

**Фасции и фасциально-  
клетчаточные образования  
конечностей. Операции при  
флегмонах конечностей.**

## **Фасциально-клетчаточные образования**

(мягкий остов – Матюшенков И.П.), в которую входят также рыхлая и уплотненная клетчатка, апоневрозы, связки, сухожилия, фиброзные оболочки.

Фасция (fascia - бинт, повязка) – оболочка из плотной волокнистой соединительной ткани различного строения и выраженности, покрывающая, главным образом, мышцы, а также другие анатомические образования (внутренние органы, кровеносные сосуды, нервы, стенки полостей тела), формирующая для них футляры (влагалища).

### **Функция фасций**

-опорная - гибкая опора тканей и, прежде всего, мышц (гибкое продолжение костного скелета, гибкий или мягкий остов человеческого тела);

- отграничивающая –отграничивают (разделяют) отдельные мышцы или группы, образуя для них фасциальные вместилища, и соседние топографо-анатомические области

## Виды фасций

### по расположению:

- поверхностная (fascia superficialis)
- собственная (fascia propria)
- внутриполостная (эндофасция) - fascia endothoracica, fascia endoabdominalis, fascia endopelvina, fascia endocervicalis

### по происхождению в эмбриогенезе (Шевкуненко В.Н.)

- 1. Соединительно-тканые фасции развиваются за счет уплотнения соединительно-тканых оболочек вокруг движущихся отдельных мышц и мышечных групп и рыхлой клетчатки вокруг пульсирующих сосудов (параангиальные фасции)
- 2. Мышечные фасции образуются
  - а) за счет перерождения концевых отделов мышц в плотные соединительно-тканые пластинки - растяжения (ладонный, подошвенный апоневрозы и др.);
  - б) за счет полной или частичной редукции мышц и замещения их соединительной тканью (лопаточно-ключичная фасция шеи)
- 3. Целомические фасции – их развитие связано с формированием первичной зародышевой полости:
  - - фасции первично-целомического происхождения, образующие соединительно-тканые оболочки полостей (внутришейная, внутригрудная, внутрибрюшная);
  - - фасции вторично-целомического происхождения, возникающие вследствие преобразования первичных целомических листков (позадиободочная, предпочечная)

# **ФАСЦИАЛЬНЫЕ ВМЕСТИЛИЩА (ВИДЫ)**

## **ФАСЦИАЛЬНОЕ ЛОЖЕ (ФАСЦИАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО)**

Пространство, ограниченное собственной фасцией и отходящими от нее отрогами - межмышечными перегородками, прикрепляющимися к кости (septum intermusculare)

## **ФАСЦИАЛЬНОЕ ВЛАГАЛИЩЕ**

Собственные фасциальные футляры отдельных анатомических образований (мышцы, сухожилия, сосудисто-нервные пучки).

## **КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО**

Объемное скопление клетчатки в пространстве между фасциями одной или нескольких областей (подмышечная ямка, подколенная ямка).

Фасциальное ложе, содержащее большое количество клетчатки.

## **КЛЕТЧАТОЧНАЯ ЩЕЛЬ**

Часть фасциального ложа (клетчаточного пространства), заключенная между стенкой фасциального ложа и его содержимым или между элементами содержимого фасциального ложа.

Плоские промежутки между фасциями соседних мышц, содержащие рыхлую клетчатку (пример – каналы паховый, приводящий, голено-подколенный и др.)

# КЛИНИЧЕСКОЕ (ПРИКЛАДНОЕ) ЗНАЧЕНИЕ ФАСЦИАЛЬНО-КЛЕТЧАТОЧНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

## 1. Гнойная хирургия

Фасциально-клетчаточным образованиям принадлежит важная роль:

- а) в развитии и распространении гнойного процесса (гнойные затеки по ходу фасциальных футляров, каналов и клетчаточных щелей).

Гнойные процессы развиваются и распространяются в подкожной и межмышечной клетчатке, по ходу футляров сосудисто-нервных пучков, по фасциальным футлярам и межфасциальным щелям, через межмышечные промежутки и т.д.

Хирургическое лечение гнойных затеков, разработка рациональных разрезов для их вскрытия тесно связано со знанием строения и топографии фасциальных лож, слабых участков их стенок и мест скопления клетчатки.

Войно-Ясенецкий В.Ф. «Очерки гнойной хирургии» - дан топографо-анатомический анализ гнойных процессов разной локализации и обоснование способов их хирургического лечения.

## КЛИНИЧЕСКОЕ (ПРИКЛАДНОЕ) ЗНАЧЕНИЕ ФАСЦИАЛЬНО-КЛЕТЧАТОЧНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Все возможные пути распространения гноя из первичного очага в соседние области можно разделить на две группы: первичные и вторичные.

Первичные: распространение гноя без разрушения анатомических структур и элементов, по мере постепенного «расплавления» клетчатки в естественных межфасциальных и межмышечных промежутках. Соединительная ткань, жировая клетчатка является тем *locus minoris resistentiae*, по которому распространяется гной. Основные первичные пути определяются направлением фасций, вдоль которых «растекается» гной (гнойный затек).

Вторичные: распространение гноя сопровождается разрушением анатомических элементов и структур, прорывом из одних относительно замкнутых фасциальных футляров или межмышечных промежутков в соседние.

## КЛИНИЧЕСКОЕ (ПРИКЛАДНОЕ) ЗНАЧЕНИЕ ФАСЦИАЛЬНО-КЛЕТЧАТОЧНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Особенности распространения гнойных процессов по околососудистым (параангиальным) футлярам (замкнутость соединительно-тканного футляра, тесное его прилегание к элементам сосудисто-нервного пучка, толстые и прочные стенки, рыхлая клетчатка вокруг сосудисто-нервных пучков):

- быстрый переход гнойного процесса на стенки артерии, вены и поражение нерва;

- быстрое распространение гноя вдоль параангиального футляра проксимально и дистально.

б) в клетчатке могут локализоваться и распространяться патологические процессы, связанные с жидкостями (экссудат, гематома, мочевые затеки и др.) и газами (подкожная эмфизема в области шеи при разрыве плевры, легкого, трахеи и др).

2. Местная анестезия: футлярная - раствор анестетика вводится пункционно в фасциальное ложе, вызывая анестезию всех нервов, находящихся в нем (знание топографии фасциальных лож); инфильтрационная, проводниковая – раствор анестетика легко пропитывает клетчатку и распространяется по ней.
3. Сосудистая хирургия: при оперативном доступе к сосудам, перевязке кровеносных сосудов необходимо знание строения сосудистых фасциальных влагалищ (законы Н.И. Пирогова).

# **АНАТОМИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ СТРОЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ФАСЦИАЛЬНЫХ ВЛАГАЛИЩ**

**(“ТРИ ЗАКОНА Н.И. ПИРОГОВА”)**

## ***ПЕРВЫЙ ЗАКОН***

**Сосудистые влагалища образованы плотной соединительной тканью («волокнистой» по Н.И. Пирогову) и представляют собой удвоение стенки (чаще задней) мышечных влагалищ.**

## ***ВТОРОЙ ЗАКОН***

**Сосудистое влагалище в поперечном сечении имеет треугольную (“призматическую”) форму.**

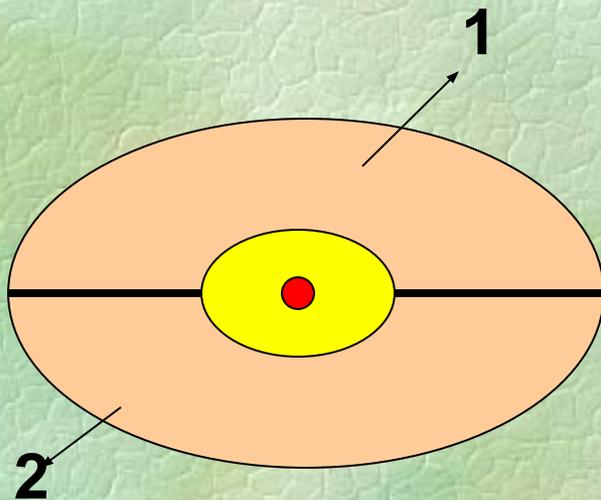
## ***ТРЕТИЙ ЗАКОН***

**Одна из граней сосудистого влагалища находится в «посредственном или непосредственном соединении с близлежащими костями».**

# **ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ**

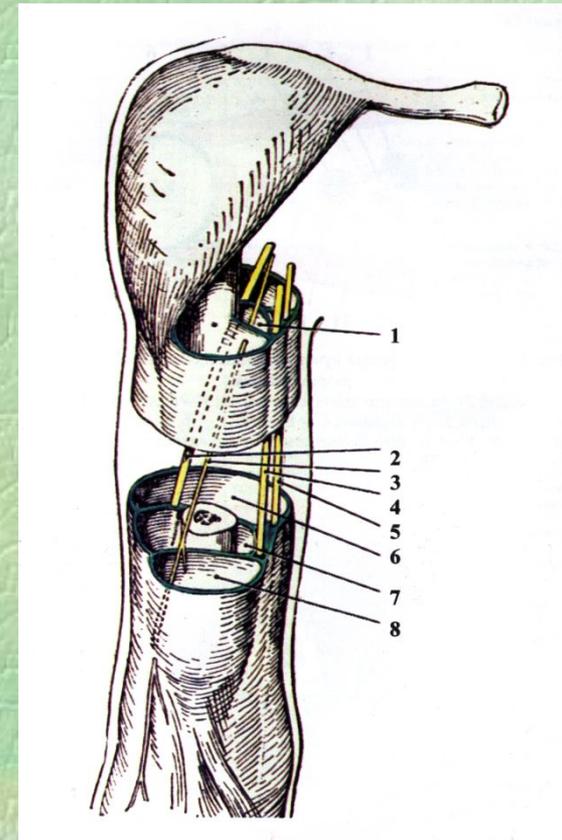
# ФАСЦИАЛЬНЫЕ ЛОЖА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

## ПЛЕЧО – 2



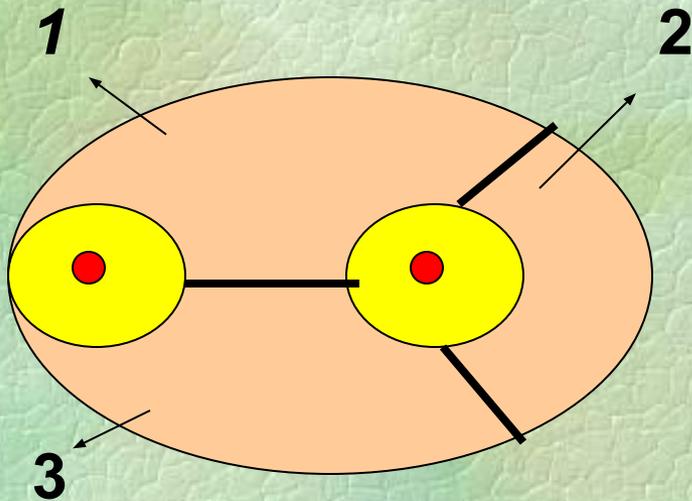
1 - переднее

2 - заднее

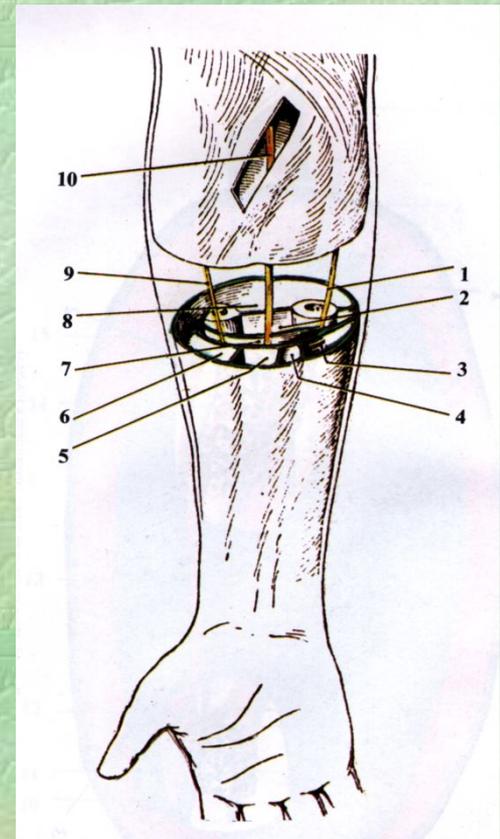


# ФАСЦИАЛЬНЫЕ ЛОЖА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

## ПРЕДПЛЕЧЬЕ – 3

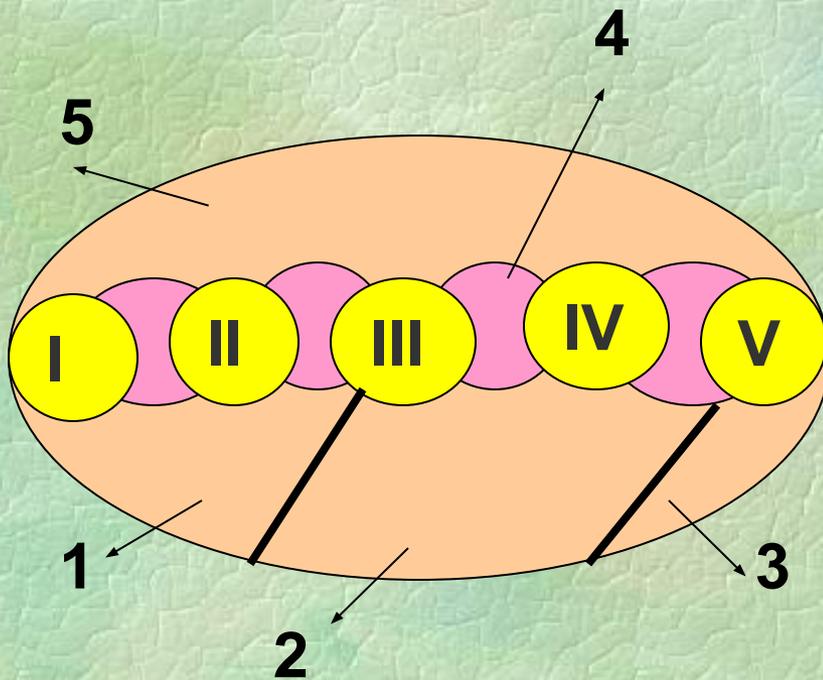


- 1 - переднее
- 2 – наружное
- 3 - заднее

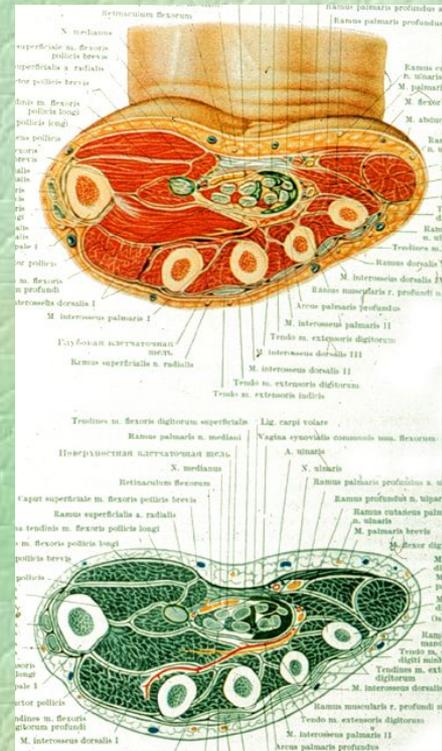


# ФАСЦИАЛЬНЫЕ ЛОЖА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

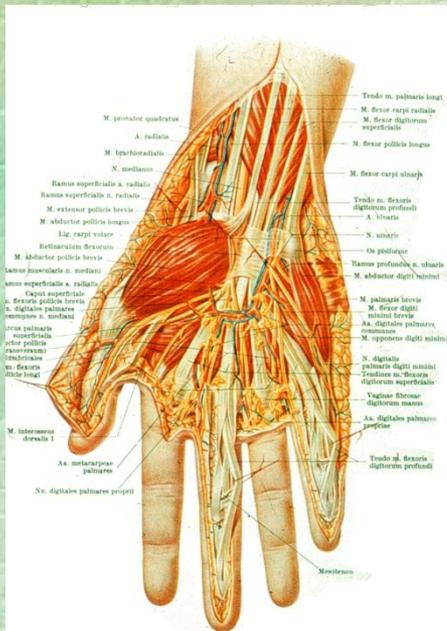
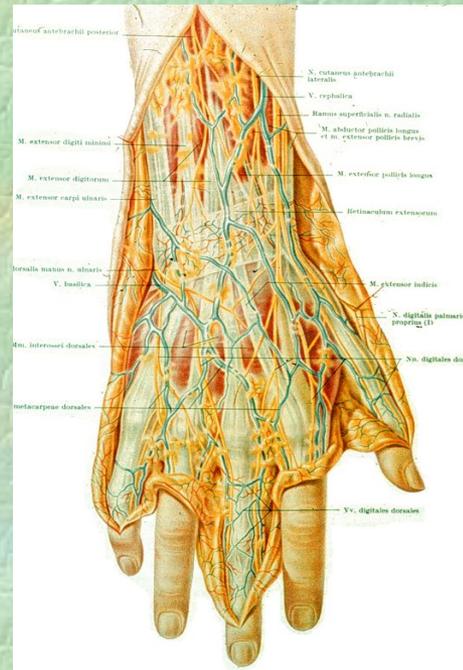
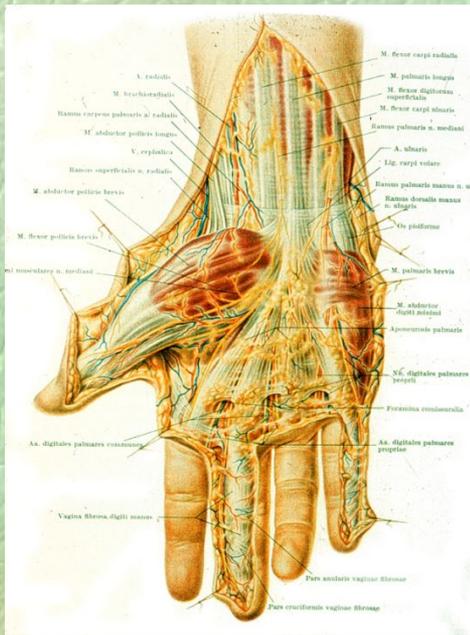
## КИСТЬ – 5



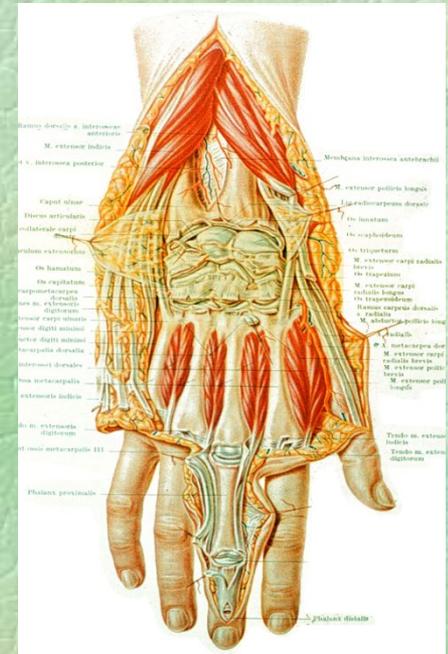
- 1 – наружное
- 2 – среднее
- 3 – внутреннее
- 4 - межкостное
- 5 – тыльное



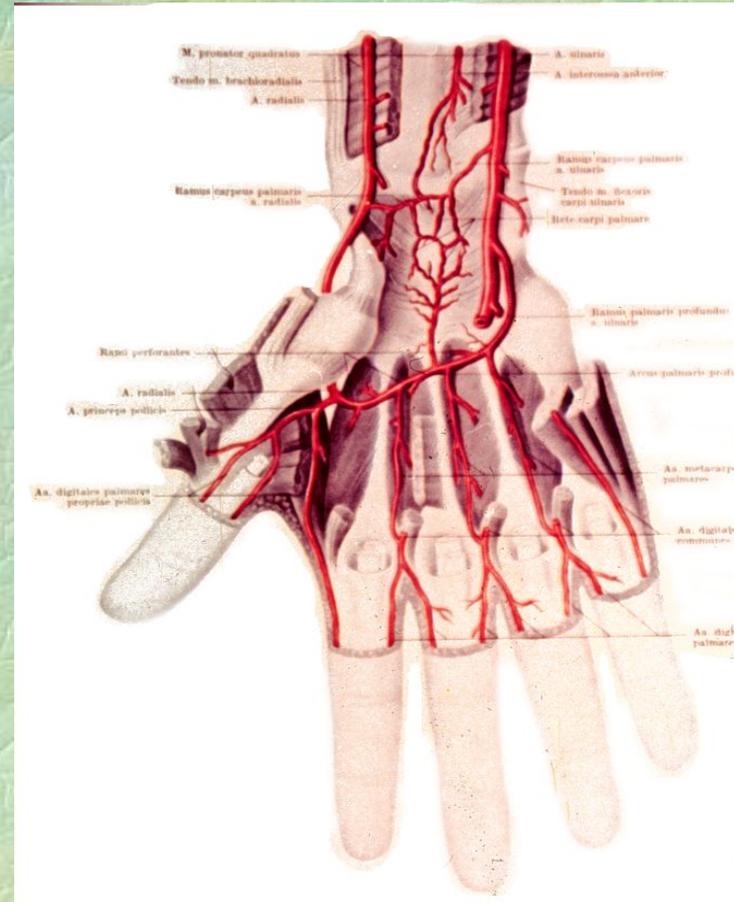
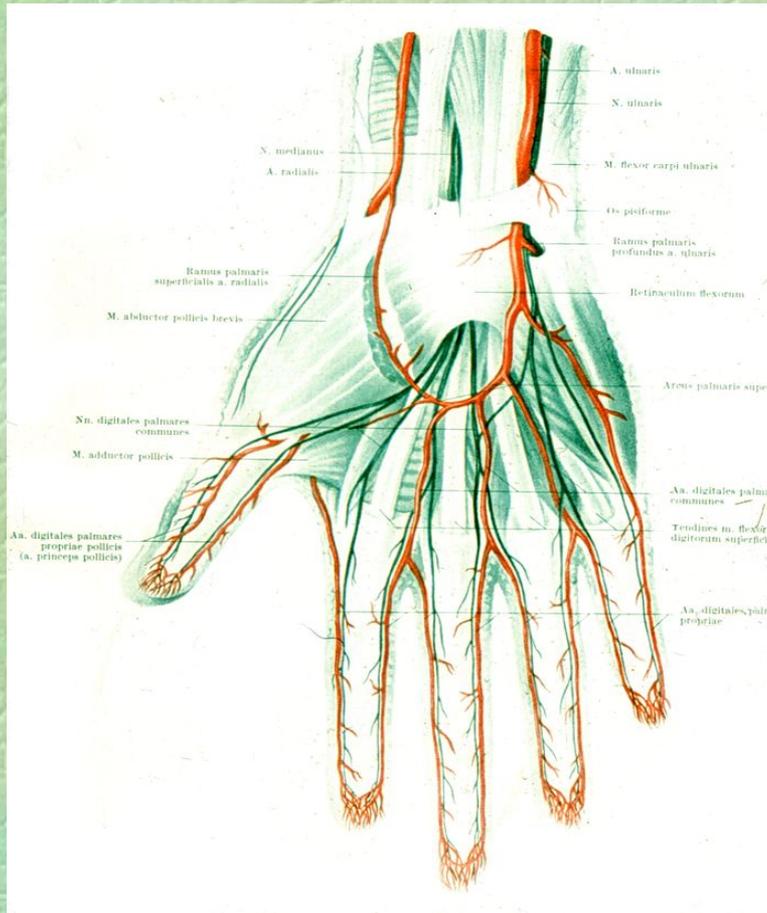




# Топографическая анатомия КИСТИ



# Кровоснабжение ладони



# ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИСТИ

- Панариций
- Флегмоны
  - «Классические» формы ( поражено одно клетчаточное пространство кисти)
  - Сочетанные флегмоны кисти ( одновременное поражение двух и более клетчаточных пространств кисти)
- - Комбинированные флегмоны кисти (сочетание флегмоны кисти с той или иной формой панариция или гнойной патологией пястно-фалангового сустава)

# ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИСТИ

## ПАНАРИЦИЙ

*Острогнойное воспаление тканей пальца руки*

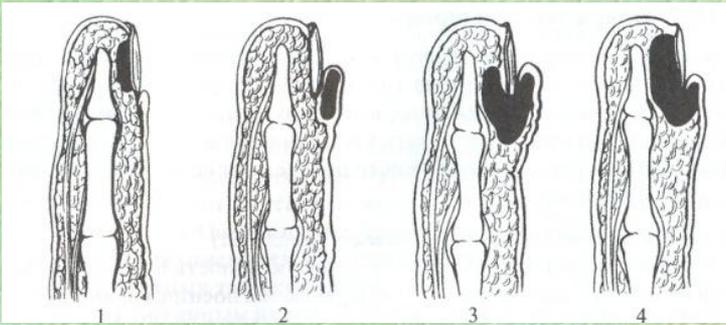
### Поверхностный (неосложненный)

- кожный
- подкожный
- ногтевой:
  - околоногтевой или паронихия
  - подногтевой

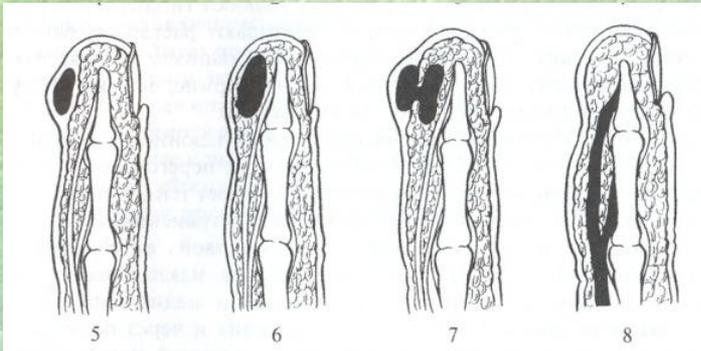
### Глубокий (осложненный)

- сухожильный (тендовагинит)
- суставной
- костный
- пандактилит

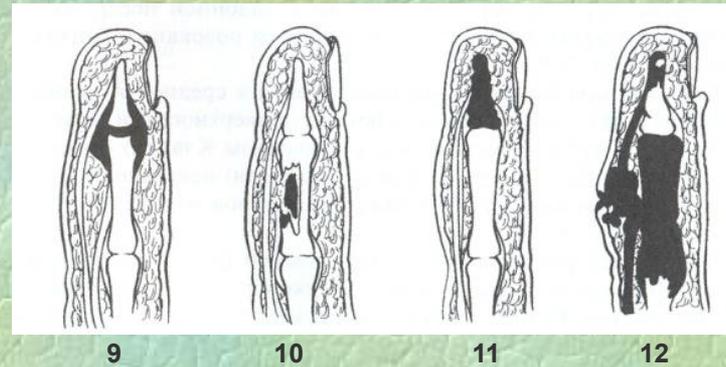
# ПАНАРИЦИЙ (виды)



## Паронихии



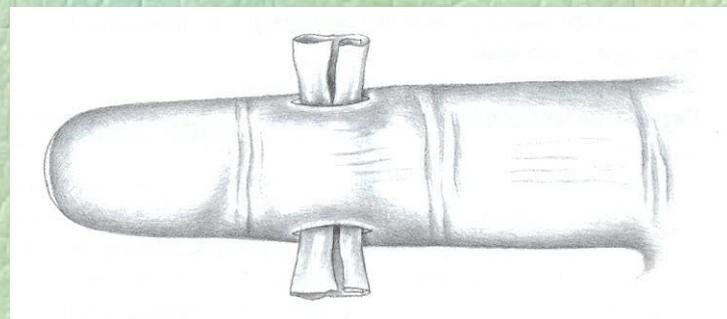
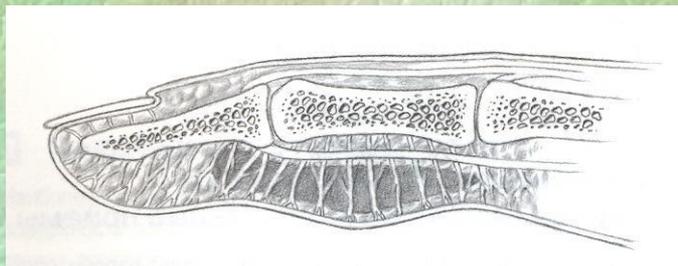
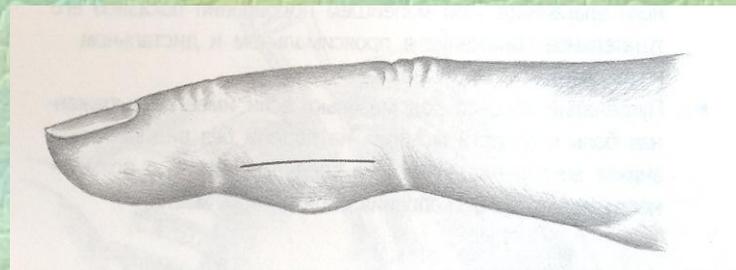
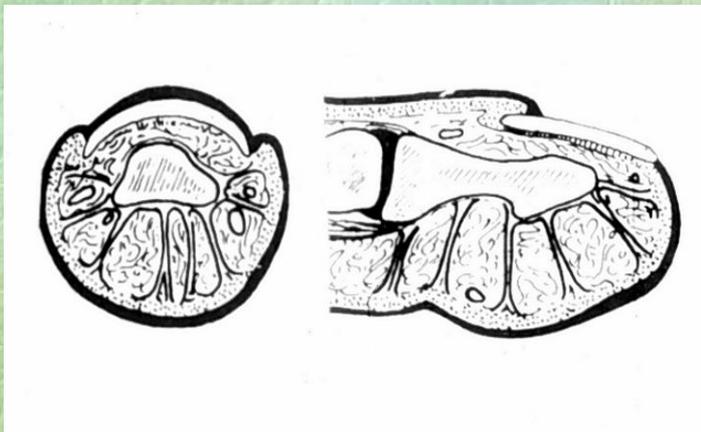
- 5 – кожный
- 6 – подкожный
- 7 – кожно-подкожный
- «в виде запонки»
- 8 - сухожильный



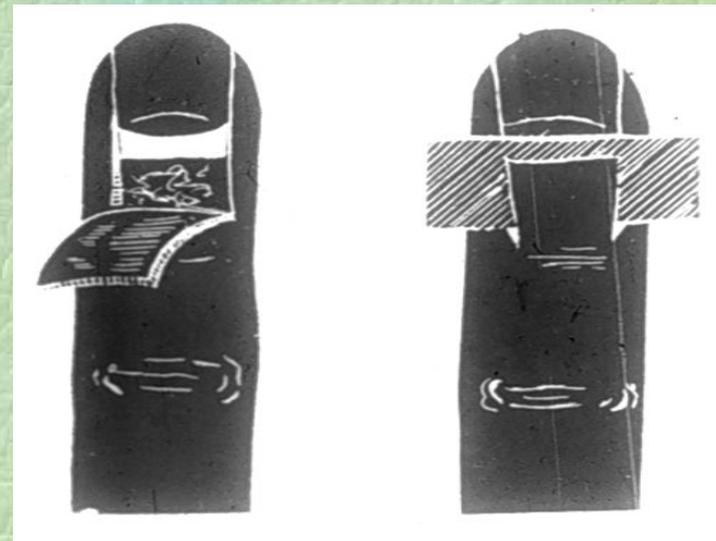
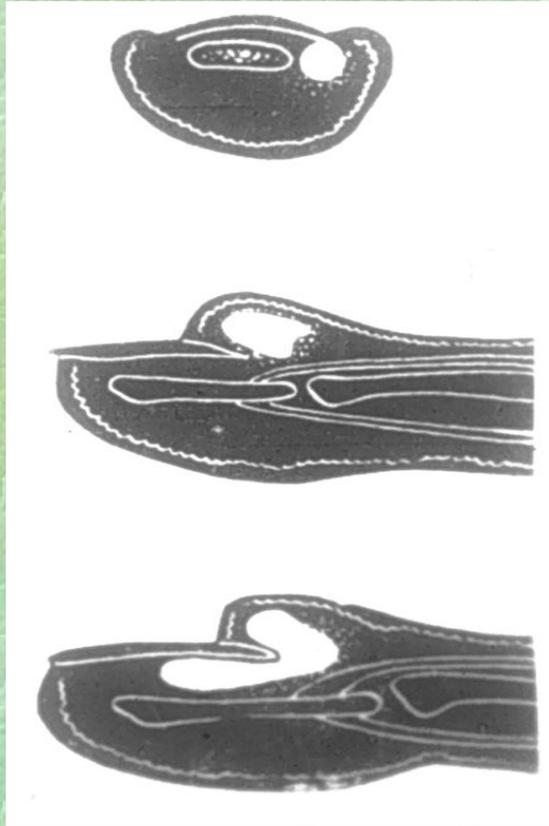
- 9 – суставной
- 10-12 – костный



# Панариций подкожный



# Панариций околоногтевой (паронихия)



# ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИСТИ

## ПАНАРИЦИЙ

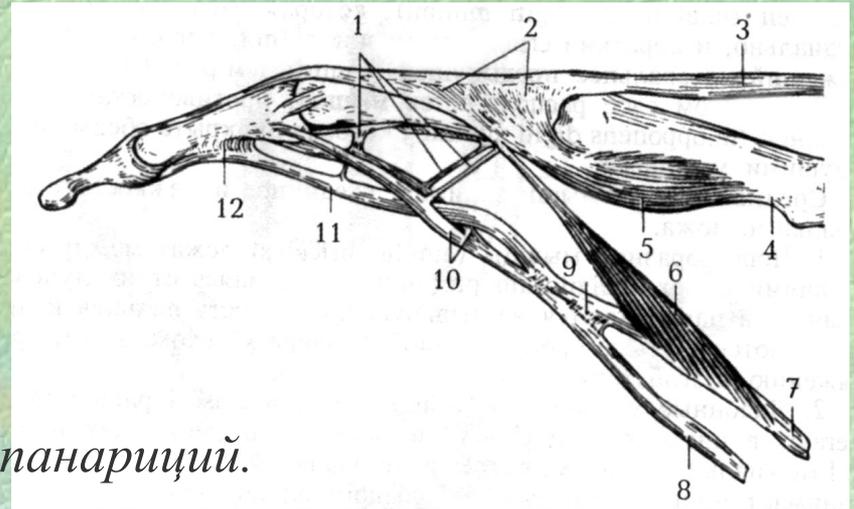
*Острогнойное воспаление тканей пальца руки*

### Поверхностный (неосложненный)

- кожный
- подкожный
- ногтевой:
  - околоногтевой или паронихия
  - подногтевой

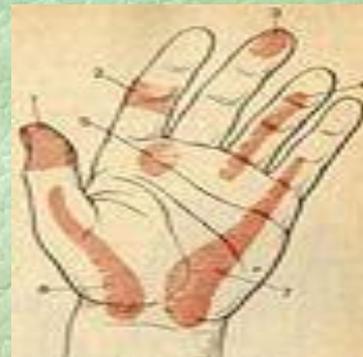
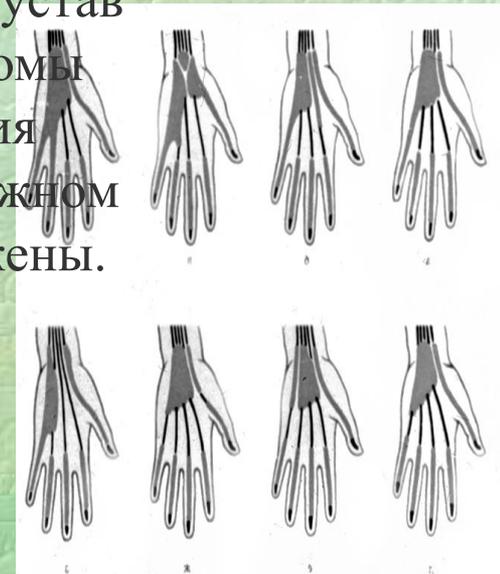
### Глубокий (осложненный)

- сухожильный (тендовагинит)
- суставной
- костный
- пандактилит



### *Сухожильный панариций.*

При суставном и костном панариции в гнойный процесс вовлечены сустав и кость фаланги пальца. Симптомы костного и суставного панариция аналогичны таковым при подкожном панариции, однако более выражены.

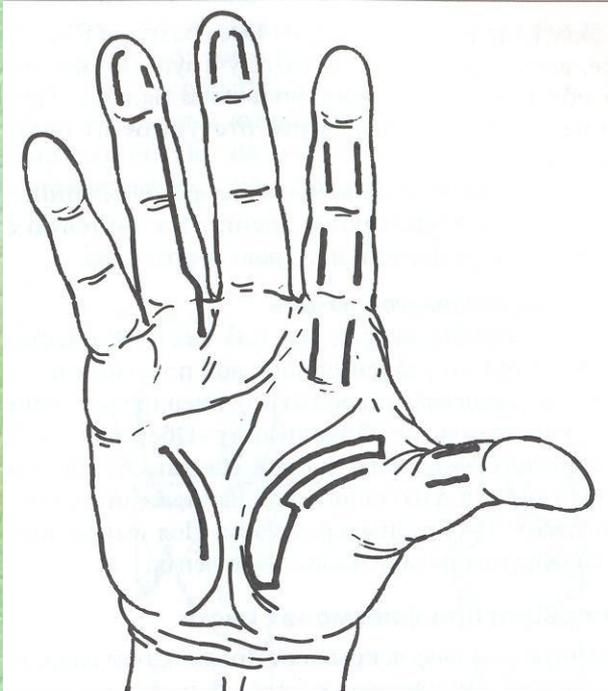


**Сухожильный панариций (гнойный тендовагинит).** Эта форма панарициев является самой тяжелой. При тендовагинитах гной скапливается в сухожильных (синовиальных) влагалищах, что при неблагоприятных условиях может привести к омертвлению сухожилий, прорыву гноя в мягкие ткани кисти и предплечья с образованием тяжелых флегмон. Процесс имеет тенденцию к быстрому распространению по ходу сухожилий.

**Лечение.** Необходимо раннее оперативное лечение. При локализации процесса *на II—IV пальцах* производят по два небольших переднебоковых разреза на основной и средней фалангах пальцев. Нельзя производить длинные разрезы и широко обнажать сухожилия, так как это может привести к их омертвлению. При тендовагините большого и *V пальца* к разрезам на пальцах добавляют разрезы на ладони. После разреза в рану вводят турунду или резиновую полоску; пальцам придают положение легкого сгибания; для иммобилизации кисти следует наложить тыльную гипсовую лонгету от середины предплечья до кончиков пальцев. Назначают антибиотики. Через 2 дня после операции приступают к ежедневным ваннам (температура 40—50°) с марганцовокислым калием. Лечение гнойных тендовагинитов может быть длительным (1—2 месяца).

## Разрезы при сухожильном панарициях

- на боковых поверхностях пальца с обеих сторон;
- прерывистые разрезы на фалангах;
- не делать разрез на концевой фаланге;
- разрез в проксимальном конце синовиального влагалища



1-2 пальцы - разрезы по Клаппу  
4 палец - разрез по Канавелу  
(при некрозе сухожилия)

# ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИСТИ

## Панариций

### Флегмоны

- **«Классические» формы** ( поражено одно клетчаточное пространство кисти)
- **Сочетанные флегмоны кисти** ( одновременное поражение двух и более клетчаточных пространств кисти)
- **Комбинированные флегмоны кисти** ( сочетание флегмоны кисти с той или иной формой панариция или гнойной патологией пястно-фалангового сустава)

В комплексном хирургическом лечении флегмоны ведущая роль принадлежит оперативному вмешательству. При лечении гнойных процессов и их осложнений большинство хирургов придерживается активной хирургической тактики, в основе которой лежит радикальная хирургическая обработка гнойного очага(ХОГО), являющаяся главным этиопатогенетическим звеном лечения.



**Флегмона** – разлитое гнойное, реже гнилостное воспаление в жировой клетчатке. Его характерной особенностью является *отсутствие четких границ*. Флегмона может быстро распространяться по клетчаточным пространствам, переходя на мышцы, сухожилия, кости и т.д.

# ФЛЕГМОНЫ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

- Традиционный метод хирургического лечения - вскрытие и дренирование гнойного очага.
- Современный метод - вскрытие, некрэктомия, дренирование.
- ХОГО - радикальная хирургическая обработка гнойного очага: -  
- рассечение тканей до границы визуально неизмененных участков с раскрытием всех затеков и карманов и по возможности объединение их в единую полость; - некрэктомия.
- Оперативный доступ
- Разрезы должны быть оптимальными по локализации и размерам, чтобы обеспечить полноценную ревизию раны и некрэктомию:
  - -анатомичный;
  - -малотравматичный;
  - -должен создавать хороший обзор раны и свободу хирургических манипуляций;
  - -обеспечивать кратчайший путь к очагу инфекции (оптимальный вариант);
  - -создавать условия для последующего восстановления **тканей**.

# ФЛЕГМОНЫ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

## Оперативный прием

- Некрэктомия - основной оперативный прием: иссечение всех нежизнеспособных и инфильтрированных кровью и гноем тканей независимо от объема удаляемого субстрата, площади раневого дефекта, вида пораженной ткани - кожа, клетчатка, мышцы, фасции, сухожилия, кости.

Некрэктомия – сочетание радикальности с бережным отношением к воспаленным, но жизнеспособным структурам.

Показания: деструкция ткани, плохая кровоточивость или ее отсутствие, тусклый вид, снижение тургора, пропитывание гноем, кровью, отсутствие мышечной сократимости и др.

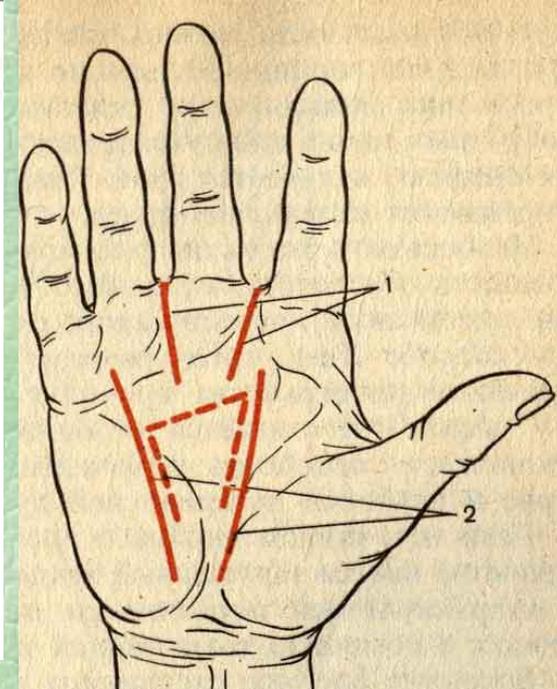
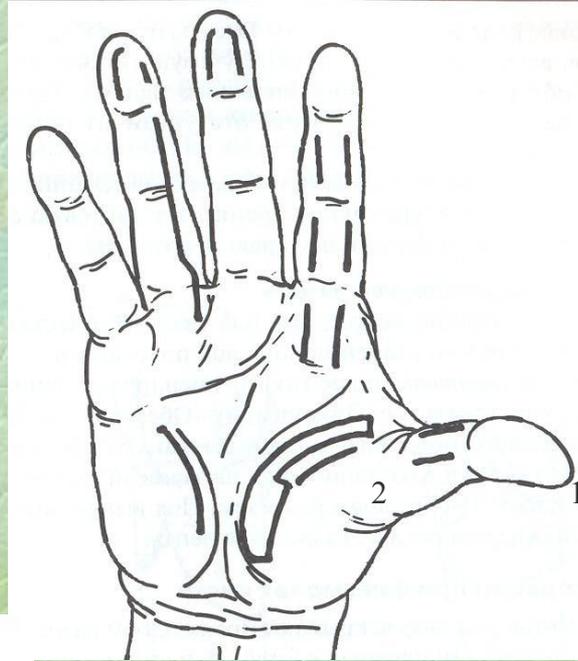
- Дренажное отверстие очага максимальное при минимальном количестве дренажей (перфорированные микроирригаторы).

## Завершение операции

Наложение первичных швов является предпочтительным и выполняется после полноценной некрэктомии, гемостаза, адекватного дренирования и при отсутствии выраженного перифокального воспаления.

При невозможности первичного закрытия раны целесообразно ее открытое ведение с последующим наложением первично-отсроченных, ранних или поздних вторичных швов

## Разрезы при флегмонах кисти



2– ложа тенара (обозначена «запретная зона»)

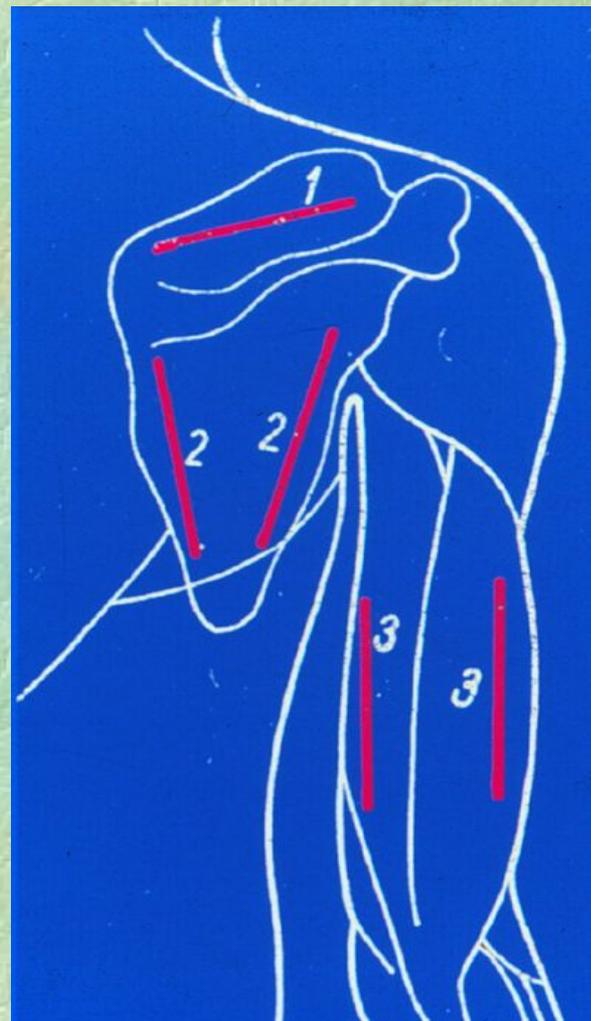
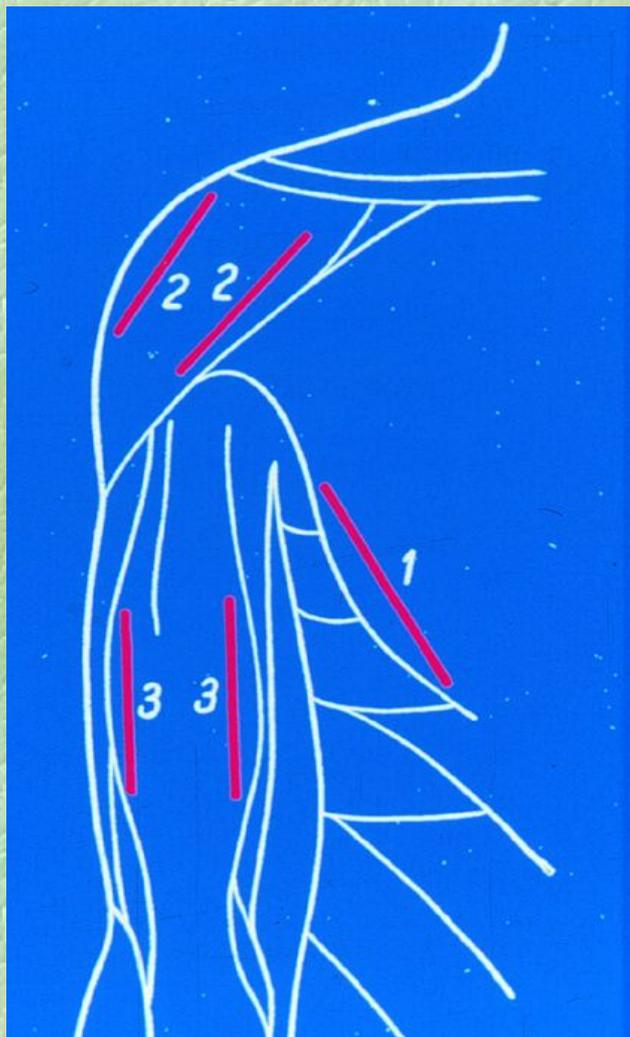
– ложа гипотенара

Флегмона кисти часто встречается:  
на кончике большого пальца;  
в центре ладони;  
на запястье.

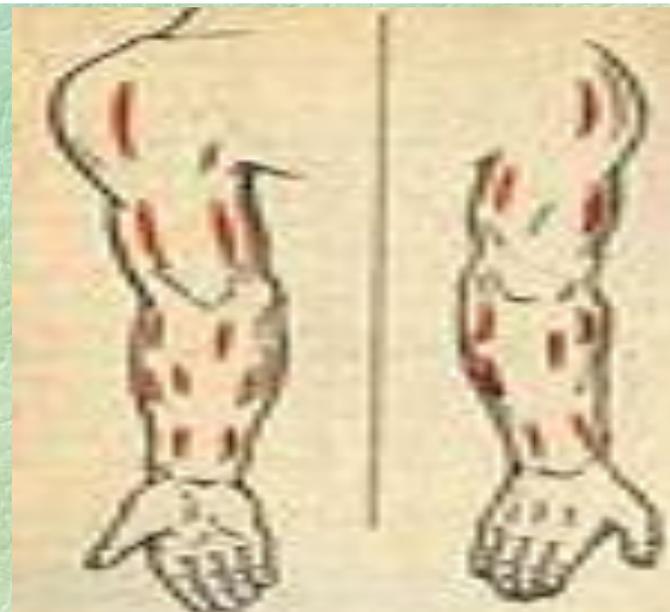
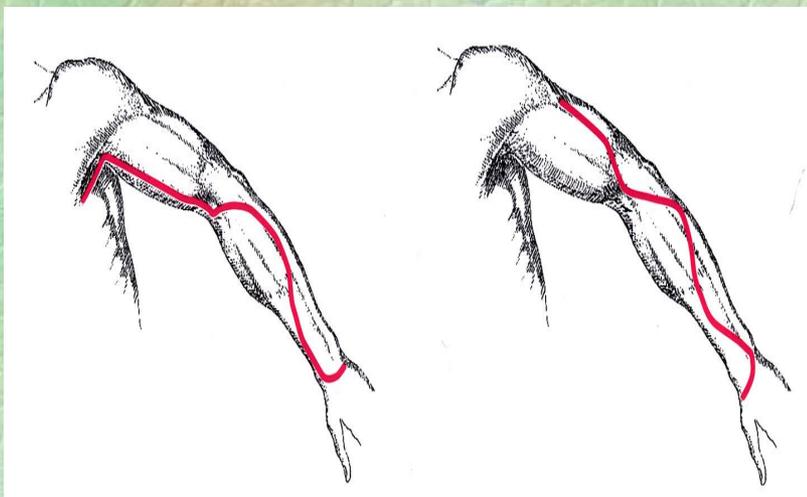
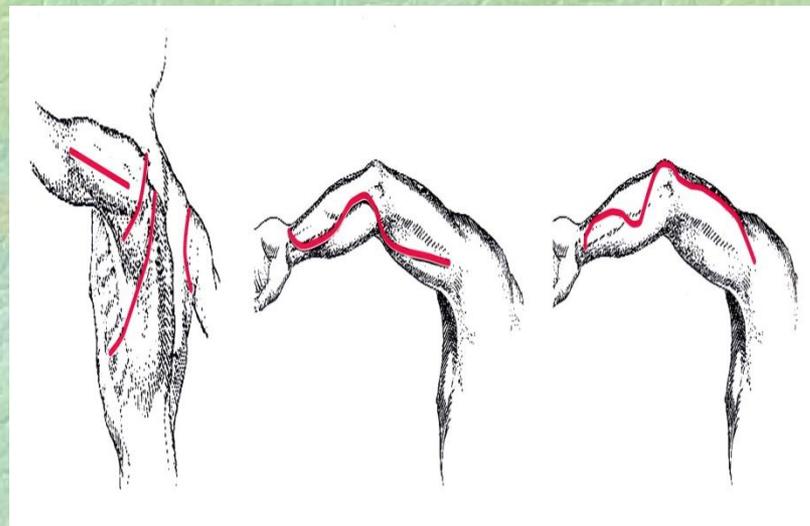
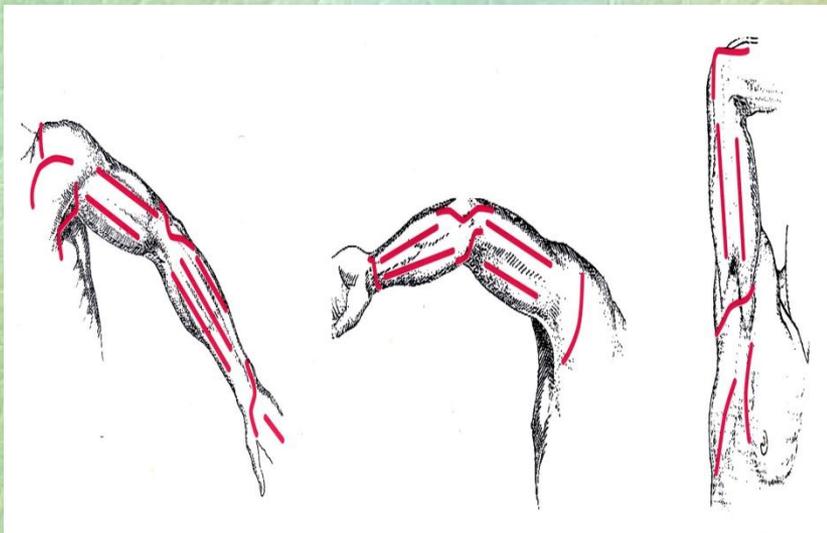
Комиссуральная флегмона кисти



## Разрезы при флегмонах плеча



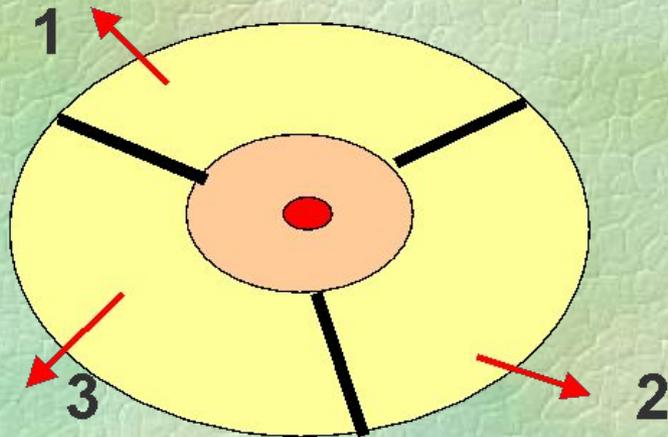
# Комбинированные разрезы при флегмонах верхней конечности



**НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ**

# ФАСЦИАЛЬНЫЕ ЛОЖА НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

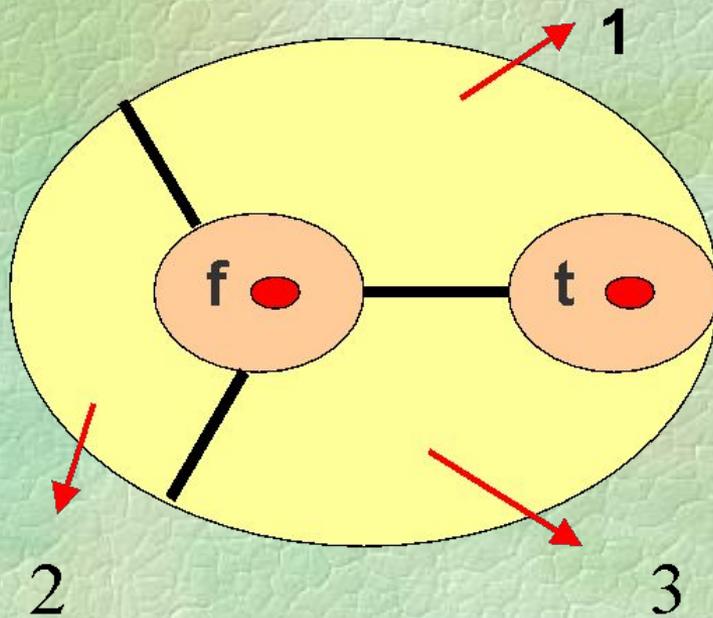
**БЕДРО – 3**



- 1 – переднее
- 2 – медиальное
- 3 - заднее

# ФАСЦИАЛЬНЫЕ ЛОЖА НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

## ГОЛЕНЬ - 3

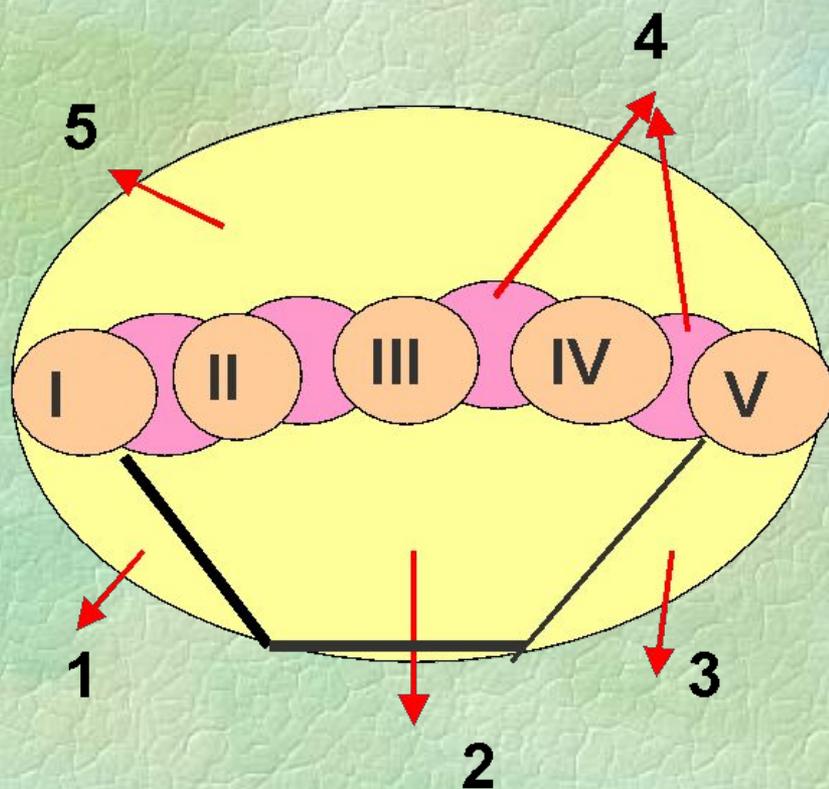


- 1 – переднее
- 2 – латеральное
- 3 - заднее

# ФАСЦИАЛЬНЫЕ ЛОЖА НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

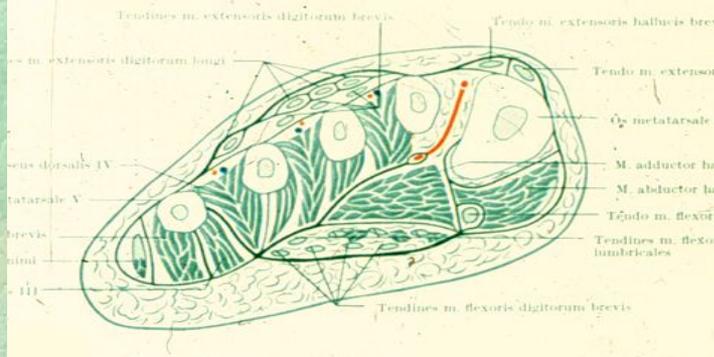
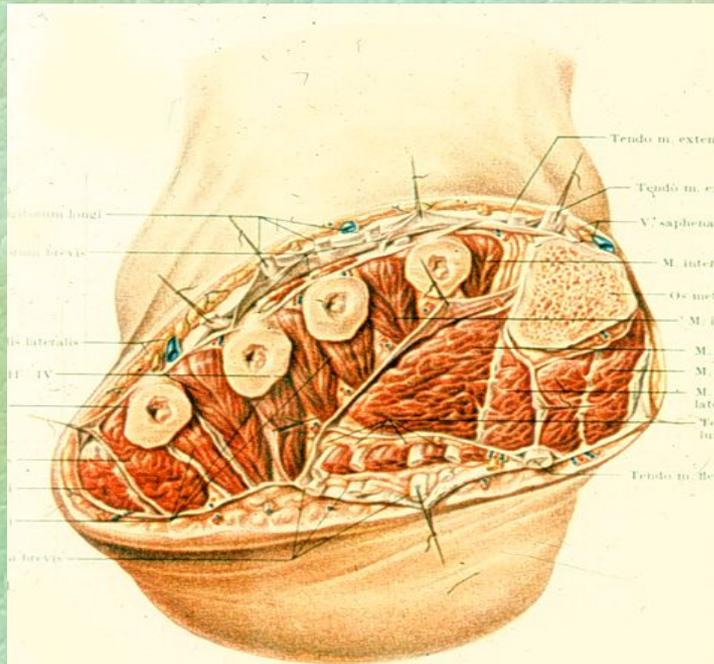
## СТОПА – 5

(на уровне плюсны)



- 1 – медиальное
- 2 – среднее
- 3 – латеральное
- 4 – межкостное
- 5 – тыльное

# Поперечные срезы стопы на уровне плюсны



# Сагиттальный разрез стопы на уровне срединного фасциального ложа

(слои мягких тканей)

*Предплюсна*

*Плюсна*

## *I. подошвенный апоневроз*

1. m. flexor digitorum brevis

## *II. fascia plantaris profunda*

2. tendines m. flexor digitorum longus

- m. quadratus plantae

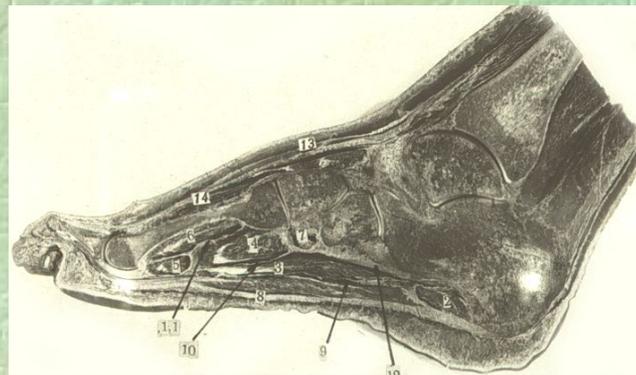
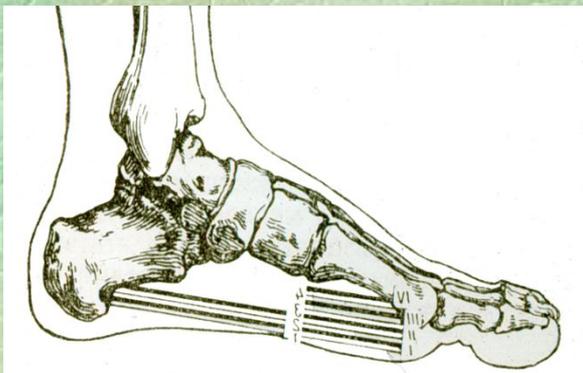
- m.m. lumbricales

## *III. fascia metatarsae*

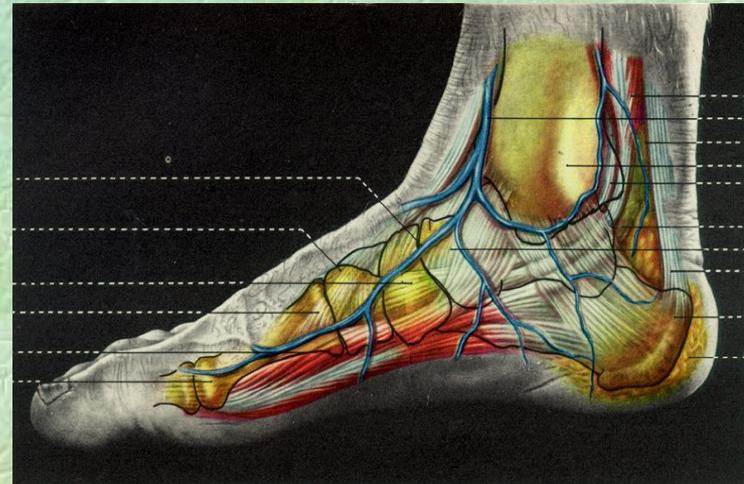
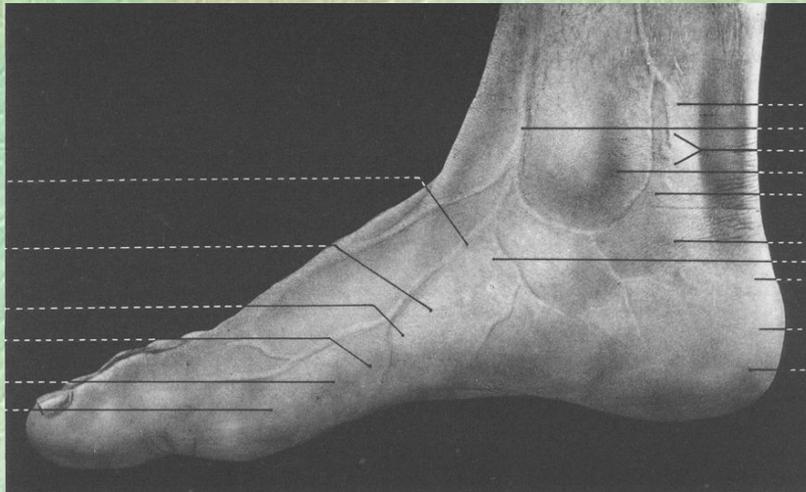
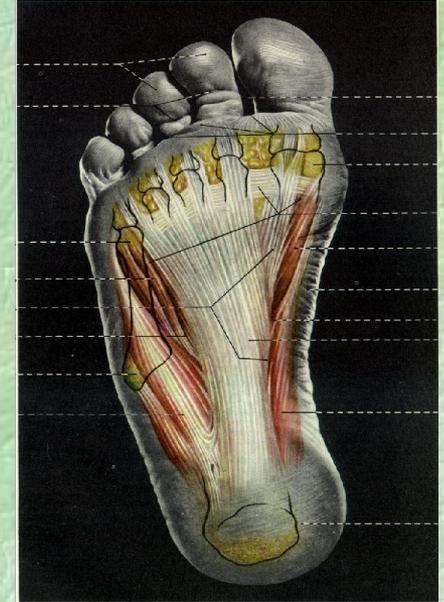
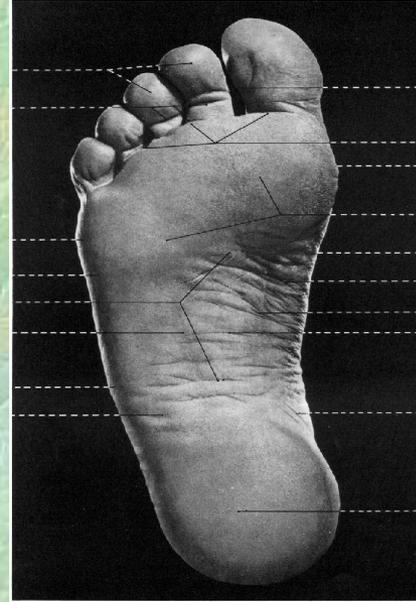
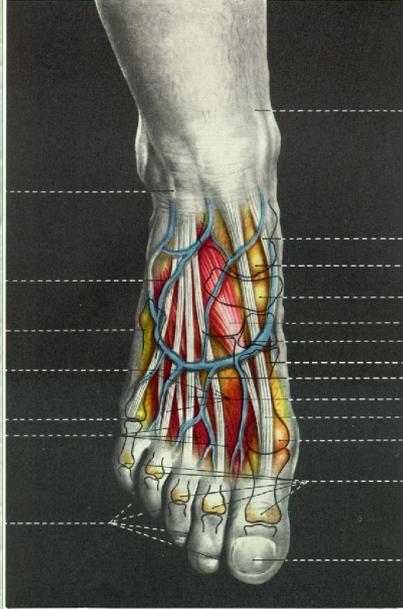
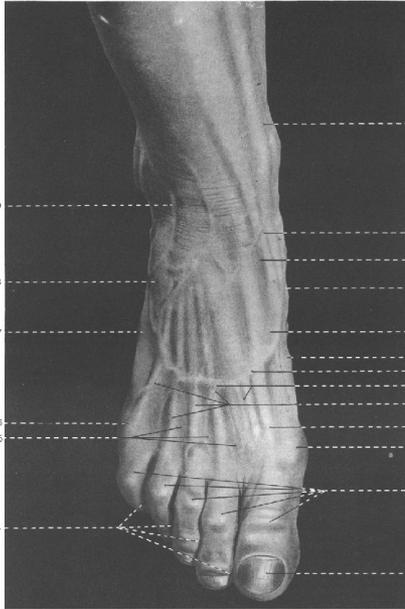
3. m. adductor hallucis

## *IV. fascia interossea plantaris*

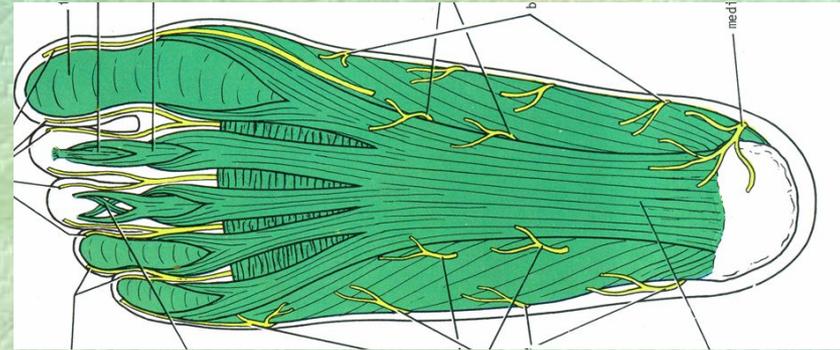
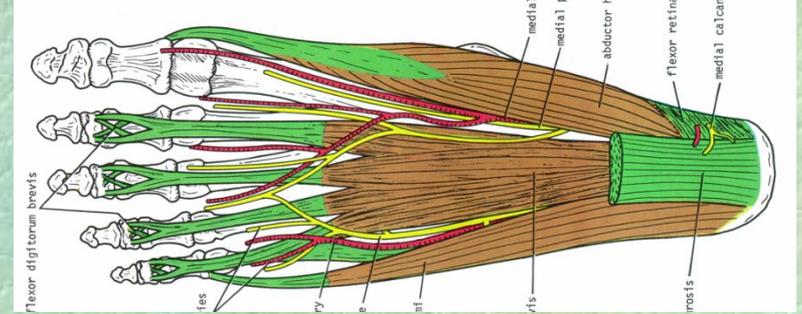
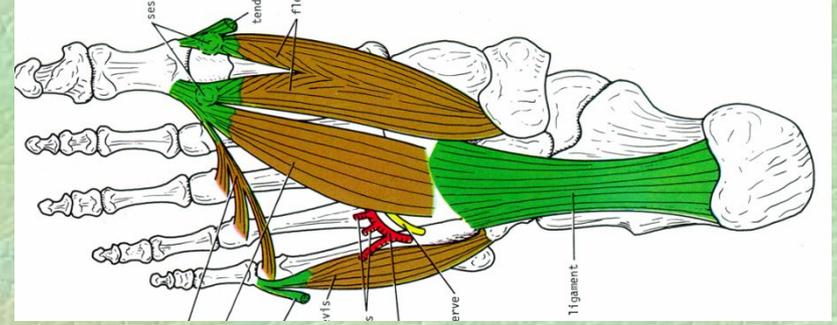
4. m.m. interossei



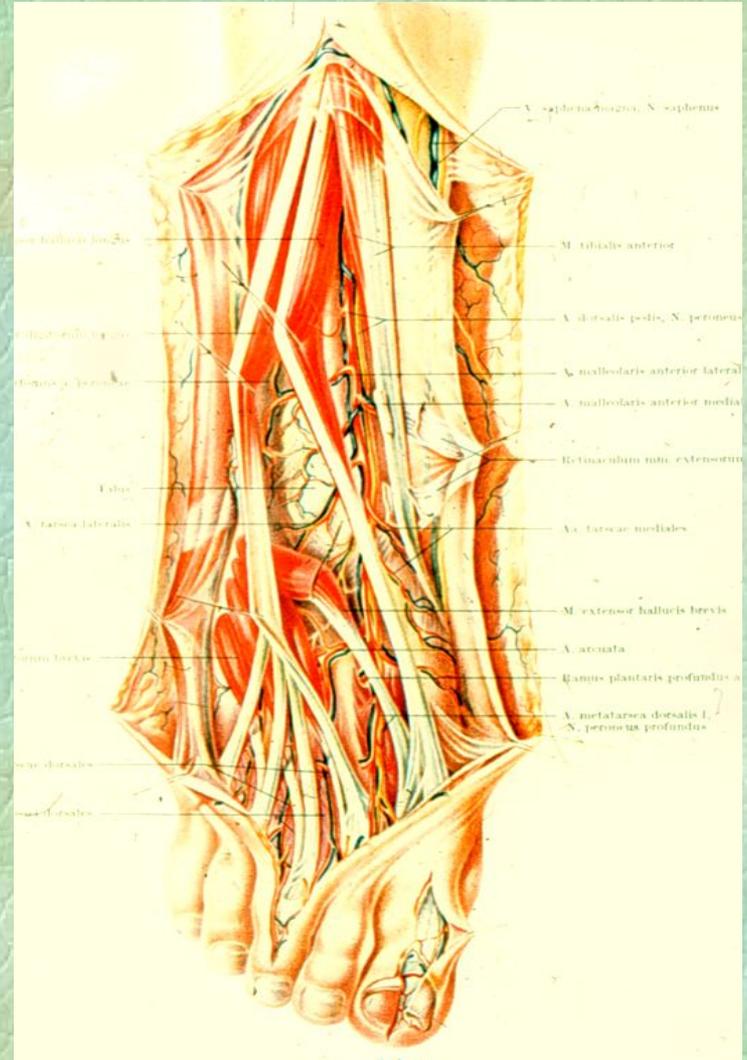
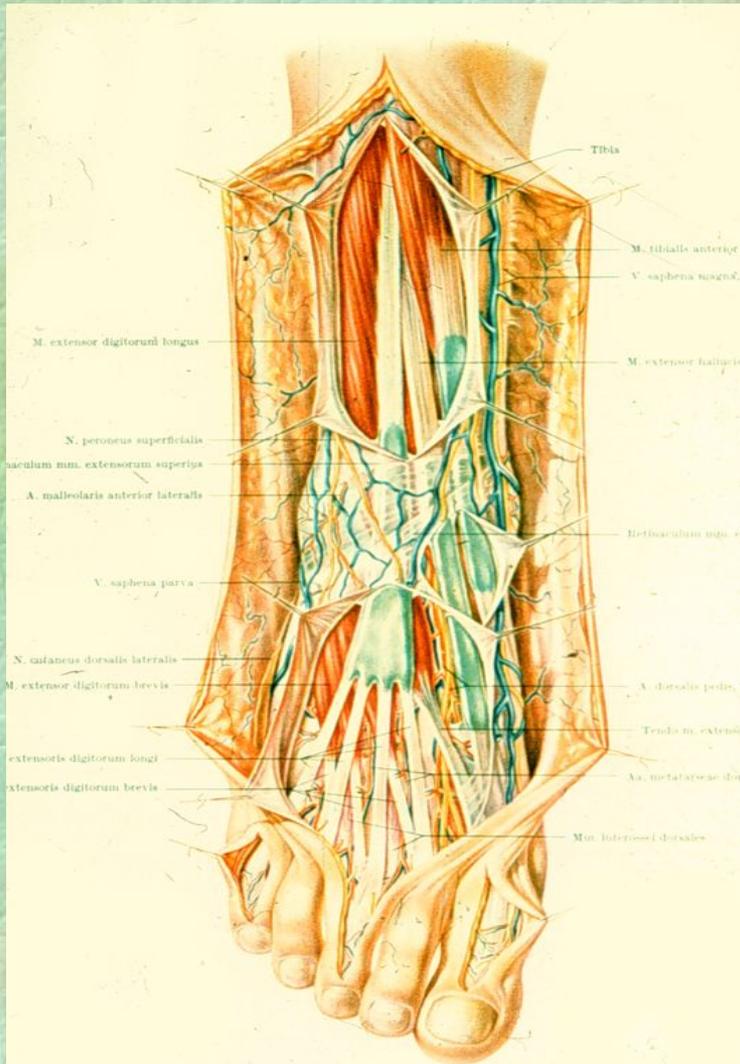
# Рельефная анатомия стопы



# Топографическая анатомия подошвы



# Топографическая анатомия тыла стопы



# АНАТОМИЧЕСКИЕ КАНАЛЫ СТОПЫ

## Медиальный лодыжковый канал (canalis malleolaris medialis)

*Стенки:*

- медиальная - retinaculum mm. flexorum
- латеральная - пяточная кость и медиальная лодыжка

*В канале проходят:*

- tendo m. tibialis posterior
- tendo m. flexor digitorum longus
- a. tibialis posterior et n. tibialis
- tendo m. flexor hallucis longus

## Пяточный канал (canalis calcaneus)

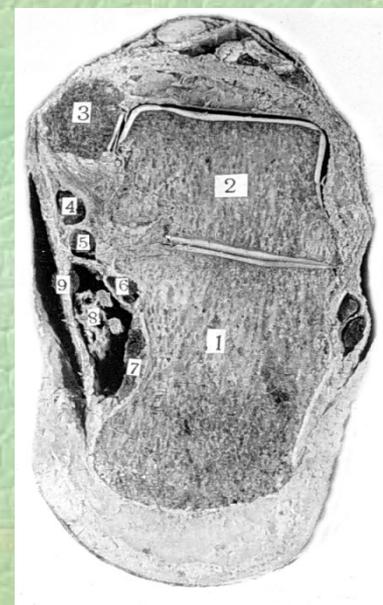
*Стенки:*

- медиальная - m. abductor hallucis
- латеральная - пяточная кость

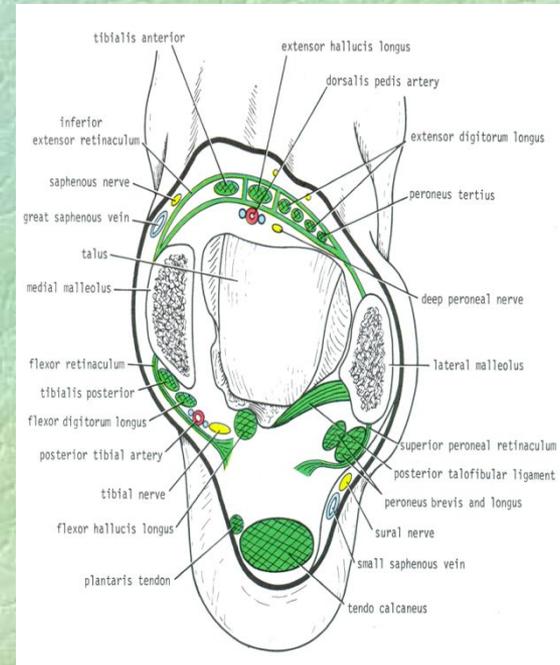
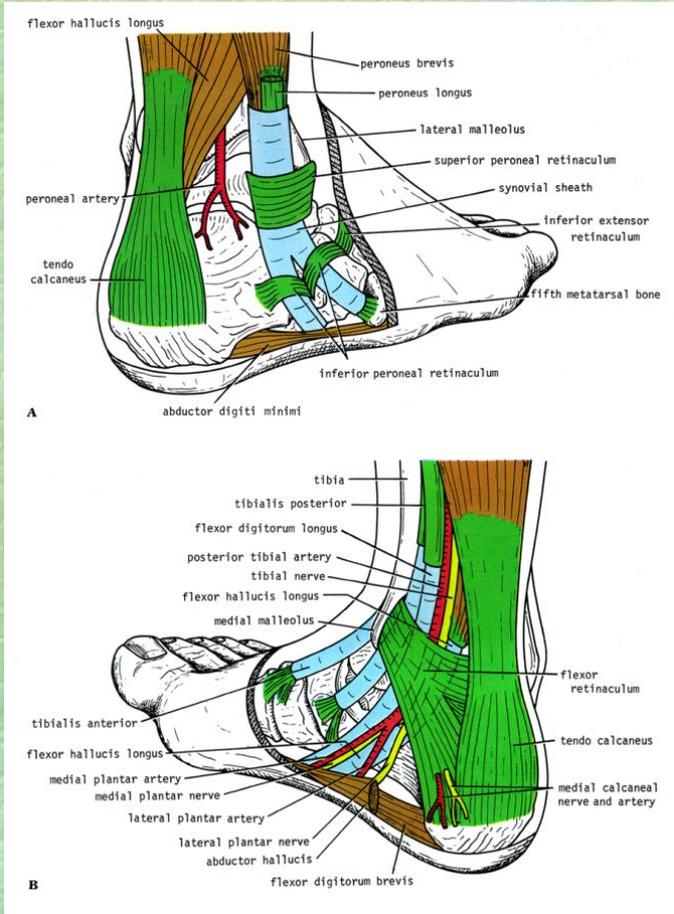
*В канале проходят:*

- в переднем отделе
- tendo m. tibialis posterior
  - tendo m. flexor hallucis longus
  - tendo m. flexor digitorum longus
  - a.v.n. plantares mediales

- в заднем отделе
- m. quadratus plantae
  - a.v.n. plantares laterales



# Медиальный лодыжковый канал (canalis malleolaris medialis)



# АНАТОМИЧЕСКИЕ КАНАЛЫ СТОПЫ

## Медиальный лодыжковый канал (canalis malleolaris medialis)

*Стенки:*

- медиальная - retinaculum mm. flexorum
- латеральная - пяточная кость и медиальная лодыжка

*В канале проходят:*

- tendo m. tibialis posterior
- tendo m. flexor digitorum longus
- a. tibialis posterior et n. tibialis
- tendo m. flexor hallucis longus

## Пяточный канал (canalis calcaneus)

*Стенки:*

- медиальная - m. abductor hallucis
- латеральная - пяточная кость

*В канале проходят:*

- в переднем отделе
- tendo m. tibialis posterior
  - tendo m. flexor hallucis longus
  - tendo m. flexor digitorum longus
  - a.v.n. plantares mediales

- в заднем отделе
- m. quadratus plantae
  - a.v.n. plantares laterales



# АНАТОМИЧЕСКИЕ КАНАЛЫ СТОПЫ

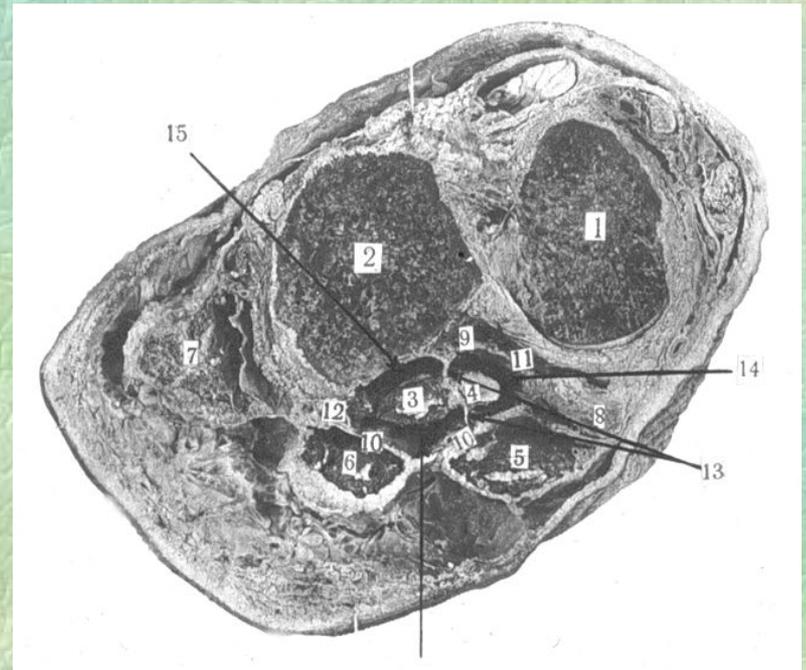
## Подошвенный канал (canalis plantaris)

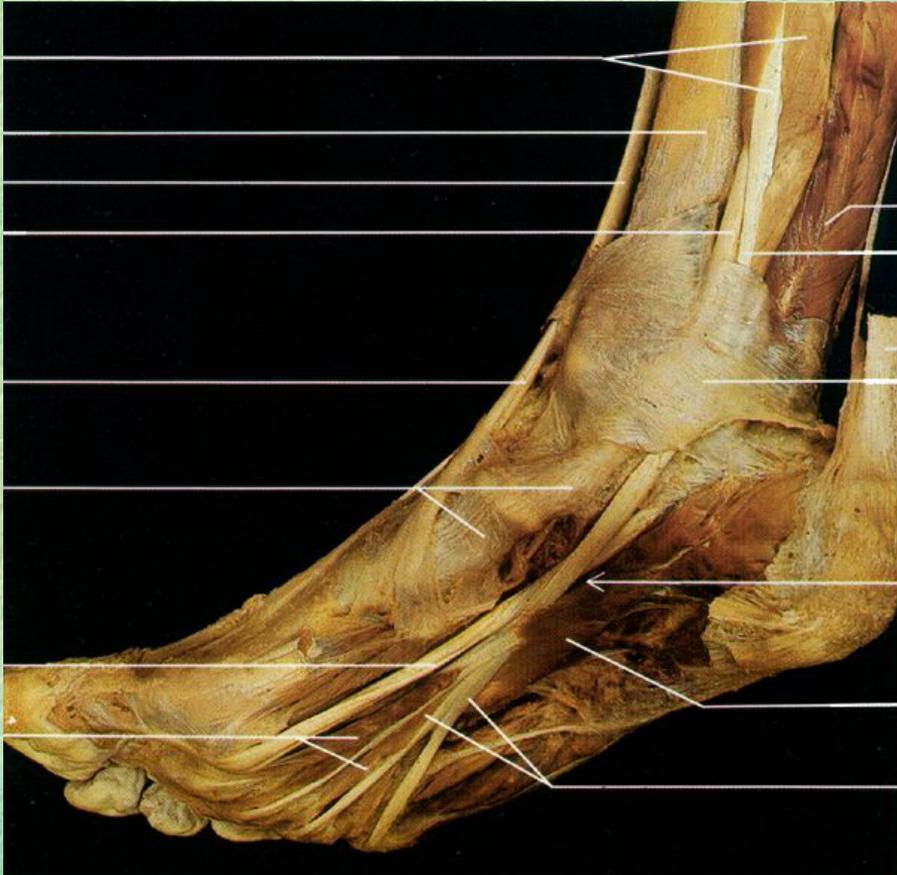
*Стенки:*

- сверху - liq. plantare longum и fascia metatarssea
- снизу - fascia plantaris profunda

*В канале проходят:*

- m. quadratus plantae, тесно связанная с tendo m.flexor digitorum longus
- tendo m.flexor hallucis longus
- a.v.n. plantares mediales
- a.v.n. plantares laterales
- рыхлая клетчатка



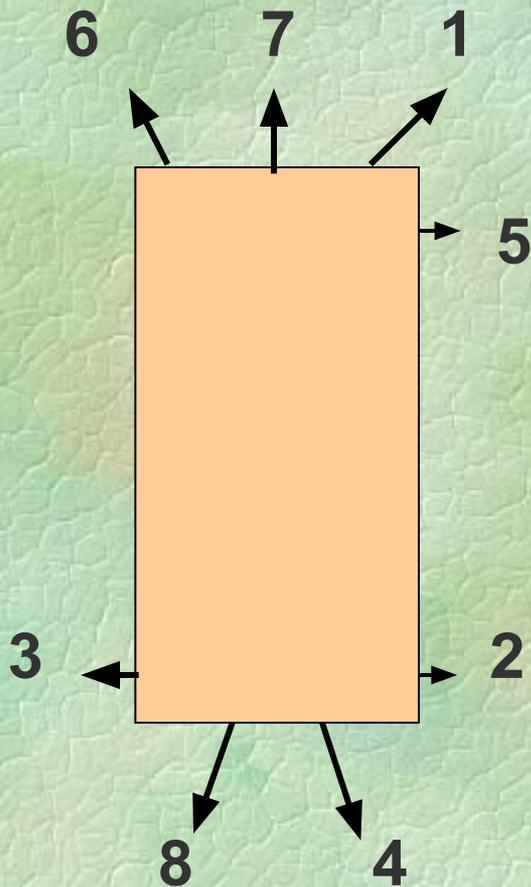


## АНАТОМИЧЕСКИЕ КАНАЛЫ СТОПЫ



# ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГНОЙНЫХ ЗАТЕКОВ ИЗ ПОДОШВЫ

(СРЕДНЕЕ ФАСЦИАЛЬНОЕ ЛОЖЕ)



## Медиальное фасциальное ложе

- 1 – по ходу caput obliquum m.adductor hallucis
- 2 – по ходу tendo m.flexor hallucis longus (перекрест в canalis calcaneus с tendo m. flexor digitorum longus)

## Латеральное фасциальное ложе

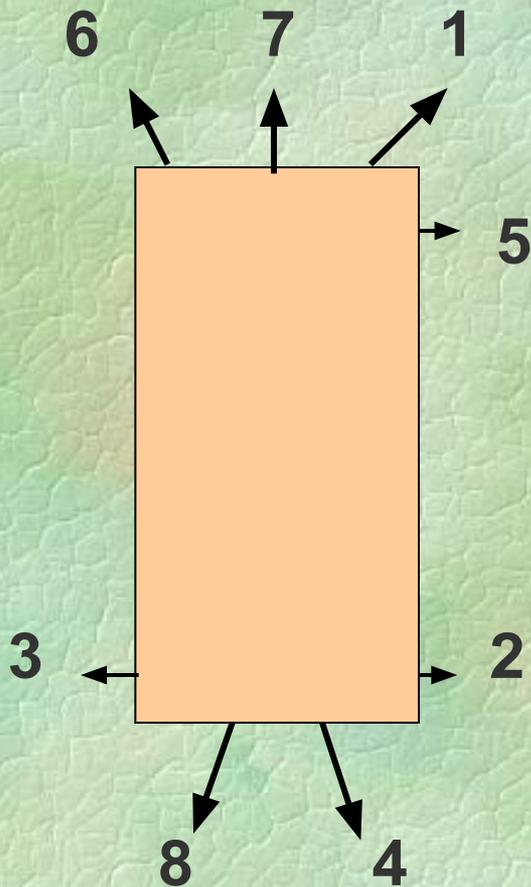
- 3 - по ходу латерального подошвенного сосудисто-нервного пучка

## Голень

- 4 – через canalis calcaneus и canalis malleolaris medialis

# ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГНОЙНЫХ ЗАТЕКОВ ИЗ ПОДОШВЫ

(СРЕДНЕЕ ФАСЦИАЛЬНОЕ ЛОЖЕ)



## Тыл стопы

5 – через I межплюсневый промежуток по ходу анастомоза a.dorsalis pedis с a.plantaris medialis

6 – по ходу m.m.lumbricales

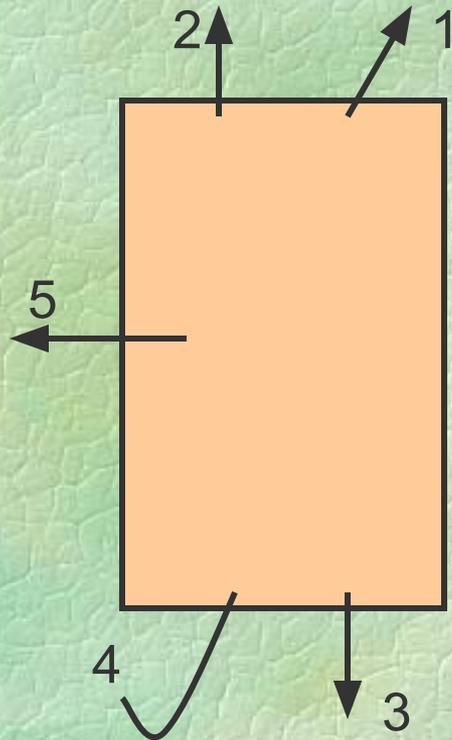
## Подкожная клетчатка подошвы

7 – через коммисуральные отверстия

## Боковая поверхность пяточной кости

8 – по ходу m.quadratus plantae

# ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГНОЙНЫХ ЗАТЕКОВ ИЗ ПОДКОЛЕННОЙ ЯМКИ



## **Бедро**

1. По ходу canalis adductorius
2. По ходу n. ischiadicus

## **Голень**

3. Вниз - заднее фасциальное ложе, по ходу m. soleus и m. gastrocnemius
4. Вперед – переднее фасциальное ложе, по ходу a. tibialis anterior
5. Наружная поверхность коленного сустава – под сухожилие m. biceps femoris

# ФЛЕГМОНЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

- Традиционный метод хирургического лечения - вскрытие и дренирование флегмоны.
- Современный метод - вскрытие, некрэктомия, дренирование (ХОГО - радикальная хирургическая обработка гнойного очага: рассечение тканей до границы визуально неизмененных участков с раскрытием всех затеков и карманов и по возможности объединение их в единую полость; некрэктомия).
- ***Некрэктомия*** - основной оперативный прием: иссечение всех нежизнеспособных и инфильтрированных кровью и гноем тканей независимо от объема удаляемого субстрата, площади раневого дефекта, вида пораженной ткани - кожа, клетчатка, мышцы, фасции, сухожилия, кости. Показания: деструкция ткани, плохая кровоточивость или ее отсутствие, тусклый вид, снижение тургора, пропитывание гноем, кровью, отсутствие мышечной сократимости и др.)
- ***Оперативный доступ*** (должен обеспечить полноценную ревизию раны и некрэктомию):- анатомичный; -малотравматичный; -должен создавать хороший обзор раны и свободу хирургических манипуляций; -обеспечивать кратчайший путь к очагу инфекции (оптимальный вариант); -создавать условия для последующего восстановления тканей.

# РАЗРЕЗЫ ПРИ ФЛЕГМОНАХ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

## Ягодичная область

По линии, соединяющей *spina iliaca posterior superior* и верхушку *trochanter major*.

## Бедро

Переднее фасциальное ложе - по наружному краю *m. rectus femoris* от точки на границе наружной и средней трети *lig. inguinale*.

Заднее фасциальное ложе – вдоль наружного края *caput longum m. biceps femoris*.

Медиальное фасциальное ложе – в верхней трети бедра на 2-3 см кнутри от проекционной линии *a. femoralis* (*fascia lata* по внутреннему краю *m. adductor longus*).

## Голень

Переднее фасциальное ложе – по линии, соединяющей середину расстояния между *caput fibulae* и *tuberositas tibiae* вверху с серединой расстояния между лодыжками внизу.

Заднее фасциальное ложе – в верхней трети голени на 2-3 см кзади от медиального края *tibia* (отсечение *m. soleus*).

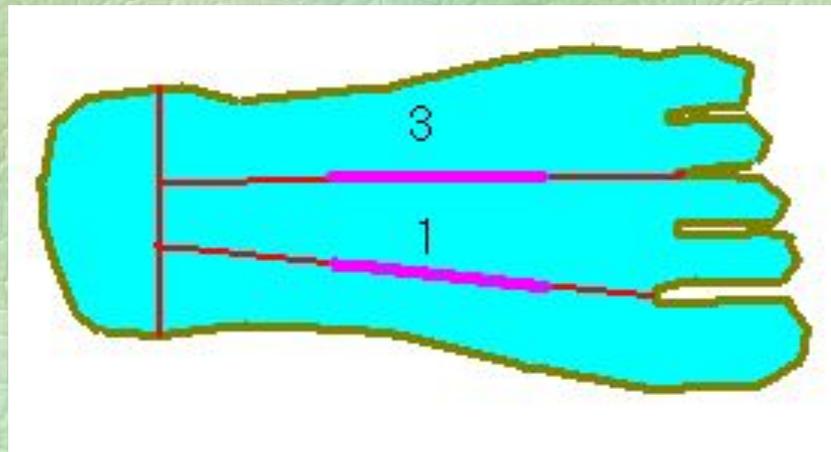
## РАЗРЕЗЫ ПРИ ФЛЕГМОНАХ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

### Стопа (подошва)

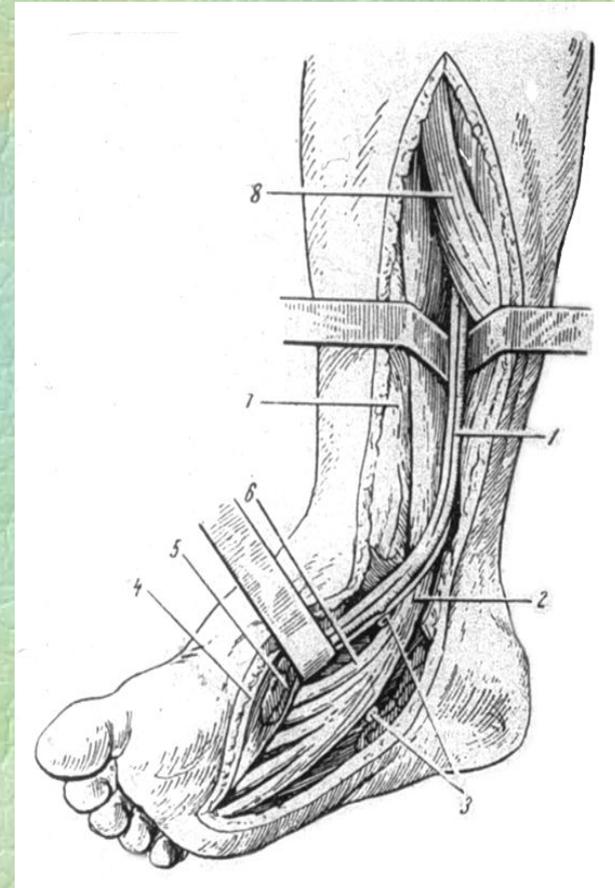
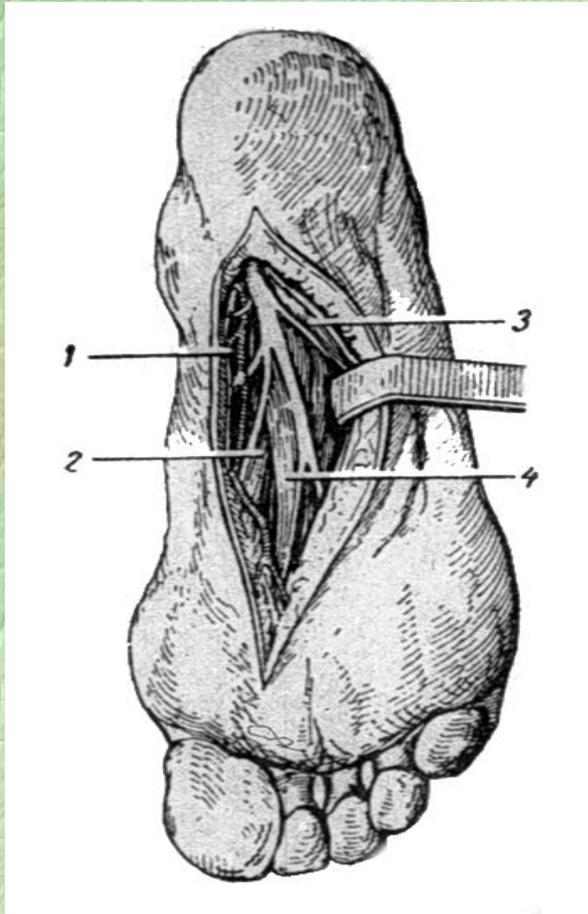
#### Разрезы по Делорму

Латеральный – по линии, соединяющей середину пятки (поперечная линия на 3 см кпереди от заднего края) с 3 межпальцевым промежутком.

Медиальный – по линии, соединяющей середину медиальной половины поперечной линии пятки с 1 межпальцевым промежутком.



# РАЗРЕЗЫ ПРИ ФЛЕГМОНАХ СРЕДНЕГО ФАСЦИАЛЬНОГО ЛОЖА ПОДОШВЫ (по Войно-Ясенецкому)



# Комбинированные разрезы при флегмонах нижней конечности

