

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для замещения дефекта передней брюшной стенки использовалась полипропиленовая сетка (ППС) отечественного производства. Иссечение послеоперационного рубца производили в пределах, обеспечивающих сопоставление краев кожи без натяжения. В 27 (31,3 %) случаях при неврических грыжах производили вскрытие и иссечение грыжевого мешка. В остальных случаях мешок после выделения инвагинировали в брюшную полость без вскрытия. Апоневроз выделяли на протяжении 3–5 см по периметру грыжевых ворот, соответственно выкраивался лоскут сетки с последующей ее фиксацией. Для фиксации во всех случаях использовали полипропиленовую нить с наложением непрерывного и отдельных узловых швов по краю грыжевых ворот. Операцию заканчивали послойным ушиванием раны и дренированием подкожной клетчатки по Редону. Продолжительность операции составила $45,8 \pm 15,3$ мин.

С первых суток послеоперационного периода обеспечивали компрессию зоны операции при помощи эластического бандажа. Наркотическое обезболивание использовали только в течение первых суток. В остальном для обезболивания и уменьшения реакции тканей на ППС назначаем кетонал и его аналоги в течение 2–3 суток. Антибактериаль-

ная терапия в послеоперационном периоде назначается дифференцированно, во всех случаях проводилась антибиотикопрофилактика. Дренажи Редона удаляем при уменьшении дебита отделяемого до 20–30 мл/сутки, обычно на 2–3 сутки послеоперационного периода. На 5–6 сутки производим ультразвуковое исследование области послеоперационного шва. Скопление жидкости в зоне операции лоцируется в виде эхонегативной полосы различной ширины и протяженности. Ширина более 10 мм служит показанием для пункции. В анализируемой группе больных послеоперационный период осложнился серомой у 6 (6,9 %). Во всех случаях применялся пункционный способ ведения. Количество пункций определялось динамикой процесса. У 1 (1,2 %) больного наблюдалось нагноение послеоперационной раны, проводились санирующие перевязки, удаления аллопланта не потребовалось. Средняя продолжительная пребывания в стационаре составила $8,3 \pm 1,7$ суток. В течение 6 месяцев после операции результаты оценены у 46 (53,4 %). Рецидива грыж не выявлено.

ВЫВОДЫ

Применение современных аллопластических материалов позволяет улучшить результаты лечения послеоперационных грыж.

А.Г. Соколов, А.Б. Салмина, А.В. Степаненко, К.Ю. Беляев

ИЗМЕНЕНИЯ ПРОНИЦАЕМОСТИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Красноярская государственная медицинская академия (Красноярск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить изменения проницаемости кишечной стенки при перитоните и ее роль в развитии абдоминального сепсиса.

Проницаемость кишечной стенки оценивалась путем выявления транслокации в кровь из просвета кишечника введенных *per os* меченных радиоизотопом I^{125} фрагментов бактериальной стенки предварительно лизированной культуры *E. coli* с последующим изучением радиоактивности периферической крови. Эксперимент проводился на кроликах массой 2,5–3 кг. Все животные были разделены на 2 группы. В контрольной группе было 4 интактных кролика. В основной группе было 12 животных, у которых создавали модель перитонита путем внутрибрюшинного введения микробной культуры метициллин-резистентного *St. aureus* с микробным числом 10^7 на пептонной воде в количестве 10 мл/животное. Для контроля проницаемости кишечной стенки была использована интактная культура *E. coli* с радиоактивной меткой I^{125} . Маркированный бактериальный агент

вводился животным обеих групп *per os* с пищей ежедневно в течение 7 дней в одно и то же время (12.00). Спустя 3 часа после введения маркера проводился трехкратный забор крови в количестве 1 мл путем пункции подкожных вен ушной раковины с временным интервалом в 60 мин (15.00, 16.00, 17.00). Радиоактивность крови определяли с помощью гамма-счетчика «Наркотест».

У интактных кроликов уровень суммарной радиоактивности в пробах крови не превысил фонового значения (25–47 и 20–30 Бк, соответственно). Проведенные исследования показали, что этот показатель у экспериментальных животных превышал фоновый уровень, начиная со 2–3 суток, возрастая к 7 суткам в среднем в 3,3 раза.

Таким образом, по мере развития модели перитонита проницаемость кишечной стенки для меченных РФП фрагментов микробных тел значительно увеличивается, чем подтверждается существенная роль в развитии абдоминального сепсиса транслокации бактерий из просвета кишечника в кровеносное русло.