

**АУТОДЕРМАЛЬНА ПЛАСТИКА
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ**

Столяренко В.С., Зайцев О.М., магістранти,

Цилюрик В.В. студ., 5-го курсу

Науковий керівник – доц. Кащенко Л.Г.

СумДУ, медичний інститут,

кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Проблема лікування хворих на післяопераційну вентральну грижу (ПВГ) є досить актуальною і практично значимою, оскільки зі збільшенням в останні роки оперативних втручань на органах черевної порожнини та малого тазу, збільшується і кількість (ПВГ).

Незважаючи на велику різноманітність відпрацьованих методів герніопластики, що є в арсеналі хірурга, частота рецидивів залишається досить високою і досягає 50% і більше. Особливої уваги заслуговують хворі на грижі великих і гігантських розмірів та рецидивні ПВГ так як, після кожного оперативного втручання значно зменшуються можливості надійного закриття грижового дефекту. Перспективним напрямком у лікуванні ПВГ, на наш погляд, є аутодермальна пластика (АДП).

Нами проаналізовано результати хірургічного лікування 33 хворих на ПВГ віком від 30 до 89 років. Чоловіків було 7 (21,2%), жінок – 26 (78,8%). Більшість (81,8%) склали ПВГ з середньою локалізацією грижового дефекту. У перші 3 місяці (ранні вентральні грижі) після перенесеного оперативного втручання ПВГ виникли у 8 (24,2%) пацієнтів, до 1 року – у 11 (33,4%), до 5 років – у 10 (33,3%), пізніше 5 років – у 4 (12,1%) пацієнтів. По найбільшому розміру грижового випинання ПВГ розподілено на малі (до 5 см) – у 4 (12,1%), середні (6-15 см) – у 19 (57,6%), великі (15-25 см) – у 6 (18,1%), гігантські (більше 25 см) – у 4 (12,1%). Важливим моментом при виконанні аутодермальної герніопластики є деепітелізація шкірного клаптя. Ми використовуємо методику односторонньої термічної обробки трансплантата. Після викройки з ділянки операційного поля необхідного для трансплантації шкірного клаптя разом з підшкірною клітковиною (остання не повинна бути товщиною менше 1 см), обробляємо окропом тільки одну сторону при температурі 95°C з експозицією 5 сек. Після видалення епідермісу, ауто трансплантат зберігаємо у фізіологічному розчині натрію хлориду до моменту виконання пластики. Перед використанням шкірний трансплантат перфорували. Герніопластику виконували за методикою Мешалкіна-Цитовського. Краї грижових воріт зашивали поліспасними швами, попередньо мобілізувавши від підшкірної клітковини на 5-6 см по периметру. Ускладнень не відмічали. Середній ліжко-день склав 10±1,6. Післяопераційної летальності не було.

Таким чином, аутодермальна пластика є надійним і дешевим методом закриття грижових дефектів у хворих на ПВГ середніх, великих та гігантських розмірів.