

**РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ  
НА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ ВЕНТРАЛЬНІ ГРИЖІ**  
*Столяренко В.С., Зайцев О.М., магістранти; Крісанов В.О., інтерн;*  
*Циліорик В.В., студ. 5-го курсу*  
*Науковий керівник – доц. Кащенко Л.Г.*  
*СумДУ, медичний інститут,*  
*кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології*

Актуальність проблеми хірургічного лікування хворих на післяопераційні вентральні грижі (ПВГ) зумовлена досить великим розповсюдженням захворювання і частим виникненням рецидивів. Особливі труднощі виникають при гігантських і рецидивних ПВГ. Важливим, і, на наш погляд, головним є вибір оптимального пластичного матеріалу для закриття грижового дефекту.

Проведено ретроспективний аналіз лікування 189 пацієнтів з ПВГ, які лікувались у 2 хірургічних відділеннях МКЛ №5 за період 2001-2006 роки. Вік хворих був від 18 до 89 років. Жінок було 158(83,6%), чоловіків – 31(16,4%). У 61(32,3%) хворого ПВГ ускладнилась защемленням.

У термін до 3 місяців після перенесеної операції на органах черевної порожнини ПВГ виникла у 44(23,4%) пацієнтів, до 6 місяців – у 28(14,8%), до 1 року – у 36(18,8%), від 1 до 5 років – у 60(31,6%), від 5 і більше років – у 21(11,4%). У 95 (50,3%) була виявлена супутня патологія (в основному захворювання серцево-судинної і дихальної системи).

Найбільш частими попередніми оперативними втручаннями, що призвели до виникнення ПВГ були холецистектомія (48,7%) та гінекологічні операції (21,8%). Розміри грижових воріт: до 5см у діаметрі відмічені у 57(30,1%) пацієнтів, до 10см – у 80(42,5%), до 15 см – у 27(14,2%), до 20 см – у 22(11,5%), 20см і більше - у 3 хворих. У 122 (65,7%) пацієнтів з невеликими грижовими дефектами виконані рутинні оперативні втручання за Сапєжко, Мейо, Напалковим. 67 хворим з великими і гігантськими ПВГ виконали герніотомію з ауто- і алотрансплантацією. У 35(18,5%) хворих виконана пластика грижових воріт деепітелізованим за Яновим шкірним аутоотрансплантатом за методикою Мешалкіна-Цитовського, у 32(16,9%) - з використанням поліпропіленової сітки.

Рецидивів не спостерігали.

Середній термін перебування у стаціонарі склав  $10 \pm 0,7$  дня.

Післяопераційної летальності не було.

Таким чином, невеликі грижові дефекти передньої черевної стінки можна ліквідувати за допомогою пластики місцевими тканинами за рутинними методиками, середні, великі і гігантські – аутодермальним клаптом чи поліпропіленовим алотрансплантатом.