Реферат

на тему: "Патология брюшной стенки и полости"

БРЮШНАЯ СТЕНКА ограничивает содержимое полости живота и разделяется на переднебоковой, мышечно-волокнистый, мягкий и упругий отдел с белой линией живота, заднюю стенку, отчасти с костным отделом, грудобрюшную преграду - диафрагму сверху и диафрагму таза - нижнюю стенку.

Эмбриологически мышечная основа задней и переднебоковых отделов брюшной стенки состоит из двух симметричных мышечных зачатков миотомов, которые развиваются и растут сзади наперед, сливаясь по средней линии и замыкая в пределах белой линии живота брюшную полость. В процессе эмбрионального развития кишечные петли выстоят кпереди за пределы уровня миотомов (эвентерация), но в процессе слияния миотомов по средней линии постепенно входят в брюшную полость. В норме при полном слиянии симметричных миотомов по белой линии живота переднебоковой отдел брюшной стенки сверху ограничен реберными дугами, внизу - лобком и бедренными дугами, сзади наружными краями и продолжением их.

## Анатомия

Передняя брюшная стенка делится на 3 отдела. Верхний, средний и нижний. Верхний отдел ограничен сверху и снаружи реберными дугами, вверху здесь выстоит, ниже конца которого имеется небольшое западение кожи; снизу эта область ограничена поперечной линией, соединяющей передние края десятых ребер. Эта же линия сверху ограничивает ниже расположенную область отделена линией.

Каждый из трех отделов передней брюшной стенки подразделяется на три отдела двумя вертикально проведенными книзу парастернальными линиями до наружных отделов. Пучки волокон распространяются на переднюю сторону лонного сочленения, подкрепляя последнее, и перекрещиваются с такими же пучками другой стороны. Под передней стенкой влагалища прямой мышцы над симфизом располагается небольшая парная треугольной формы мышца. Она начинается от верхнего отдела симфиза и прикрепляется, которую и натягивает при своем сокращении.

Передняя брюшная стенка снабжается кровью из систем продольно расположенных поверхностных и глубоких артерий, идущих с соответствующими венами, и из системы поясничных и межреберных артерий. В подкожно-жировой клетчатке передней брюшной стенки идут навстречу друг другу. Как артерии, так и вены имеют обильные анастомозы в виде сетей. Задний и боковые отделы брюшной стенки питаются из поясничных и межреберных артерий. Поверхностная лимф, система брюшной стенки, так же как и глубокая, в нижней половине идет к паховым лимф, узлам.

Из верхнего отдела брюшной стенки сосуды идут по направлению межреберных и поясничных артерий.

Задняя брюшная стенка соответствует поясничной области. Вверху она ограничена XII ребром, с внутренней стороны позвоночником снизу. Позади дужек и поперечных отростков поясничных позвонков лежит мощная мышца, разгибающая и вращающая позвоночник. Кнаружи располагаются мышцы собственно поясничной области. Глубже кожи, подкожной клетчатки и поверхностной фасции располагается соответствующая этой области часть, идущая от остистых отростков всех поясничных позвонков, шести нижних ребер, задней половины, от заднего листка, одевающей, и наружного края мышцы, разделяющейся на 2 листка; одета собственной фасцией. Глубже лежит т, последняя начинается от поверхностного листка в области XI и XII грудных, I и II поясничных позвонков, прикрепляясь к четырем нижним ребрам, еще глубже лежит начальный отдел, одетый листком. С точки зрения фасцикулярного строения последняя мышца представляет собой сложное образование. Начинается она частью от XII ребра, частью от поперечных отростков III, IV и V поясничных позвонков. Мышечные волокна прикрепляются к гребешку подвздошной кости. Глубже этой мышцы, покрытой собственной фасцией, лежит околопочечная жировая капсула. Нижне-наружным краем ограничен индивидуально различно выраженный поясничный треугольник. Выше располагается треугольник или четырехугольник Лесгафта - Гринфельта. Снизу он образован краем, с внутренней стороны и XII ребром.

Передняя брюшная стенка принимает участие в акте дыхания; диапазон движения ее резко снижается или даже исчезает при острых воспалительных процессах органов брюшной полости, при перитонитах. При пальпации ее в таких случаях определяется симптом раздражения брюшины (Щеткина - Блюмберга). Асимметрия расположения передней брюшной стенки имеет значение при диагностике различных заболеваний органов брюшной полости (в сочетании с видимой на глаз перистальтикой она является симптомом непроходимости кишечника). В условиях патологии при блокаде нижней полой вены в связи с нарушением портального кровотока венозное окольное кровообращение, помимо поясничных вен и кардиальных, идет и через поверхностную и глубокую сеть, видимую через кожу, напоминая голову мифической медузы.

## Патология брюшной стенки

Аномалии развития передней брюшной стенки. При неполном слиянии миотомов к моменту рождения плода часть кишечных петель может находиться под кожей, поперечной фасцией и брюшиной (эмбриональная эвентерация кишечника). Чаще всего это наблюдается в пупочной области и называется врожденной пупочной грыжей. Закрытие дефекта Б. с. после рождения плода может продолжаться с постепенным вхождением эвенте-рированных кишечных петель в брюшную полость только при правильном уходе за ребенком в послеродовом периоде. Через дефект не слившихся миотомов передней брюшной стенки могут выходить и другие органы брюшной полости (желудок, частично печень и даже селезенка) и как чрезвычайная редкость при одновременномнедоразвитии вентрального миотома диафрагмы здесь может располагаться и сердце.

Симметричные мнотомы могут остановиться в развитии в ранней эмбриональной стадии, в этих случаях у развивающихся и растущих детей кишечные петли легко определяются при пальпации под тонким слоем, состоящим только из кожи, поперечной фасции живота и пристеночной брюшины. Через эти слои в боковых отделах брюшной стенки прощупываются уплотненные вогнутые мышечные края недоразвитых миотомов. Передняя брюшная стенка у таких детей на всем протяжении выпукла кпереди и напоминает мягкий живот лягушки.

Недоразвитие белой линии живота и мускулатуры в нижнем отделе передней брюшной стенки над симфизом может сочетаться с эктопией мочевого пузыря. В таких случаях над симфизом вместо кожи видна розовая слизистая оболочка задненижней стенки недоразвитого мочевого пузыря с зияющими отверстиями мочеточников. По мнению Штумме, чаще всего встречается недоразвитие. На месте недостающих мышц образуется выпячивание внутренностей.

При расхождении сухожильных волокон в пределах могут образоваться грыжи. При избыточном росте тканей, встречающейся в поясничной области в виде придатков, показана операция - удаление указанного образования.

В поясничной области встречается расщепление остистых отростков и дужек позвонков или расщепление тел позвонка или половины тела позвонка.

В таких случаях забрюшинно через эти дефекты тел позвонков выпячивается твердая мозговая оболочка, симулирующая кисту.

Повреждения брюшной стенки бывают закрытые и открытые. Первые возникают чаще всего в результате тупой травмы и могут в зависимости от силы удара сопровождаться повреждением внутренних органов (разрывы печени, желудка, кишок, селезенки, почек). Но и при отсутствии видимых повреждений внутренних органов они опасны вследствие возможности возникновения шока, особенно в том случае, когда происходит ушиб крупных нервных сплетений брюшной полости. Видимых изменений при этом может и не быть. Особую разновидность закрытых повреждений представляют разрывы мышц, возникающие при ударе в момент сокращения мышцы. Образовавшийся в результате разрыва дефект приводит к образованию грыжи. Открытые повреждения или раны брюшной стенки различаются по роду ранящего орудия (колотые, резаные, огнестрельные, наблюдаются также укусы, ожоги) При проникающем ранении брюшной стенки показана операция - ревизия брюшной полости.

В пределах пахового канала могут образоваться паховые косые, прямые и скользящие грыжи, здесь же встречаются туберкулезные натечники из I и II поясничных позвонков, спускающиеся по футлярам, по влагалищу натечные гнойники из III поясничного позвонка спускаются под фасцией на передне-наружную поверхность бедра (Н.И. Пирогов). По влагалищным футлярам межреберных и других нервов передней брюшной стенки в толщу ее на различных уровнях могут спускаться туберкулезные натечные абсцессы, расположение которых указывает на сегмент поражения позвоночника. Натечные абсцессы и грыжи встречаются также и в поясничной области соответственно треугольнику Пти и четырехугольнику Лесгафта - Гринфельта.

Гнойники, возникающие в результате ранения передней брюшной стенки (или иного происхождения), обычно отграничены сухожильными перемычками этой мышцы. Задние поверхности верхних 2/8 прямых мышц не прикрепляются к задней стенке влагалища; поэтому образующиеся здесь гнойники или гематомы (вследствие повреждения) свободно перемещаются по задним стенкам прямых мышц.

По белой линии живота могут встречаться небольшие отверстия на месте выхода нервных веточек, через которые иногда выходят предбрюшинные жировики или грыжи белой линии. В пределах нижней половины белой линии живота в жировой клетчатке "р1аз1гоп" могут развиваться флегмоны.

Часто наблюдаются банальные воспалительные заболевания брюшной стенки: фурункулы, реже абсцессы, флегмоны, рожа. Диагностика и лечение этих заболеваний обычно не представляют трудностей. Затруднительной бывает диагностика глубоких флегмон, которые необходимо вскрывать во избежание инфицирования брюшной полости.

Из других воспалительных процессов брюшной стенки наблюдаются воспаления пупка - омфалиты, возникающие при инфицировании пуповины у новорожденных, а также у детей и у взрослых при загрязнениях, расчесах пупка. Омфалиты у новорожденных представляют опасность ввиду возможности развития перитонита, у взрослых возможно развитие флегмоны брюшной стенки. Диагностика омфалитов трудностей не представляет. Лечение - по общим принципам лечения воспалительных процессов.

Кроме упомянутых выше натечных абсцессов, распространяющихся на брюшную стенку, иногда наблюдается туберкулез брюшной стенки, возникающий гематогенным путем из легочных очагов, обычно ничем себя не проявляющих. Процесс локализуется в мышечном слое брюшной стенки; в центре очага поражения, обычно имеющего округлую форму, наступает распад. При распознавании необходимо иметь в виду процессы, исходящие из внутренних органов, наблюдающиеся иногда липогранулемы брюшной стенки, а также и опухоли. Точный диагноз устанавливается только при пункции или оперативном вмешательстве, которое при туберкулезе брюшной стенки должно заключаться в иссечении всего очага поражения.

Опухоли брюшной стенки встречаются как доброкачественные, так и злокачественные. Чаще наблюдаются доброкачественные опухоли: липомы, фибромы, неврофибромы, отдельные узлы при множественном неврофиброматозе, изредка ангиомы. В пределах пахового канала из жировой дольки Имляха у женщин могут развиваться липомы, а из поперечнополосатой мускулатуры круглой связки матки - доброкачественные опухоли: рабдомиомы, фибромы сухожильных перемычек прямых мышц живота, симулирующие иногда опухоли органов брюшной полости, десмоиды. Последние, однако, могут превращаться в злокачественные, опухоли. Они возникают из соединительнотканных элементов (сухожильные перемычки, апоневроз) брюшной стенки и локализуются в толще ее мышечного слоя; иногда прорастают в брюшную полость.

Из злокачественных опухолей наблюдаются рак и саркома брюшной стенки; первичный рак брюшной стенки встречается редко, локализуется в области пупка или рубцов, возникших вследствие ожога и других причин. Чаще рак брюшной стенки является метастатическим (при раке желудка, поджелудочной железы и др.). Саркома брюшной стенки исходит из апоневротических или сухожильных элементов брюшной стенки и имеет вид узла, постепенно теряет четкие контуры, отличается быстрым ростом.

Принадлежность опухоли к брюшной стенки определяется при пальпации ее при напряжении брюшной стенки. Опухоль брюшной стенки прощупывается более четко, в то время как опухоль (воспалительный инфильтрат) брюшной полости не всегда можно прощупать. Поэтому для отличия опухолей, а также гематом, гнойников передней брюшной стенки от опухолей брюшной полости следует предложить больному напрячь переднюю брюшную стенку. При гематомах и гнойниках передней брюшной стенки отмечается щажение ее при пальпации и характерные иррадиации по сегментарным нервам больной стороны.

Лечение опухолей брюшной стенки проводится в соответствии с общими принципами лечения опухолей.

Разрезы и проколы брюшной стенки

Разрезы брюшной стенки делят на простые - нерациональные и переменные - рациональные. При первых пересекается большое количество силовых линий кожи Лангера, мышечных и апоневротических волокон, сосудов и нервов. При вторых рассечение слоев брюшной стенки производят переменными послойными разрезами, направление которых соответствует силовым линиям кожи, мышечным апоневротическим волокнам с максимальным глажением сосудов и нервов операционного поля (например, разрез при аппендэктомии и при доступах к матке). Прокаты передней брюшной стенки при асцитах делаются на середине линии, соединяющей пупок с верхним краем симфиза лобковых костей, или в точке Монро - на середине расстояния между пупком*.*

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ - полость живота, ограниченная с боков, спереди и сзади брюшными стенками, сверху диафрагмой; снизу граница ее определяется условно по линии входа в малый таз. Форма брюшной полости определяется формой живота, различна в зависимости от возраста и пола, характеризуется размерами и формой грудной клетки (нижним ее отверстием) и таза. У детей она имеет приблизительно форму овала; у лиц с узкой грудной клеткой и широким тазом (что чаще свойственно женщинам) - грушевидную форму, широким концом обращенную вниз; у лиц с широкой грудной клеткой и относительно узким тазом (мужчины) - ту же форму, но широким концом обращенную вверх. Каждой форме соответствуют расположение и форма заключенных в брюшной полости органов. Брюшная полость условно проводимыми плоскостями делится на 9 областей. Большинством исследователей принято следующее деление брюшной полости: 2 горизонталями, из которых 1 проходит через наиболее низко стоящие точки X ребер, другая - через наиболее высоко стоящие точки гребешков подвздошных костей, разграничиваются 3 отдела: верхний - ерщазЬгшт, средний, нижний; 2 вертикалями, проводимыми через середину, каждый из этих отделов делится на 3: верхний, средний; нижний.

В брюшную полость заключена большая часть пищеварительного аппарата и часть мочевыделительного.

Изнутри брюшной полости выстлана брюшиной, задний листок которой делит брюшную полость на 2 отдела: забрюшинное пространствои полость брюшины. Соответственно этому органы, расположенные в брюшной полости, разделяются на 2 группы: забрюшинные органы и внутрибрюшинные. Деление это в некоторой степени условно, т.к нет ни одного органа, который был бы действительно расположен целиком внутри брюшинного мешка. В зависимости от того, что некоторые органы покрыты брюшинным листком не полностью, а только с передней или с передней и боковых поверхностей, эти органы выделены в группу вне-брюшинных. Внебрюшинными органами являются почки, надпочечники, часть прямой кишки, брюшной отдел аорты и нижняя полая вена с их ветвями. В эту группу практически можно отнести поджелудочную железу и большую часть двенадцатиперстной кишки, т, к. к ним возможно подойти сзади, не нарушая целости брюшинного листка, т.е. внебрюшинно. Задней стенкой забрюшинного пространства является задняя стенка брюшной полости, передней - дорсальная пристеночная брюшина. Вверху это пространство простирается до места перехода дорсального пристеночного листка брюшины на печень, желудок и селезенку, внизу; оно выполнено клетчаткой, в которой находятся перечисленные органы, окруженные и собственными соединительнотканными образованиями (капсулы) или прослойками (фасции). Представляет собой объемистую полость, образованную брюшиной, совершенно замкнутую у мужчин; у женщин сообщающуюся с полостью труб, матки и влагалища посредством отверстий фаллопиевых труб. В нормальном физиологическом состоянии вдающиеся в полость внутренности вследствие внутрибрюшного давления тесно прилегают друг к другу и оставляют между собой лишь узкие щели. Поэтому полости как таковой в сущности нет, она обнаруживается лишь в патологических случаях (скопления в ней жидкости) или при искусственном введении в нее воздуха с диагностическими целями (пневмоперитонеум). Париетальный листок выстилает всю внутреннюю поверхность переднемедиальной стенки, переходит на заднюю, а затем в висцеральный листок. Последний, переходя на внутрибрюшинные органы, образует пять "карманов", или вместилищ: печеночный, желудочный (и селезеночный), ободочный, для тонких кишок и для половых органов. Ход висцерального листка след.: с передней стенки он переходит на нижнюю поверхность диафрагмы и затем на верхнюю поверхность печени; огибая острый край ее, он выстилает нижнюю поверхность до ворот печени, отсюда направляется к малой кривизне желудка, образуя передний листок печеночно-желудочной связки, покрывает переднюю стенку желудка, свешивается с большой кривизны в виде передника и, перегибаясь, направляется к задней стенке брюшнгой полости, к позвоночнику. Отсюда, опять опускаясь, охватывает ободочную кишку, затем тонкую кишку и образует таким образом состоящие из 2 листков, в толще которых (между листками) заключены сосуды и нервы; далее опускается по позвоночнику в малый таз, охватывает часть прямой кишки и переходит у мужчин на мочевой пузырь, покрывая верхнюю и заднюю стенки его, а у женщин последовательно переходит на матку, влагалищный свод и мочевой пузырь и направляется затем к передней стенке брюшной полости.