

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ЗБІРНИК ТЕЗ**  
**міжвузівської конференції молодих вчених**  
**та студентів**  
**МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ**

(Харків - 20 січня 2016 р.)

Харків - 2016

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 19 січня 2016 р.)  
Харків, 2016. – 518 с.*

***За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО***

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено вченою радою ХНМУ  
Протокол № 12 від 17 грудня 2015 р.

пригнічує функцію кровообігу та забезпечує адекватний захист від хірургічного стресу, що доведено менш суттєвими змінами з боку стрес-реалізуючої системи та корелює з відповідними змінами рівнів кортизолу та глікемії.

**Митрофанюк В. А., Антонова М.С.**  
**АЛОПЛАСТИКА ВЕНТРАЛЬНИХ КИЛ**  
**Харківський національний медичний університет**  
**Кафедра хірургії №2, Харків, Україна**

Актуальність даної теми обумовлена тим, що на сьогоднішній день 3-7% населення Землі страждає вентральними килами, на герніопластики припадає до 25% усіх операцій. В Україні за рік виконується біля 50 000 операцій з приводу кил.

Мета роботи – визначити ступінь виникнення післяопераційних ускладнень та рецидивів кил у хворих, прооперованих за різною методою.

Необхідність застосування алопластики зумовлена дистрофічними змінами в області гризових воріт і підвищенням внутрішньочеревного тиску під час пластики місцевими тканинами. Частота рецидивів захворювання після пахової герніотомії з застосуванням аутопластики в стаціонарах загальнохірургічного профілю досягає 10,0-37,0%. Використання алопластики знижує показники до 5–10 %.

Після виконання алопластики в 20,9–49,2 % випадків можливий розвиток різних специфічних ускладнень з боку рани, таких як тривала ексудація з рани, серома (11,4%), гематома (5,3%), крайовий некроз шкіри (1,6%), нагноєння (3,5%), нориці між шкірою та трансплантантом, гранулеми та інше. Виникнення цих ускладнень в основному залежить від ступеня травматичності та тривалості операції, варіанту розміщення ендопротезу в рані (sublay, inlay, onlay), якості алопластичного матеріалу.

Необхідно пам'ятати, що при килах невеликого та середнього розміру показані лапароскопічні операції. Використання лапароскопічної методики (ТАРР при пахових килах та ІРОМ при вентральних килах) дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень та тривалість післяопераційної реабілітації, також серед її переваг є одномоментне закриття усіх слабких місць черевної стінки, можливість оглянути черевну порожнину. Ця методика має свої недоліки: необхідність загальної анестезії, розвиток післяопераційних гематом, напружений карбоперітонеум, кошовність розхідного матеріалу та оснащення. Кількість рецидивів після лапароскопічної герніоалопластики складає від 0,6 до 3%.

Матеріали та методи. У хірургічному відділенні №1 КЗОЗ «ОКЛ ЦЕМД та МК» м.Харкова було прооперовано 17 хворих на кили лапароскопічним методом, з них 4 хворих за методом ІРОМ та 13 хворих за методом ТАРР. У післяопераційному періоді у одного хворого було виявлено післяопераційну гематому в області ендопротезу (хворий після ТАРР). За період від 19 до 27 місяців даних за рецидив кили у цій групі хворих виявлено не було.

Висновки: для лікування хворих з наявністю невеликих та рецидивних кил виконання лапароскопічної алопластики є найбільш доцільною методою, хоч і має свої недоліки.