отверстиями, которую фиксируют к краю кожного разреза.





- ▣
Оперативные доступы к почке и мочеточнику. а: 1 — разрез Симона; 2 — разрез Пеана; 3 — разрез —Бергмана—Израэля; 4 — разрез С. П. Федорова; б: 1 — задне-латеральный доступ; 2— задне-медиальный; 3 — задне-косо-поперечный; 4 — передне-межмышечный доступ; в: 1 — параректальный разрез; 2 — срединный разрез; 3 — поперечный разрез.





▣ **Разрез Федорова.** Кожный разрез начинают от вершины угла, образованного XII ребром и мышцей, выпрямляющей позвоночник, на расстоянии 7-8 см от остистых отростков, и ведут косо и книзу, а затем по направлению к пупку. Если почка расположена слишком высоко или если требуется большее пространство, то разрез можно сдвинуть краниально в одиннадцатое межреберье. При рассечении мышцы необходимо следить, чтобы не повредить XII межреберный нерв и сопровождающие его сосуды.

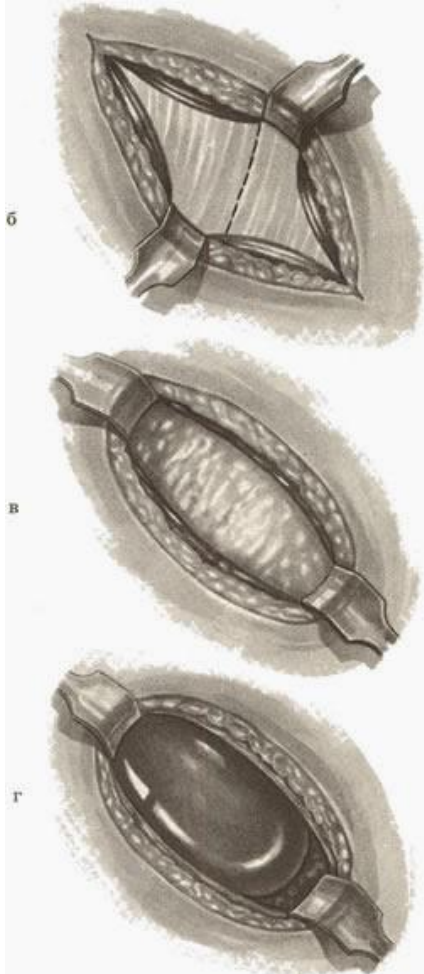
▣ **Разрез Бергманна.** Кожу и глубже лежащие слои рассекают по биссектрисе угла, образованного XII ребром и наружным краем мышцы, выпрямляющей позвоночник. В отличие от разреза по Федорову, этот разрез заканчивают у передней верхней ости подвздошной кости на 2 поперечных пальца выше нее. При необходимости разрез можно продлить книзу параллельно паховой связке (**способ Израэля**) или удлинить вверх до XI ребра.



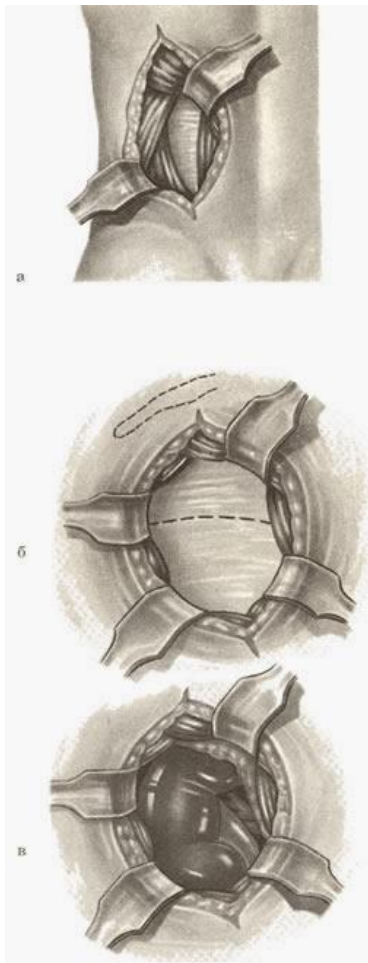
ЗАДНЕ-ЛАТЕРАЛЬНЫЙ ДОСТУП



- Разрез кожи начинают от конца XII ребра и ведут книзу по направлению к треугольнику Пти, на границе прилегания наружной косой мышцы живота и широкой мышцы спины.
- **34. Задне-латеральный доступ к почке по И. П. Погорелко.**
- **а** — разрез кожи произведен по линии соприкосновения широкой мышцы спины и наружной косой мышцы живота; **б** — широкая мышца спины и наружная косая мышца живота тупо отодвинуты в стороны; в глубине видна внутренняя косая мышца живота; **в** — обнажен первый жировой слой забрюшинного пространства; **г** — обнажена почка.



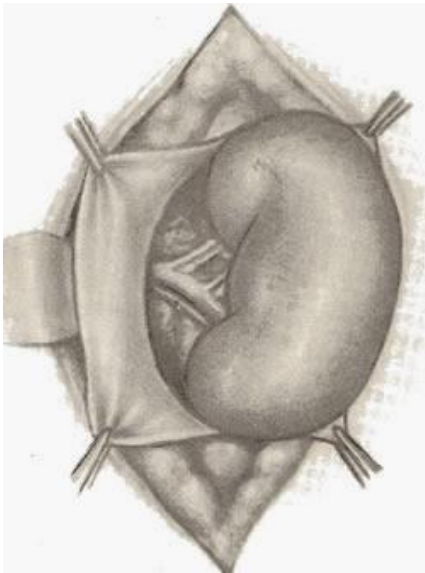
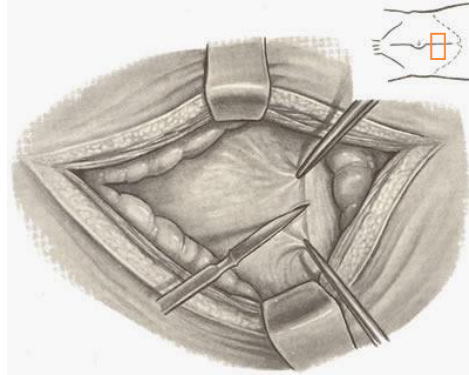
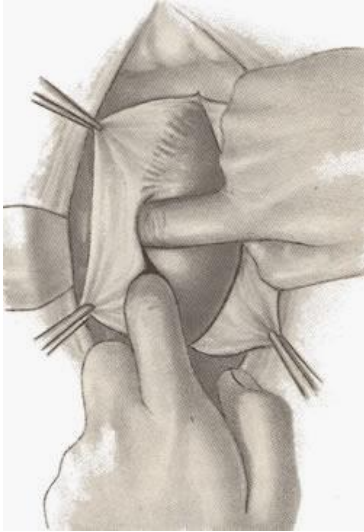
ЗАДНЕ-МЕДИАЛЬНЫЙ МЕЖМЫШЕЧНЫЙ ДОСТУП



- Разрез проводят от середины XII ребра косо книзу и медиально по направлению к углублению между гребнем подвздошной кости и позвоночником. После рассечения кожи обнажают широкую мышцу спины. Волокна ее расслаивают в продольном направлении, обнажая место соприкосновения косых мышц живота и длинного сгибателя спины. Косые мышцы живота отодвигают латерально, длинный сгибатель и задне-верхнюю зубчатую мышцу отодвигают медиально, обнажая апоневроз поперечной мышцы живота. Последнюю также расслаивают по ходу волокон, обнажая забрюшинное пространство. После рассечения позадипочечной фасции паранефральную жировую клетчатку отодвигают кверху и книзу и обнажают заднюю поверхность почки.
- **35. Задне-медиальный доступ к почке по И. П. Погорелко.**
- **а — обнажено место соприкосновения косых мышц живота и длинного разгибателя спины; б — линия расслоения поперечной мышцы живота; в — обнажена почка по задней ее поверхности.**

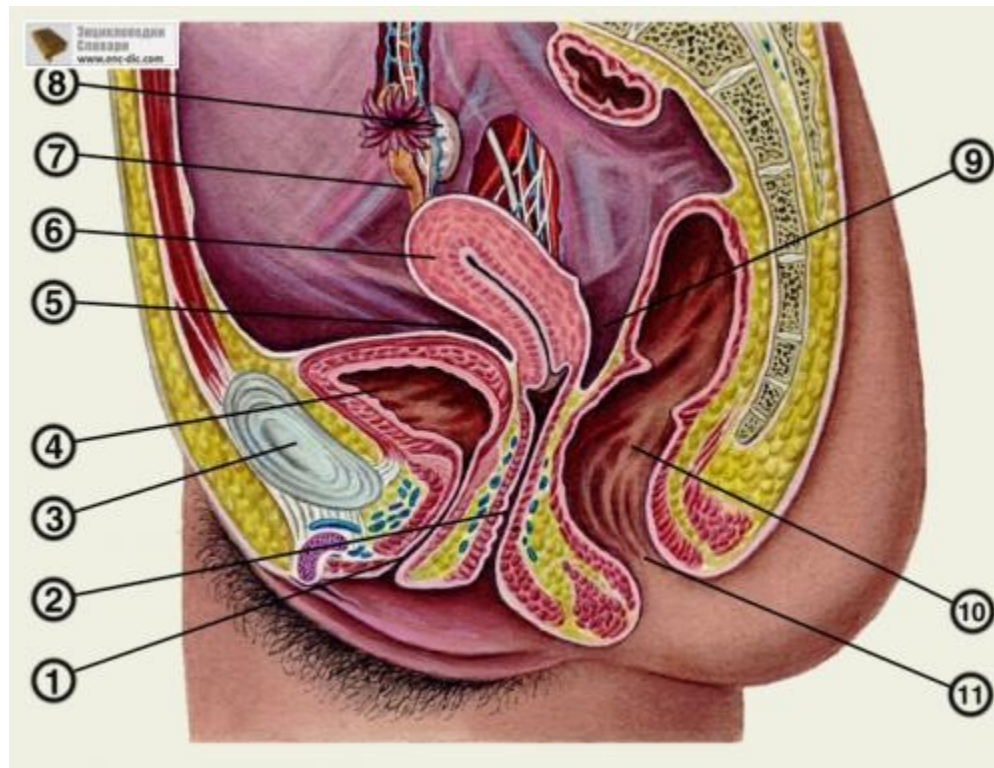


ПЕРЕДНИЙ МЕЖМЫШЕЧНЫЙ ДОСТУП



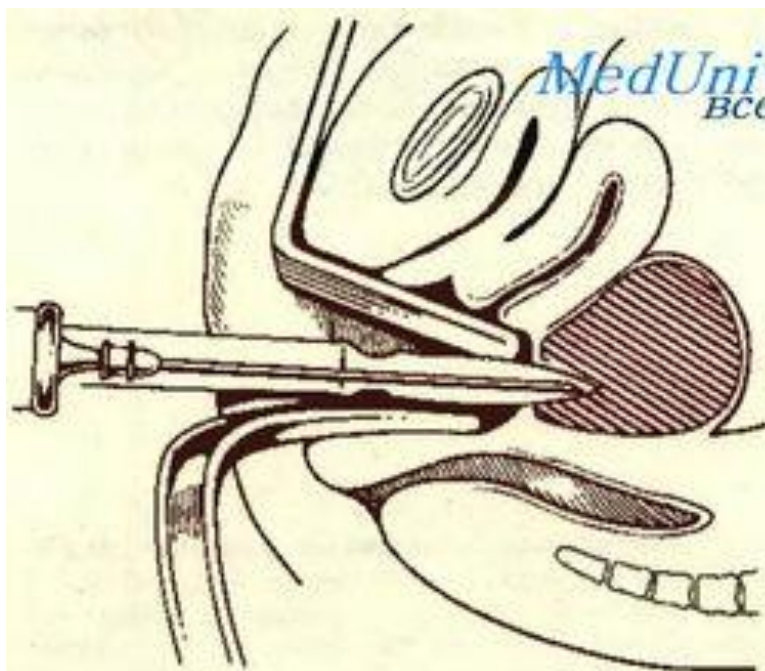
Разрез кожи проводят от XII ребра косо вниз кпереди. По вскрытии кожи и фасции наружной косой мышцы живота волокна ее тупо расслаивают, обнажают внутреннюю косую мышцу. Далее по ходу мышечных волокон расслаивают внутреннюю косую, а затем и поперечную мышцу живота. После этого вскрывают листок почечной фасции и обнажают лоханку спереди.



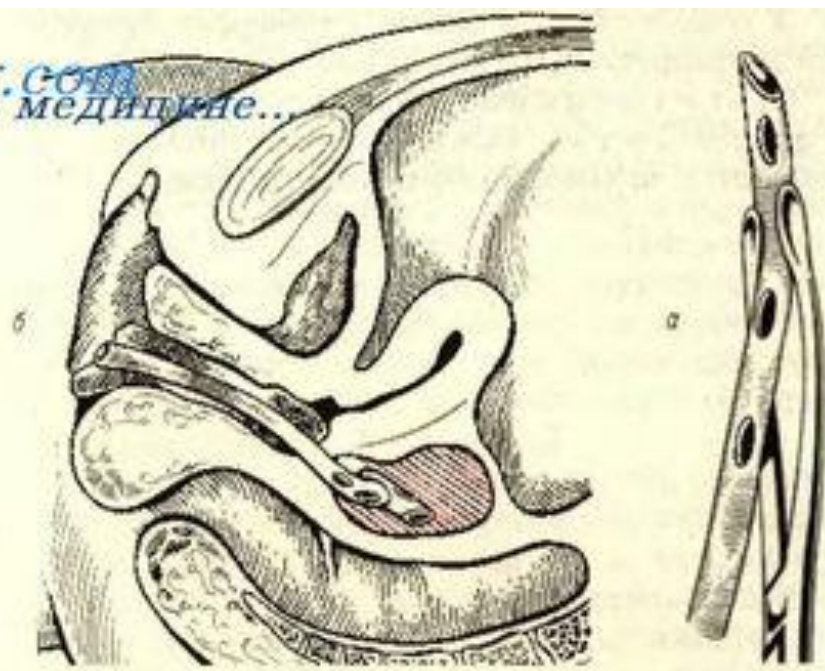


- **Дренирование клетчаточных пространств у женщин.** Дренирование клетчаточных пространств можно производить либо через **влагалище**, либо **через переднюю брюшную стенку**. Дренирование через влагалище чаще всего производится при нагноении клетчатки заднего отдела параметрия.
- **Подготовка больной к операции** дренирования клетчаточных пространств такая же, как и при пункции брюшной полости через задний свод влагалища. Вследствие резкой болезненности любых влагалищных манипуляций при этом заболевании необходима хорошая анестезия (наркоз). После производства пункции толстой иглой и получения гноя в ходе дренирования клетчаточных пространств, иглу не извлекают, а рядом и параллельно ей проводят в гнойник скальпель, обратив его режущую поверхность (во избежание ранения кишки) к шейке матки. Убедившись, что скальпель проник в полость гнойника, его вместе с иглой удаляют, а в образованное отверстие вводят изогнутый корнцанг, выпуклостью обращенный кзади. Бранши корнцанга раздвигают и тем самым расширяют кольпотомическую рану. Не смыкая браншей корнцанга, в образованное отверстие на достаточную глубину вводят дренажную перфорированную резиновую трубку, захваченную другим корнцангом, как это показано на рисунке. Дренажная трубка оставляется в ране, а ее влагалищный конец рыхло обкладывается марлевыми йодоформными салфетками, что усиливает отсасывание; марлевые салфетки периодически меняются.





Вскрытие заднего свода влагалища скальпелем.
Скальпель обращен острым краем к шейке матки.



Дренажирование гнойника.

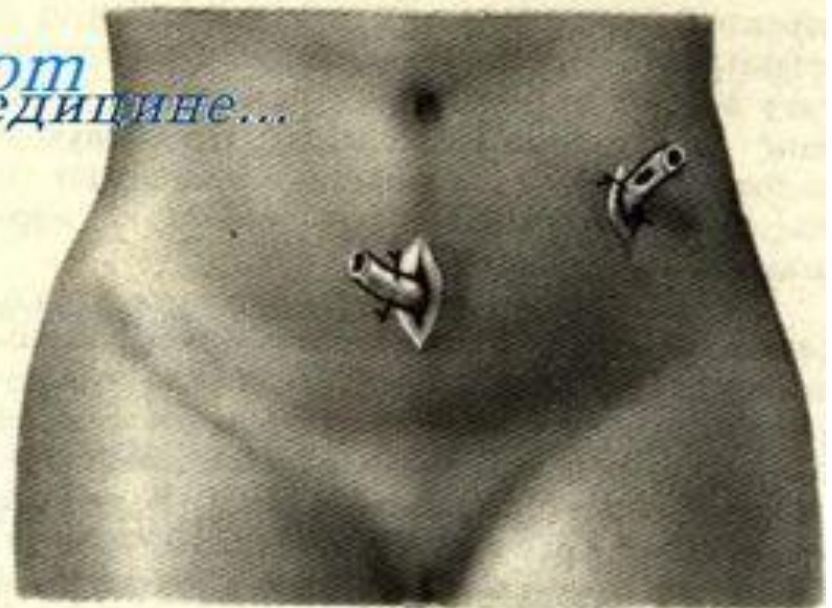
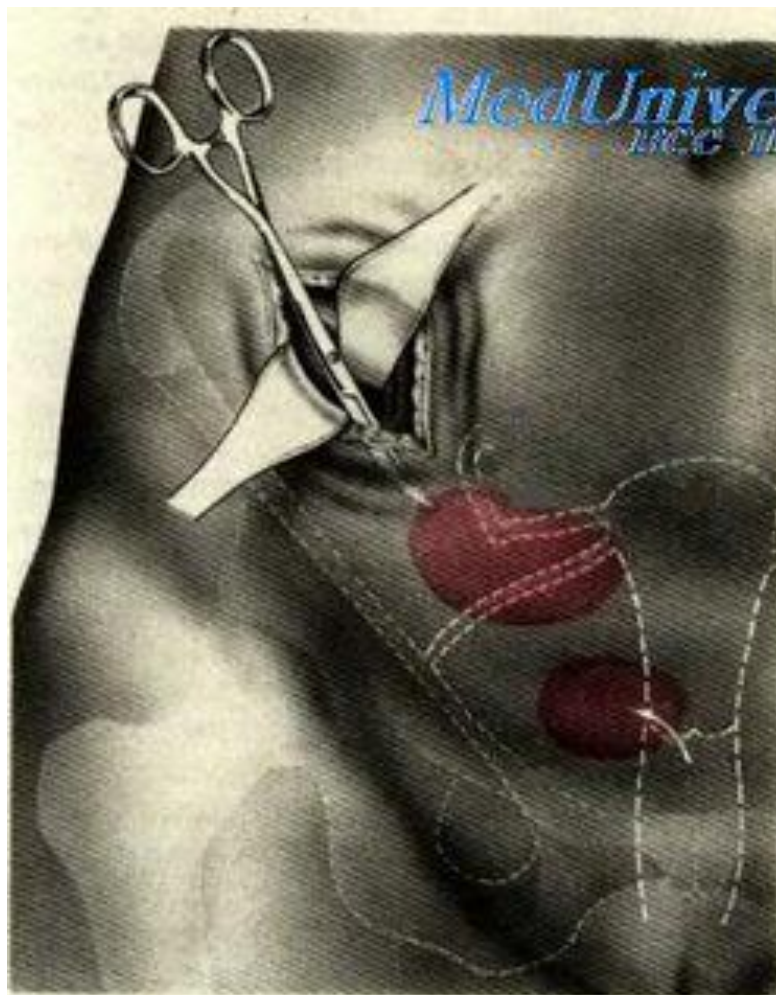
а — резиновая дренажная трубка захвачена корщипом;
б — дренажная трубка введена в полость гнойника.

- **При распространении гнойного поражения** околоматочной клетчатки кпереди и в стороны от матки или при поражении пристеночной клетчатки таза выходом гнойного инфильтрата кпереди над областью лона или выше пупартовой связки, производят дренирование гнойников через переднюю брюшную стенку.



- При расположении гнойника в области **пупартовой связки** разрез производится следующим образом: над выпуклостью инфильтрата, на 1,5—2 см выше и параллельно пупартовой связке на длину 6—8 см последовательно рассекают кожу, подкожную клетчатку, апоневроз наружной косой мышцы живота, частично внутреннюю косую и поперечную мышцу живота и поперечную фасцию. При этом обязательно пережимают, пересекают и **перевязывают a. et v. epigastricae inferiores**. Дальнейший путь к гнойнику прокладывают тупым путем (палец, корнцанг или желобоватый зонд). Проникнув в полость гнойника, отверстие расширяют и вводят окончатую резиновую трубку или марлевые выпускники. При разлитом гнойном перитоните в ряде случаев приходится дренировать брюшную полость, для чего применяют срединную лапаротомию, дополнительно делают также еще по одному разрезу в боковых отделах живота несколько выше пупартовой связки. В нижние углы всех трех ран вводят марлевые выпускники. Полезным оказывается введение в эти же раны тонких трубочек, через которые в брюшную полость можно вводить **антибиотики**.





Дренажные трубки, употребляемые при перитонитах.

Вскрытие гнойника со стороны передней брюшной стенки.

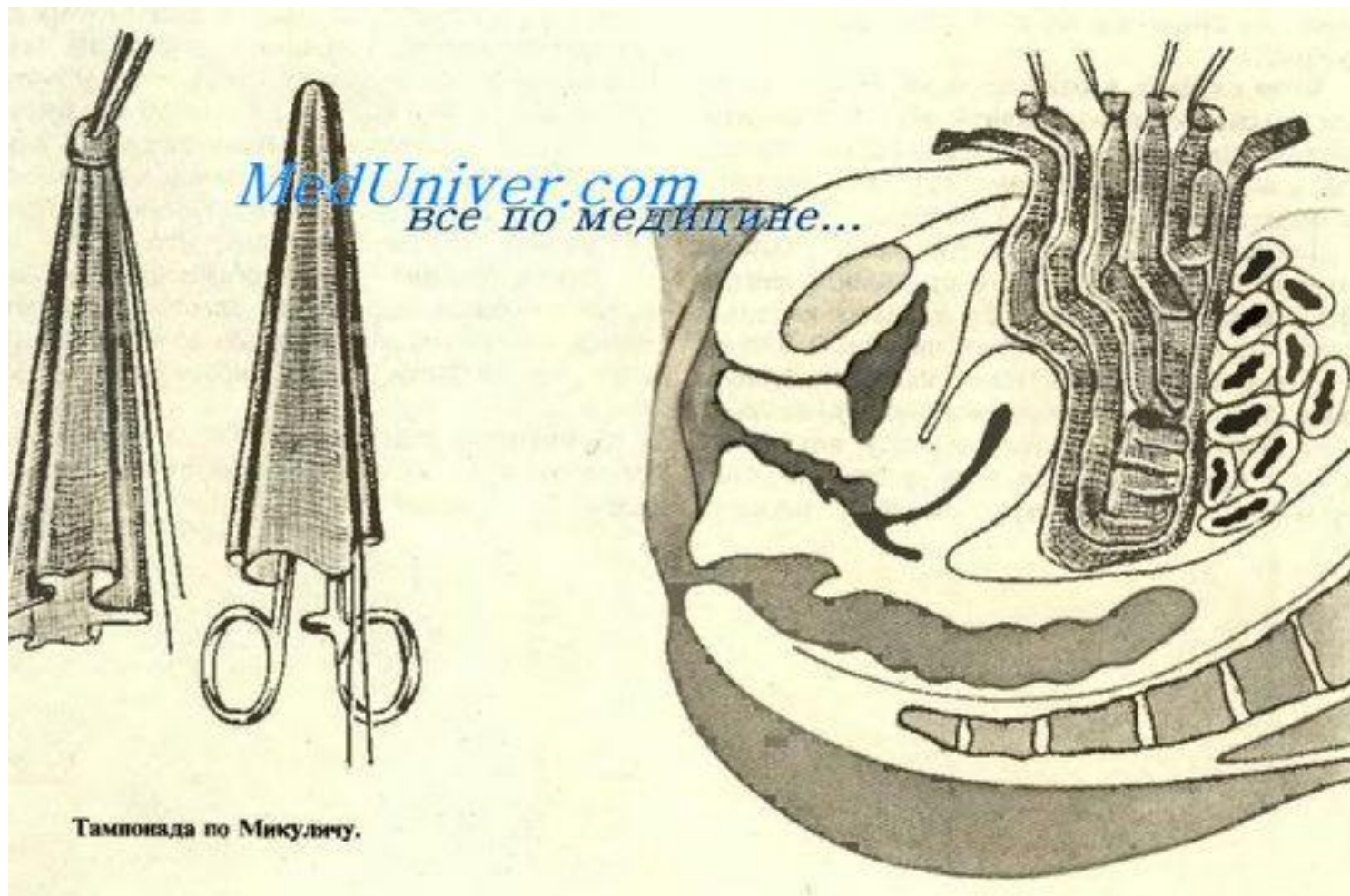


- В тех случаях, когда это возможно, весьма целесообразно дренирование брюшной полости через влагалище, проведя через малый таз во влагалище дренажную трубку. В тех случаях, в которых невозможно по тем или иным причинам удалить источник перитонита (обширное гнойное расплавление придатков, массивный инфильтрат), нередко приходится использовать тампон Микулича.



- Техника приготовления и введения тампона следующая. Из марли со сторонами, равными 50 см, выкраивается квадрат. В центре квадрата марля прошивается крепкой шелковой нитью, и в этом месте тампон захватывается длинным зажимом, который поднимается вертикально: получается мешок, открытый книзу, внутри которого лежат шелковая нить и зажим. Края мешка, обернутые вокруг зажима, захватываются рукой, и в таком виде слепой конец мешка вводится в самый глубокий отдел малого таза (если была произведена задняя кольпотомия или удалялась во время операции матка — тампон подводится к влагалищной ране). Открытые концы мешка раскладываются по боковым поверхностям таза, и тем самым изолируется малый таз от кишечника. При дренировании клетчаточных пространств через открытый конец в мешок вкладывают 5—10 марлевых тампонов, каждый из которых имеет длину 1 м и ширину 4—5 см; верхние концы тампонов прошиваются шелковыми нитями, при этом с тем, чтобы их в последующем не перепутать, на нитях делают соответствующее номеру тампона число узелков (1, 2, 3, 4, 5 и т. д.). По окончании введения тампонов из мешка удаляется зажим, и на поверхности оказываются толстая шелковая нить (наложенная ранее в центре марлевого квадрата), а также 5—10 нитей от внутренних тампонов и концы этих тампонов, лежащих внутри мешка.





- Брюшная стенка после дренирования клетчаточных пространств зашивается узловатыми кетгутовыми (брюшина и мышцы) и шелковыми (апоневроз и кожа) нитями таким образом, чтобы отверстие с тампоном Микулича было шириной в 2—3 пальца. На рану брюшной стенки накладывается повязка. В последующем, начиная с конца вторых суток после дренирования клетчаточных пространств, производят постепенное подтягивание тампонов, а с 3—4-х суток их удаляют по одному ежедневно, чтобы к 10-му дню были извлечены все еще оставшиеся внутренние тампоны, а на 10—12-е сутки удаляется основной мешок, для потягивания которого используется наложенная в центре его шелковая лигатура. Для облегчения отделения основного мешка установленного в ходе дренирования клетчаточных пространств после удаления внутренних тампонов полость мешка промывается перекисью водорода, раствором фурацилина, стерильным вазелиновым маслом. Заживление раны брюшной стенки из-за дренирования клетчаточных пространств после удаления тампона происходит вторичным натяжением.

