Поясничная область и забрюшинное пространство.

***Забрюшинное пространство – это часть полости живота находящаяся между париетальным листком брюшины и стенкой брюшной полости.***

# Топография поясничной области.

***Границы поясничной области:***

верхняя – 12 ребро;

нижняя – крылья подвздошных костей;

наружная – вертикальная линия от конца 11 ребра к подвздошному гребню (линия Лесгафта).

***Границы забрюшинного пространства:***

спереди – пристеночный листок серозной оболочки полостти брюшины с принадлежащими ей органами;

сзади – задняя стенка полости живота, частью которой является поясничная область.

Слои, образующие поясничную область, на поперечном срезе (сзади наперед):

1. кожа (плотная, малоподвижная, покрыта небольшим количеством волос);
2. подкожно-жировая клетчатка;
3. поверхностная фасция;
4. пояснично-ягодичная жировая подушка (находится только в нижнем отделе поясничной области);
5. собственная фасция;
6. поверхностный листок fascia toracolumbalis;
7. Мышцы поясничного отдела:

а. Медиальная группа мышц: m. erector spinae, с покрывающим ее изнутри глубоким листком fascia toracolumbalis; кпереди от глубокого листка fascia toracolumbalis располагаются m. quadratus lumborum и m. psoas major;

б. Латеральная группа мышц: m. latissimus dorsi, m. obliquus abdominis externus – поверхностный слой мышц, m. obliquus abdominis internus, m. serratus posterior inferior – глубокий слой мышц. Позади всех мышц латеральной группы проходит апоневроз поперечной мышцы живота, который является продолжение глубокого листка fascia toracolumbalis;

1. fascia endoabdominalis, выстилающая изнутри m. quadratus lumborum и m. psoas major;
2. позадибрюшинная клетчатка - textus cellulosus retroperitonealis;
3. fascia retrorenalis;
4. паранефрон – распространяется на мочеточники – paraureterici и надпочечники;
5. fascia prerenalis;
6. paracolon - между fascia Toldti и fascia prerenalis;
7. фасция Тольдта – тонкая, позволяет при необходимости легко отсепоровать заднюю поверхность восходящей и нисходящей ободочной кишки от забрюшинной клетчатки.

***Слабые места поясничной области:***

1. Поясничный треугольник (треугольник Пети), образуется в месте расхождения краев широчайшей мышцы спины и наружной косой мышцы живота. Границы треугольника:

медиальная – широчайшая мышца спины;

латеральная – наружная косая мышца живота;

нижняя – подвздошная кость;

дно треугольника – внутренняя косая мышца живота.

Практическое значение треугольника заключается в том, что сюда могут проникать гнойники забрюшинной клетчатки и очень редко в этом месте выходят поясничные грыжи.

1. Spatium lumbale – треугольник или ромб Лесгафта-Грюмвельда, образуется между верхним краем внутренней косой мышцы живота и нижним краем задне-нижней зубчатой мышцы. Границы:

верхняя – нижний край зубчатой мышцы (иногда в образовании верхнего края участвует XII ребро, тогда пространство имеет форму ромба);

нижняя – задний край внутренней косой мышцы живота;

медиальная – латеральный край разгибателя спины;

дно – апоневроз поперечной мышцы живота;

В треугольник Лесгафта-Грюнфельда нередко выходят гнойники забрюшинной клетчатки, чему способствует отверстие в апоневрозе поперечной мышцы живота через которое проходят подреберные сосуды и нерв.

В забрюшинной клетчатке располагаются следующие органы: почки, мочеточники, поджелудочная железа, надпочечники; а также крупные сосуды: аорта, нижняя полая вена, общие подвздошные артерии;

# Почка.

Почки располагаются в поясничной области, с боков от позвоночника на уровне XII грудного позвонка и I-II поясничных, причем левая достигает XI позвонка. Функция почки - регуляция гомеостаза организма. Почка окружена тремя оболочками: фиброзная капсула (плотно прилегает к паренхиме почки), паранефрон (клетчатка), наружная капсула почки (образована забрюшинной фасцией.

***Аномалии развития почек и мочеточника.***

1. Аплазия почек (агенезия) – врожденное отсутствие одной почки. Диагносцируется от атрофии почки с помощью хромоцистоскопии, УЗИ почек, радиоизотопного исследования, скенирования. Основной показатель Гетодов треугольник, который образован двумя мочеточниками и мочеиспускательным каналом; если есть только половина этого треугольника то это говорит об агенезии и следовательно нельзя удалять вторую почку.
2. Врожденная дистрофия – врожденное нахождение почки на уровне таза. Для диагносцирования от нефроптоза используют реновазографию – при птозе сосуды длинные, а при врожденной дистрофии – короткие.
3. Подковообразная почка – почки срастаются нижними полюсами. Подлежит операционному вмешательству, но если у почек общая лоханка или мочеточники, то в этом случае подковообразная почка не подлежит операции.
4. Врожденный поликистоз – почка содержит множество мелких кист, образующихся вследствие несрастания секреторного отдела нефрона с экскреторным. Вскоре после рождения развивается тяжелая почечная недостаточность и смертность составляет 70 %. Возможно операционное вмешательство – прокол и опорожнение кист с депрессией почки.
5. Врожденное расширение мочеточника – за счет нервно-мышечного недоразвития, в верхней части – мегалоуретер.

***Аномалии развития сосудов забрюшинного пространства.***

1. Врожденная аневризма почечной артерии. Развивается фибромускулярный стеноз, требуется оперативное вмешательство.
2. Аномалии вен, в виде окружающих аорту сплетений спереди и сзади, вариант впадения левой почечной вены в общую подвздошную или позадиаортальное расположение почечной вены.

***Паранефральная блокада по Вишневскому.***

Показания:

1. почечная и печеночная колика;
2. динамическая кишечная непроходимость;
3. шок;
4. перитонит;
5. панкреатит;
6. облитерирующий эндартериит (за счет блокады шокогенных зон);

Противопоказания:

1. Непереносимость новокаина;
2. Заболевания сердечно-сосудистой системы (из-за повышения давления в паранефроне сжимаются почечные артерии, что вызывает повышение АД).

Техника операции: в угол образованный 12 ребром и m. erector spinae вводят иглу, как только игла попадает в околопочечную клетчатку теряется сопротивление при ее введении и не будет обратного тока жидкости. Далее через иглу закачивают 60-80 мл 0,25% раствора новокаина.

***Операции на почках.***

Оперативные доступы при операциях на органах забрюшинного пространства:

1. *По Федорову* - от края m. erector spinae на уровне XII ребра, разрез идет наискось вниз, а затем параллельно реберной дуге до края прямой мышцы живота на уровне пупка. Этот доступ является черезбрюшинным и используется при колебательных травмах почки, органов брюшной полости и опущении почки. Недостатки: нельзя использовать при гнойных процессах, т.к. при дренировании гной попадает в брюшную полость; возможно пересечение межреберных нервов и сосудов, что приведет к гипотрофии мышц передней брюшной стенки.
2. *По Бергману – Израэлю* – по биссектрисе угла между XII ребром и m. erector spinae, косо вниз и вперед до передней подмышечной линии на 3-4 см выше передне-верхней ости подвздошной кости и если необходимо обнажить мочеточники разрез продолжают вперед параллельно паховой связке. Достоинства: широта доступа, возможность работы на мочеточнике, внебрюшинный доступ, хорошие условия дренирования, сохранение подреберных и подвздошно-поясничных нервов.

Обезболивание при операциях на забрюшинном пространстве: эндотрахеальный наркоз, паранефральная блокада, перидуральная анестезия. Выбор анестезии зависит от состояния пациента.

1. *Нефрэктомия* – удаление почки.

Показания:

1. огнестрельные ранения с размозжением;
2. закрытые повреждения (разрывы с больим повреждением);
3. почечно-каменная болезнь с кальцификацией и пиелонефрозом;
4. гидронефроз;
5. туберкулез почки.

Противопоказания: отсутствие второй почки, подковообразная почка, хроническая почечная недостаточность второй почки III степени.

Техника операции:

После выполнения разреза выделяют почку из жировой капсулы (сначала заднюю поверхность, затем нижний полюс, переднюю поверхность и в конце верхний полюс) и перевязывают и пересекают мочеточники: выделив мочеточник накладывают на него две крепкие кетгутовые лигатуры и пересекают его между ними, культи мочеточника обрабатывают йодом. Далее приступают к пересечению сосудов: иглой Дешана подводят под каждый из сосудов по две кетгутовые лигатуры на растоянии 1 см одна от другой и крепко завязывают сначала артерию, а затем вену хирургическим узлом; не отрезая концов лигатур, накладывают на оба сосуда ближе к воротам почки зажим Федорова и сосудистый зажим; каждый из сосудов пересекают между зажимами и если сосуды оказались завязанными надежно зажим удаляют, а затем отрезают концы лигатур и удаляют почку. После удаления можно наложить еще одну общую лигатуру или раздельные с прошиванием тканей.

2. *Нефротомия*.

Показания: фурункул почки или извлечение камней. Техника операции: делают разрез по Бергману-Израэлю, ассистент зажимает пальцами почечную ножку, выделяют почку из почечного ложа, вдоль латерального края почки рассекают почку на протяжении 1,5-2 см извлекают камень или иссекают фурункул, отпускают ножку и тут же накладывают несколько матрасных или узловых швом хромированной кетгутовой ниткой. Швы не должны проникать в ткань паренхимы глубже чем на 1 см. Почку укладывают на место и зашивают рану.

3. *Нефростомия* – наложение почечного свища.

Показания: пиелонефрит, карбункул почки. Техника операции: после обнажения почки, рассекают фиброзную капсулу, края которой подшивают узловыми швами к краям почки. На обнаженном участке рассекают паренхиму до лоханки и в отверстие вводят дренаж, который фиксируют кетгутовыми швами к фиброзной капсуле почки. Дренаж выводят через задний угол раны.

4. *Пиелотомия* – рассечение лоханки для извлечения камней (главным образом корраловидных).

Показания: мочевые камни, инородные тела расположенные в лоханке. Техника операции: разрезом по Бергману-Израэлю обнажают почку, выделяют почку из ложа и на заднюю стенку лоханки не прошивая ее насквозь накладывают две шелковые держалки, между которыми лоханку рассекают в сторону мочеточника и в сторону почки. Края разреза раздвигают маленькими тупыми крючками лопаточками и извлекают карцангом из лоханки камень. Рану зашивают хромированным кетгутом на круглой игле и линию шва укрепляют подшиванием жировой ткани. Обязательно ставят дренаж, т.к. в первые дни после операции через шов будет просачиваться моча.

**Список литературы.**

1. Г.Е. Островерхов и др. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Курск, 1995 г.
2. Янсон Роберт М. Хирургия. Что и зачем делает хирург: подробное описание 73 операций. Минск, 1998 г.
3. И.М. Матяшин, А.М. Глузман, Справочник хирургических операций. Киев, 1979 г.