

менных с сахарным диабетом тяжелой формы, у которых компенсации заболевания, по-видимому, можно достичь не только введением препаратов инсулина. Сочетание инсулинотерапии с антиоксидантами должно привести к более полной и длительной компенсации сахарного диабета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аматуни В. Г., Карагезян К. Г., Сафарян М. Д. // Тер. арх. — 1980. — № 3. — С. 96—100.
2. Вайнштейн С. Г., Звершановский Ф. А., Гриценко Г. П. // Тер. арх. — 1984. — № 2. — С. 26—28.
3. Гончаренко М. С., Латинова А. М. // Лабор. дело. — 1985. — № 1. — С. 60—61.

4. Горб Г. Д., Руденко Н. Н. // Врач. дело. — 1987. — № 4. — С. 47—49.
5. Логинов С. В., Матюшин Б. Н., Ткачев В. Д. // Тер. арх. — 1985. — № 2. — С. 63—67.
6. Погосян Н. Р. // Свободнорадикальное окисление эритроцитарных липидов у больных атеросклерозом коронарных сосудов. — Автореф. канд. дисс. — Ереван, 1981.
7. Романова Л. А., Стальная И. Д. // В кн.: Современные методы в биохимии (Под ред. В. Н. Ореховича). — М., Медицина, 1977.
8. Старосельцева Л. К., Косилова Е. С., Смуррова Т. Ф. // Пробл. эндокринол. — 1986. — № 1. — С. 19—22.
9. Хужамбердев М. // Бюл. экспер. биол. — 1985. — № 9. — С. 285—286.
10. Beutler E., Dubou O., Relly B. U. // J. Lab. Chim. Med. — 1963. — Vol. 61. — P. 882.

Поступила 23.08.88.

УДК 618.5—089.888.61

ОСОБЕННОСТИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИЕЙ ПОЛОСТИ БРЮШИНЫ

Г. Л. Драндров, В. В. Амосова

Кафедра нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией (зав.— проф. В. В. Амосова) медицинского факультета Чувашского университета имени И. Н. Ульянова

Успех любой операции во многом зависит от детальных знаний анатомии, особенностей взаимоотношений фасций, фасциальных пространств и других тканей и органов в области хирургического вмешательства. Тем не менее в акушерской практике при производстве кесарева сечения, как правило, не обращают внимания на фасциальные листки нижних отделов передней брюшной стенки и мочевого пузыря, в то время как важность восстановления фасциальных образований подчеркивается многими авторами [1, 2, 4]. Являясь продолжением костного скелета, фасции не только составляют опору для мышц и органов, но и ограничивают распространение инфекции, препятствуя генерализации процесса [2]. Особенно большое значение это приобретает при выполнении кесарева сечения с предварительной изоляцией полости брюшины у женщин группы высокого риска по развитию гнойно-септических заболеваний.

Для создания обширного внебрюшинного доступа при кесаревом сечении и профилактики разрывов брюшины при извлечении ребенка необходима ее иммобилизация на достаточно большом протяжении в области дна мочевого пузыря, нижнего сегмента матки и передней брюшной стенки. Фактически нижние отделы брюшины состоят из нескольких слоев: собственно брюшины, предпузырной, позадипузырной и поперечной фасций, то есть практически брюшина является фасциально-брюшинным образованием, что и определяет технические особенности ее отделения. Поперечная фасция по-

крывает мышцы брюшной стенки с внутренней поверхности, она одна из самых мощных внутренних фасциальных образований передней брюшной стенки (рис. 1). В нижнем отделе поперечная фасция латерально сливается с паховой связкой, внутренней губой гребня подвздошной кости, по средней линии прикрепляется к задней поверхности симфиза, а в области прямых мышц ограничивает их от предпузырного пространства.

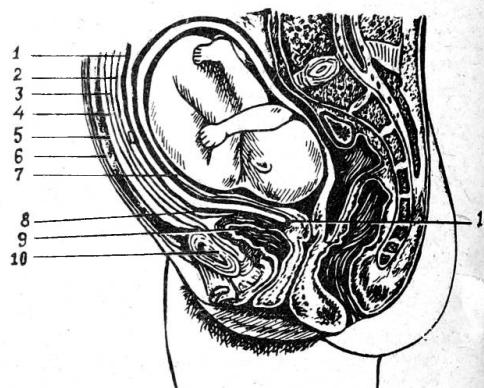


Рис. 1. Топография передней брюшной стенки при доношенной беременности (сагиттальный разрез). 1 — брюшина, 2 — позадипузырная фасция, 3 — предпузырная фасция, 4 — поперечная фасция, 5 — прямые мышцы живота, 6 — апоневроз передней брюшной стенки, 7 — матка, 8 — переднедонная складка брюшины, 9 — мочевой пузырь, 10 — симфиз, 11 — пузырно-маточная складка.

Поперечная фасция более развита в нижних отделах живота, поэтому ее восстановление при выполнении операции имеет большое практическое значение в профилактике послеоперационных грыж [1, 2]. Поскольку волокна поперечной фасции расположены горизонтально с некоторым наклоном книзу в направлении к белой линии живота, более анатомично рассекать фасции по ходу волокон.

При выполнении операции по нашей методике вначале надсекают поперечную фасцию на протяжении 2 см в области средней линии живота, а затем указательными пальцами обеих рук рану расширяют в поперечном направлении вдоль волокон до необходимой величины (рис. 2). Исследования показали, что непосредственно под поперечной фасцией расположены листки пред- и позадипузирной фасций, которые, охватывая мочевой пузырь спереди и сзади, создают для него фасциальный каркас. Латерально фасции сливаются в общий листок, образуя таким образом широкие листки связочного аппарата мочевого пузыря [2, 3].

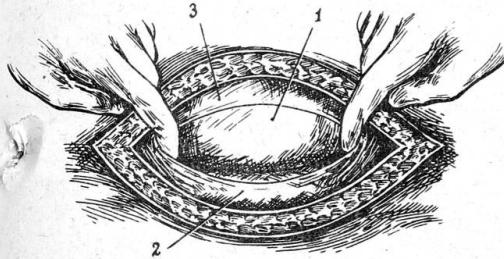


Рис. 2. Вскрытие поперечной фасции. 1 — брюшина, 2 — мочевой пузырь, 3 — поперечная фасция.

Предпузирная фасция, располагаясь спереди от мочевого пузыря, срастается с надкостницей нижнего края симфиза. Позадипузирная фасция, переходя со дна на заднюю стенку мочевого пузыря, сливается с кардинальными связками матки. Между листками пред- и позадипузирной фасций по средней линии над мочевым пузырем расположен соединительно-тканевой тяж (заросший мочевой проток), а по его бокам — питающие сосуды, и только за листком позадипузирной фасции следует брюшина, которая в области перехода с передней брюшной стенкой на дно мочевого пузыря имеет переходной поперечной складкой брюшины. Таким образом, обширная иммобилизация брюшины для создания внебрюшинного доступа к нижнему сегменту матки возможна только после послойного рассечения пред- и позадипузирной фасций. В большинстве случаев это не представляет трудностей, так как между фасциальными листками и брюшиной расположен слой жировой клетчатки. Пред- и позадипузирную

фасции вскрывают в том же направлении, как и поперечную. Необходимости в пересечении соединительно-тканевого тяжа, как правило, не бывает, так как он легко отводится в сторону и обладает достаточной растяжимостью. При наличии хорошо выраженной предбрюшинной клетчатки брюшина довольно легко отслаивается от задней стенки мочевого пузыря. Однако в большинстве случаев тупо отделять ее трудно; в таких ситуациях с целью экстраперитонизации мочевого пузыря более целесообразно выкраивание лоскута брюшины размером примерно 2 × 2 см по краю ее наиболее плотного прикрепления ко дну мочевого пузыря (рис. 3). После этого отделяют полость брю-

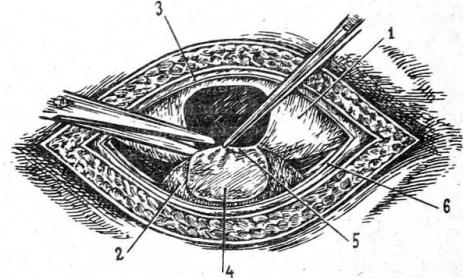


Рис. 3. Выкраивание лоскута брюшины.
1 — брюшина, 2 — мочевой пузырь, 3 — поперечная фасция, 4 — лоскут брюшины на мочевом пузыре, 5 — пузирно-маточная складка, 6 — предпузирная фасция.

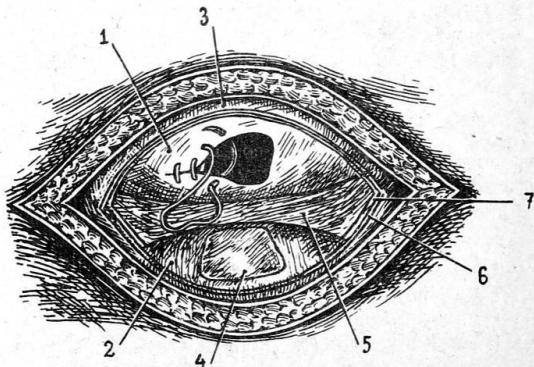


Рис. 4. Изоляция полости брюшины.
1 — брюшина, 2 — мочевой пузырь, 3 — поперечная фасция, 4 — лоскут брюшины на мочевом пузыре, 5 — нижний сегмент матки, 6 — предпузирная фасция, 7 — позадипузирная фасция.

шины (рис. 4). Отделение пузирно-маточной складки достигается относительно легко, так как между окломаточной фасцией и висцеральной брюшиной в нижнем маточном сегменте расположен выраженный слой жировой клетчатки, обуславливающей хорошую подвижность пузирно-маточной складки. Окломаточная фасция в нижнем сегменте также достаточно выражена и отделена от

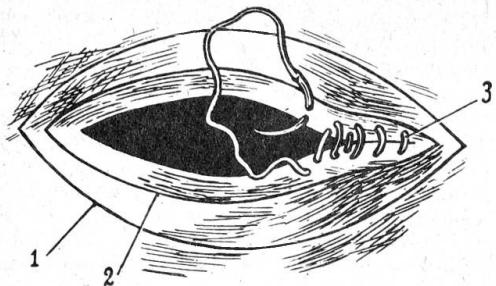


Рис. 5. Первый ряд швов.
1 — окломаточная фасция, 2 — край раны миометрия, 3 — непрерывный мышечно-мышечный шов.

матки слоем окломаточной клетчатки. С учетом защитной роли фасций при ушивании раны матки после наложения первого ряда непрерывного мышечно-мышечного шва (рис. 5) без захвата слизистой эндометрия накладывают второй ряд непрерывных кетгутовых швов с захватом окломаточной фасции, так называемый фасциально-мышечный шов (рис. 6). При ушивании раны послойно целостность фасциальных листков восстанавливается непрерывными кетгутовыми швами.

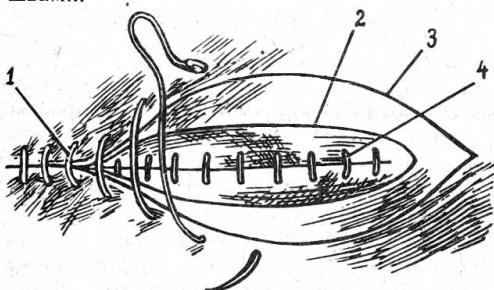


Рис. 6. Второй ряд швов.
1 — фасциально-мышечный шов, 2 — края раны миометрия, 3 — окломаточная фасция, 4 — мышечно-мышечный шов.

УДК 616.89—008.441.33—02 : 616.89

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ КСЕНОБИОТИКАМИ, ОБЛАДАЮЩИМИ ЦЕНТРАЛЬНЫМ ХОЛИНОЛИТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ, У БОЛЬНЫХ ТОКСИКОМАНИЕЙ

H. A. Вагин, С. А. Саркисов, А. С. Чудин, В. В. Грушин

*Отделение острой психосоматических расстройств (руководитель — канд. мед. наук
E. A. Чуркин) Научно-исследовательского института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского,
Москва*

Клиническая симптоматика острых отравлений лекарственными препаратами с центральным холинолитическим действием мало известна практическим врачам. Лекарственная зависимость, обусловленная систе-

Топографоанатомические особенности выполнения кесарева сечения с предварительной изоляцией полости брюшины изучали на свежих женских трупах в бюро судебно-медицинской экспертизы ЧАССР и на кафедре нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией медицинского факультета Чувашского университета имени И. Н. Ульянова. По описанной методике в клинической практике было произведено 130 операций. Хотя больных оперировали при наличии потенциальной или клинически выраженной инфекции (длительный безводный промежуток, хорионамионит и др.), ни у одной из них воспалительных явлений со стороны брюшной полости не было. Обследование пациенток через 6—36 мес после операции показало полную состоятельность послеоперационного рубца: ни у одной женщины признаков опущения стенок мочевого пузыря, недержания мочи и послеоперационных грыж не выявлено.

Таким образом, выполнение кесарева сечения с предварительной изоляцией полости брюшины с учетом топографоанатомических особенностей области хирургического вмешательства, анатомичное выполнение разрезов и восстановление фасций способствуют более благоприятному исходу операций и восстановлению функций организма, предупреждают развитие послеоперационных грыж и несостоятельность швов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бредис А. И., Хвичия Н. В. // Хирургия.— 1961.— № 6.— С. 84.
2. Кованов В. В., Анникова Т. И. // Хирургическая анатомия фасций и клетчаточных пространств человека.— М., Медицина, 1967.
3. Чухриченко Д. П., Люлько А. В., Романенко Н. Т. // Атлас урологических операций// Киев, Вища школа, 1981.
4. Hibbard L. T. // Obstetr. Gynecol.— 1985.— Vol. 28.— P. 697—710.

Поступила 08.04.88.

матическим приемом препаратов, сопровождается толерантностью к ним и утратой контроля за приемом, следствием которых нередко является острое отравление [1—3].

С целью изучения психопатологии при