

Винахід стосується хірургічного лікування післяопераційних і рецидивних вентральних гриж і може бути використаний для доопераційної діагностики хронічного запалення в рубцях, прогнозування можливих наслідків та їх усунення.

Встановлено, що до прогностично значущих несприятливих факторів по розвитку гнійно-септичних ускладнень у післяопераційному періоді належить наявність збудника інфекції в ділянці грижових воріт.

Відомий спосіб передопераційної підготовки, який полягає в ультразвуковому дослідженні стану тканин в окрузі грижового дефекту на наявність осередків хронічного запалення або «дрімаючої інфекції». Констатація наявності інфекції здійснюється візуально, по характерній картині на екрані. По виявленні наявності осередку інфекції його видаляють інтраопераційно висіченням (див. Жебровский В.В., Мохамед Том Эльбашир «Хирургия грыж живота и эвентраций». - Симферополь, 2002р., с. 109-110).

Згаданий спосіб дозволяє заздалегідь виявляти можливість післяопераційних гнійно-септичних ускладнень, місця їх локалізації і в ході операції усувати. Але цей спосіб профілактики висіченням осередку надто травматичний і сам по собі здатний на утворення ускладнень. Слід також зазначити, що в процесі діагностики не ідентифікується збудник інфекції і тому вплив на осередок здійснюється без урахування чутливості збудника до антибактеріального препарату, що веде до неадекватного впливу на нього.

Відомий також спосіб передопераційної підготовки, який полягає у інтраопераційному висіченні рубцово зміненої тканини грижового дефекту, морфологічному і бактеріологічному дослідженні біоптату і антибактеріальній терапії у післяопераційному періоді (Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки - М.: Медицина, 1990. - с.204).

До недоліків згаданого способу поперед всього слід віднести запізнювання результатів у часі, оскільки узяття матеріалу для дослідження провадиться інтраопераційно, а морфологічне і бактеріологічне дослідження внаслідок тривалості проведення (засів на поживних середовищах) - у післяопераційному періоді. Отже, в процесі операції хірург не має даних дослідження і не може відповідно коригувати свої дії.

Що стосується висічення осередку запалення, то воно провадиться на ділянці, яку вибирають під візуальним контролем. Це не дозволяє, по-перше, виявити процеси, які відбуваються у більш глибоких шарах черевної стінки і, по-друге, залишає можливість невиявлення інших збудників у інших осередках, тобто відображується на вірогідності результату.

Також у процесі висічення осередку здійснюється інфікування операційної рани, що збільшує імовірність ускладнень і відображується на результаті герніопластики.

Найбільш близьким до винаходу по суті і результату, що досягається, є спосіб передопераційної підготовки, що його описано у книзі Жебровського В.В. і Мохамеда Тома Эльбашира «Хирургия грыж живота и эвентраций» (Симферополь, 2002р., с. 49).

Він полягає у комп'ютерному термодіагностичному дослідженні стану тканин в окрузі грижового дефекту на наявність осередків хронічного запалення або «дрімаючої інфекції», антибактеріальної терапії у передопераційному періоді і наступній герніопластичі. Констатування наявності інфекції здійснюється по патологічній гіпертермії у ділянці грижі і тканин, які її оточують. При наявності патологічної гіпертермії оцінюють ступень виявлення запального процесу по градієнту температур у симетричних точках країв грижових воріт.

За допомогою цього методу можна установити наявність запального процесу і ступень його вираженості, що є показанням для антибактеріальної терапії, а також точну локалізацію осередку гіпертермії (при цьому до уваги береться інтегральний показник - гіпертермія). Виявляють форму осередку, розміри, площу, структуру і чіткість контурів. Ці дані дозволяють заздалегідь розробити стратегію наступного оперативного втручання. Але згаданий спосіб не дає інформації про характер збудника інфекції. Отже, невисока точність діагностики, немає можливості індивідуалізації передопераційної підготовки. Терапія не завжди ефективна, т.я. її результат у значній мірі залежить від точності діагностики і спрямованої дії на збудник.

До того ж слід зазначити, що в процесі діагностики використовується коштовне устаткування, яке не всюди є (комплекс «SIT-INFRA-II»).

У основу винаходу поставлене завдання створення удосконаленого способу, у якому індивідуалізація передопераційної підготовки забезпечується верифікацією збудника і за рахунок цього можливістю адекватного впливу на нього, що дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі передопераційної підготовки, який включає дослідження стану тканин у ділянці грижового дефекту на наявність осередків хронічного запалення або «дрімаючої інфекції», антибактеріальну терапію і наступну герніопластику, згідно з винаходом патологічні зміни тканин виявляють за допомогою ультразвукового дослідження, при виявленні осередку запалення здійснюють його пунктування під контролем ультразвуку, проводять морфологічне і бактеріологічне дослідження біоптату, антибактеріальну терапію здійснюють препаратом, до якого чутливий виявлений збудник інфекції, а метод герніопластики вибирають патогенетично обгрунтований.

Проведення передбачених способом нових операцій (УЗД, пунктування ділянки запалено зміненої тканини під контролем ультразвуку, морфологічне і бактеріологічне дослідження біоптату, спрямована антибактеріальна терапія) та їх послідовність у сукупності дозволяють забезпечити якісно нові характеристики процесу передопераційної підготовки як з боку запобігання післяопераційних ускладнень, так і з боку можливості вибору оптимальної стратегії наступної операції. При цьому враховується чутливість виявлених патогенних мікроорганізмів до антибактеріальних засобів і використовується патогенетично обгрунтований метод герніопластики. Наявність УЗД у переліку операцій способу дозволяє виявляти об'ємні запальні процеси, які протікають поза прямою видимістю.

Заявнику невідомі приклади комплексного використання даних ознак. У винаході використання операцій способу, які, приймають участь у сумісній дії, дозволяє не тільки здійснити діагностику осередку інфекції, але і обрати оптимальну стратегію боротьби з ним як у передопераційному періоді, так і інтраопераційно. При цьому їх комплексне застосування дозволяє виключити зайві витрати коштів і зусиль при використанні неадекватної хірургічної тактики і препаратів широкого антибактеріального спектру.

Докладний опис даного способу суміщено з прикладом його конкретного виконання. Спосіб може бути реалізований наступним чином. У передопераційному періоді здійснюють ультразвукову діагностику

осередку запалення, тобто виявляють його наявність, локалізацію, форму та інш. по характерній ехоскопічній картині на екрані. Потім під контролем ультразвуку проводять лікувально-діагностичну товсто- або тонкоголкову пункцію виявлених осередків запалення, а саме: не виводячи пацієнта з-під УЗ-апарату, товстою пункційною голкою беруть з осередку тканину на подальше дослідження. Проводять звичайним чином морфологічне і бактеріологічне дослідження отриманого матеріалу тканин. При цьому визначається характер збудника, або збудників інфекції і призначаються спрямовані на протидію їм антибактеріальні препарати. Тактику наступної операції визначають з урахуванням отриманих попередніх даних.

Використання розробленого способу передопераційної підготовки, тобто алгоритму проведення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, дозволяє обрати оптимальну індивідуалізовану тактику ведення даної категорії хворих і покращити результати їх лікування. Зменшується кількість післяопераційних гнійно-септичних ускладнень за рахунок ліквідування осередків запалення ще у передопераційному періоді адекватною антибактеріальною терапією, а також мінімальної травматизації у час оперативного втручання. Термін лікування зменшується з приблизно 2,5-3-х місяців при ускладненій рані до 2-х тижнів.