



мой мышцы живота, к краю внутренней косой и поперечной мышц живота и медиальной половины пупартовой связке. Протез фиксируется не рассасывающимся шовным материалом — полипропиленовой нитью диаметром «0» узловыми швами. В фиксированном протезе без его деформации выкраивают отверстие, соответствующее диаметру семенного канатика над внутренним паховым кольцом. Выводят семенной канатик. Одним-двумя узловыми швами восстанавливается целостность сетки и заканчивается ее фиксация в латеральной половине пупартовой связки. Направленный интенсивный световой пучок позволяет четко визуализировать точки фиксации полипропиленового протеза. Контроль гемостаза, ушивание апоневроза наружной косой мышцы, подкожной жировой клетчатки без дренирования.

Длина разреза кожи у пациентов обеих групп варьировала в зависимости от вида грыжи и выраженности подкожной жировой клетчатки. У пациентов основной группы изначально выполнялся разрез длиной 3 см и при необходимости расширялся до 3,5 см. Использование оригинального ретрактора позволило уменьшить длину кожного разреза при паховом грыжесечении более чем в 2,4 раза (в основной группе длина разреза в среднем 3,4 см, в контрольной — 8,4 см). Средняя продолжительность операции из минидоступа в основной и в контрольной группах была чуть более 45 мин. В ранний послеоперационный период в каждой группе у 2 пациентов

возникли сходные осложнения — серомы в области послеоперационных швов с дальнейшим инфицированием. Пациенты основной группы в первые сутки не получали наркотических анальгетиков. Обезболивание проводилось ненаркотическим анальгетиком кеторолом (2 мл внутримышечно) однократно. Пациенты основной группы были информированы по поводу обезболивания, проводимого самостоятельно в домашних условиях. Они принимали кеторол по одной таблетке два-три раза в день в зависимости от выраженности болевого синдрома; 3 пациента не принимали анальгетики из-за отсутствия болевого синдрома в покое.

Пациенты контрольной группы получали наркотические анальгетики (промедол 1% 1 мл внутримышечно) от двух до трех раз в первые сутки в зависимости от выраженности болевого синдрома. Параллельно вводили ненаркотические анальгетики парентерально. В то же время при оценке интенсивности болевого синдрома с помощью 5-балльной вербальной шкалы в основной группе он был выражен значительно меньше ($p < 0,05$). Сроки временной утраты нетрудоспособности в основной группе составили 17,5 сут, в контрольной — 28,3 сут. Оценка качества жизни, связанная со здоровьем, проводимая перед операцией и через 6 мес после нее, показала отсутствие значимых различий в обеих группах. В сроки наблюдения до 6 лет в обеих группах у оперированных больных рецидивов заболевания не установлено.

© О.И.КОНОВАЛОВ, А.В.СИМОНЕНКО, 2009

УДК 616.147.17-007.64-089

О.И.Коновалов, А.В.Симоненко — Новый способ подслизистой геморроидэктомии.

Актуальность проблемы выбора способа операции по поводу геморроя у пациентов обусловлена, в первую очередь, частотой осложнений в ранний послеоперационный период, а также их наличием в отдаленные сроки.

У 34–41% пациентов после геморроидэктомии возникает выраженный болевой синдром, у 2% — кровотечения, у 15–26% — дизурические расстройства. Гнойно-воспалительные осложнения развиваются у 2% оперированных. Стриктуры анального канала формируются у 2% больных в поздний послеоперационный период, а у 1% выявляется недостаточность анального сфинктера (Савченко Ю.П., 2003).

Частота и выраженность этих расстройств находятся в прямой зависимости от вида выбранной методики геморроидэктомии (Ривкин В.Л. и соавт., 2004). Количество дней нетрудоспособности после геморроидэктомии

составляет в среднем 4 нед. Для снижения числа послеоперационных осложнений после геморроидэктомии нами разработан, внедрен в практику и успешно применяется новый способ подслизистой геморроидэктомии с полным восстановлением слизистой оболочки подслизистыми швами (патент РФ на изобретение № 2004111316/14(012094).

Начинают иссечение с внутреннего узла, расположенного на 3 ч по условному циферблату. Внутренний геморроидальный узел захватывают окончатым зажимом и производят тракцию узла наружу таким образом, чтобы контурировалась ножка узла. Затем выполняют два полуовальных разреза слизистой оболочки по обе стороны от узла, по направлению изнутри наружу.

После этого тупым и острым путем освобождают основание узла от слизистой оболочки, выделяют в подслизистом простран-



стве сосудистую ножку, прошивают ее викарилом и отсекают геморроидальный узел. Одним из свободных концов нити, срезав другой, накладывают непрерывные подслизистые швы, начиная с внутреннего угла раны, погружив отсеченную культю сосудистой ножки в подслизистое пространство. Это дает лучшее соприкосновение краев слизистой оболочки, устойчивый гемостаз и предотвращает инфицирование швов.

Если имеются наружные геморроидальные сплетения, продолжают рассечение кожи дугообразными окаймляющими сходящимися разрезами и выполняют иссечение узлов. Ушивание раны после иссечения наружного узла продолжают выполнять той же нитью, которой ушивали рану после иссечения внутреннего узла. Накладывают непрерывные внутрикожные швы с захватом дна раны таким же образом, как и при восстановлении слизистой оболочки после иссечения внутреннего узла. Затем осуществляют иссечение узлов на 7 и 11 ч. Такая прецизионная техника улучшает заживление кожной раны, ускоряя тем самым сроки выздоровления больных и уменьшая койко-день. В результате

в прямой кишке образуются в радиальном направлении три ушитых раны.

По предлагаемому нами способу прооперировано 198 пациентов с различными формами и стадиями геморроя. У 6 из них в течение суток и у 3 пациентов в течение 2 сут после операции отмечалась рефлекторная задержка мочеиспускания, которая ликвидирована консервативными мероприятиями. У 44 больных отмечался болевой синдром в течение 2–3 сут, что обусловило назначение наркотических анальгетиков. Сроки наблюдения составляют до 6 лет. Осложнений в отдаленный послеоперационный период не отмечено.

Применяемый нами способ позволяет снизить количество осложнений, уменьшить болевой фактор, ускорить заживление послеоперационной раны, сократить срок пребывания пациента в стационаре и расширить область применения вмешательства за счет одновременного иссечения как внутренних так и наружных геморроидальных узлов, а также дает возможность одновременного иссечения более трех геморроидальных узлов, не вызывая сужения анального канала.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК [616-001.29-036.11-06:617.55-001]-092.9

А.Н.Гребенюк, В.В.Бояринцев, В.Г.Золотарь — Экспериментальная модель острой лучевой болезни, отягощенной закрытой травмой живота.

Исследования отечественных ученых, проведенные в 60–80-е годы XX в., позволили сформулировать основные принципы лечения поражений, включающих одновременно лучевые и нелучевые компоненты. Несмотря на это, *комбинированные радиационные поражения* (КРП) продолжают относиться к одной из наиболее сложных проблем военной медицины. Летальность при них остается крайне высокой, что диктует необходимость совершенствования существующих и разработки новых средств и методов лечения данной патологии.

Учитывая, что КРП в настоящее время в клинической практике не встречаются, изучать особенности течения и оценивать методы лечения *острой лучевой болезни* (ОЛБ), отягощенной механическим, огнестрельным или ожоговым поражением (травмой), необходимо в условиях эксперимента. Существующие модели КРП на крупных лабораторных животных трудоемки и требуют больших экономических затрат, а исследования на мелких лабораторных животных не позволяют провести оценку эффективности новых методов хирургического лечения. Целью настоящей работы являлось создание экспериментальной модели КРП на кроликах, позволя-

ющей не только изучать общепатологические особенности лучевого поражения организма, но и оценивать современные методы хирургического лечения.

Эксперименты проводили на беспородных кроликах-самцах массой 2800–3200 г, с равноценным распределением животных по возрасту, размеру и клинко-лабораторным параметрам. Исследования проводились в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации о гуманном отношении к животным (2000), «Рекомендациями комитета по этике, проводящего экспертизу биомедицинских исследований» (ВОЗ, 2000), «Правилами проведения научных исследований с использованием экспериментальных животных» (распоряжение Президиума АН СССР от 02.04.1980 г.) и другими нормативными актами.

Кроликов подвергали острому относительно равномерному рентгеновскому облучению на аппарате РУМ-10 в дозе 3,5 Гр при следующих условиях: напряжение 180 кВ, сила тока 15 мА, фильтр 0,5 мм Cu + 1,0 мм Al, кожно-фокусное расстояние 80 см, мощность дозы 20,4 Р/мин, экспозиция 17 мин 10 с, облучение одностороннее в направлении спина–грудь. При такой величине поглощен-