

**ПРОФІЛАКТИКА СЕРОМ ТА ІНФІЛЬТРАТІВ
ПІСЛЯ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ**
*Кащенко Л.Г. – доцент, Пак В.Я. – доцент, Будко В.В. – студент
СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом онкології*

Використання аутоотрансплантатів для закриття складних грижових дефектів черевної стінки та відсепарування підшкірної клітковини на досить значній площі супроводжується місцевою ексудативною реакцією з утворенням сером та інфільтратів. Це, як відомо, призводить до виникнення рецидивів гриж, оскільки, в результаті прорізання швів і порушення проростання імпланта фіброзною тканиною, він може відірватись. Тому профілактика сером і інфільтратів після герніотомії набуває особливого значення.

Проаналізовані результати хірургічного лікування 74 хворих на післяопераційні вентральні грижі, в яких герніопластика виконана із застосуванням перфорованого аутодермального клаптя. Чоловіків було 14, жінок – 60. Середній вік пацієнтів – 63,3 років. У 18 (24,3%) хворих були рецидивні грижі великих та гігантських розмірів за класифікацією J. Schevrel. У 61 (82,4%) пацієнтів трансплантат був фіксований «on lay», у 8 (10,8%) – «in lay», у 4 (5,4 %) – «sub lay».

З метою профілактики виникнення інфільтратів і сером в обов'язковому порядку дренивали простір між підшкірною клітковиною і аутоотрансплантатом двома полівінілхлоридними трубками через окремі контрапертури. Одразу після операції дренажні трубки під'єднували до модифікованої системи для вакуумування рани. Активну аспірацію проводили протягом перших 4-6 діб. У перші дві доби аспірат був геморагічним, у подальшому – серозним. Тривалість лімфорей залежала від об'єму втручання, площі шкірного трансплантата та його розташування. Найдовше вона тривала при фіксації його «on lay» у пацієнтів з великими та гігантськими грижами. Ускладнень, пов'язаних з дрениванням, не спостерігали, навпаки, дренивання забезпечувало евакуацію ранового вмісту і створювало сприятливі умови для інтеграції аутоотрансплантата в черевну стінку та злипання мобілізованих країв рани. Дренажі видаляли при об'ємі ранового ексудату менше 20,0 мл за добу. Перед видаленням дренажних трубок і в день виписки хворого з стаціонару проводили УЗД ділянки операційної рани. Нагноєння рани та відторгнення аутоотрансплантата не спостерігали.

Для зменшення залишкової порожнини у ділянці рани обов'язково зашивали надапоневеротичний шар клітковини із фіксацією до трансплантату і апоневрозу. У хворих з вираженою підшкірно-жировою клітковиною, останню зашивали в два, а то і в три ряди, проводили еластичну компресію ділянки операційної рани. Призначали антикоагулянтну терапію. Для профілактики виникнення інфільтратів усім хворим у післяопераційному періоді призначали Наклофен по 3,0 внутрішньом'язево протягом 3-5 діб, у комплекс лікування антибіотики не входили.

Таким чином, адекватне ушивання рани, активна аспірація ранового ексудату, еластична компресія ділянки рани в післяопераційному періоді, призначення нестероїдних протизапальних препаратів дає змогу запобігти виникненню сером та інфільтратів після герніопластики аутодермальним клаптем у хворих на післяопераційні вентральні грижі.