

В макропрепаратах отмечено незначительное сужение просвета сосуда по сравнению с интактным участком аорты в месте их сшивания. По данным гистологического исследования выявлено образование неointимы и значительное утолщение стенки сосуда в месте анастомоза. По данным иммуногистохимического анализа в месте расположения протеза наблюдали скопление лимфоцитов, отдельные эритроциты.

Несмотря на то, что протез был окружен фиброзно—соединительнотканной капсулой, на его поверхности обнаружено большое количество эритроцитов, лимфоцитов и небольшое количество тромбоцитов. При бактериологическом исследовании участков протезов, сосудистых анастомозов из аортальной позиции и участков прилежащих к ним мягких тканей во всех 15 образцах, взятых у животных контрольной группы, обнаружено большое количество микроорганизмов: в 8 — *E.coli*, в 4 — *Klebsiella spp.*, в 3 — *Proteus spp.* Образцы тканей всех животных основной группы были стерильными.

Выводы

1. Фиброзно—соединительнотканная капсула синтетического протеза в аортальной позиции проницаема для лимфоцитов, воздействие организма на инородное тело продолжается до тех пор, пока на поверхности искусственных материалов остаются центры распознавания.

2. Обработка лефлонином синтетического аортального протеза непосредственно перед его имплантацией защищает протез, анастомоз и окружающие ткани от прогрессирования инфекционного воспаления даже в условиях критической ишемии конечностей, осложненной гнойной инфекцией.

3. Лефлоцин производства компании Юрия—Фарм в дозе 500 мг рекомендуется к применению в виде монотерапии у больных при окклюзии брюшной части аорты и сопутствующей инфекции различного генеза.

ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ГРИЖІ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

С. Г. Четверіков, Ю. В. Єрьомін, В. Ю. Вододюк

Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка)
Одеського національного медичного університету

Лікування післяопераційної грижі черевної стінки є складною проблемою, оскільки при використанні існуючих алопластичних методів досить високою є частота ускладнень та рецидивів захворювання.

Мета роботи: опрацювати програму післяопераційної реабілітації хворих, оперованих з приводу післяопераційної грижі черевної стінки, беручи до уваги наявність синдрому дисплазії сполучної тканини.

Обстежені 112 хворих з післяопераційною грижею черевної стінки. Чоловіків було 38 (33,9%), жінок — 74 (66,1%). Вік пацієнтів у середньому ($56,6 \pm 5,4$) року. Найбільша кількість хворих віком від 41 до 70 років. Фенотипові ознаки синдрому дисплазії сполучної тканини виявлені у 53 (47,3%) хворих. У 14 з них діагноз підтверджений даними імуногістохімічного дослідження вмісту колагенів I та III типу в апоневрозі в зоні грижових воріт. Оперативні втручання виконували після ретельного доопераційного обстеження і відповідного лікування основного та супутніх захворювань.

Використання поліпропіленових алотрансплантатів дозволило провести оперативне лікування післяопераційної грижі черевної стінки з відносно невисокою частотою рецидиву захворювання (4,8%), проте, високою вірогідністю виникнення післяопераційних ускладнень, зокрема, сероми (27,4%), інфільтрату (11,3%), шкірно—протезної, кишкової нориці, кісти черевної стінки (по 3,2%), гранульоми (8,1%). На відчуття стороннього тіла та обмеження рухливості скаржилися 12,9%, на хронічний біль — 14,5% хворих.

Для зменшення частоти післяопераційних ускладнень та покращання результатів алогерніопластики післяопераційної грижі необхідне проведення адекватної комплексної медикаментозної терапії, ефективного дренування ділянки імплантації сітчастого алотрансплантата, застосування абдомінальних биндажів, фізіотерапевтичних методів. Так, обов'язковим компонентом медикаментозної терапії, крім загальноприйнятих методів корекції порушень водно—електролітного балансу, профілактики гнійно—септичних та тромбоемболічних ускладнень, вважаємо призначення препаратів, що поліпшують мікроциркуляцію (пентоксифілін, троксезавин), сприяють зменшенню тяжкості запалення та набряку в ділянці імплантації сітки (серапептаза, лімфоміозот). За наявності синдрому дисплазії сполучної тканини вважаємо за доцільне призначати препарати магнію (магнерот) у терапевтичних дозах протягом 2 — 3 тиж. При появі інфільтратів в зоні алопластики, порушення мікроциркуляції в шкірно—підшкірних клаптях, больового синдрому застосовували фізіотерапевтичні методи впливу, зокрема, магнітотерапію, магнітолазерну терапію, електротерапію з використанням струму низької частоти.

Отже, індивідуальне застосування комбінованої медикаментозної терапії, патогенетично обґрунтованих підходів до ведення хворих після операції, фізіотерапевтичних методів дозволило зменшити частоту ускладнень після алопластики черевної стінки, а при їх появі — швидко усунути ці ускладнення, зменшити тривалість періоду реабілітації хворих, покращити функціональні результати їх лікування.

