

Корисна модель стосується оперативного лікування хворих з закритими абдомінальними травмами і може бути використана для інтраопераційної верифікації трубчастих органів, наприклад сечоводів, та порушення їх цілісності, попередження ятрогенних пошкоджень.

Встановлено, що прогностичне несприятливим фактором інтраопераційного пошкодження сечовода є порушення нормальних анатомічних співвідношень між органами і судинами черевної порожнини та заочеревинного простору, які виникають внаслідок заочеревинних крововиливів при закритих травмах живота.

Відомий спосіб профілактики пошкоджень сечовивідних шляхів, якій включає виконання доопераційної екскреторної пієлоцистографії. Виявлення порушень розташування сечоводів та сечового міхура діагностується за допомогою рентгенологічного апарату [див. Романенко А.Е. «Закрытые повреждения живота», Киев «Здоровье», 1985г., с.101-102].

Вказаний процес дозволяє виявити зміщення сечоводів, асиметрію сечового міхура. Але діагностика виконується до операції і, таким чином, не дозволяє візуалізувати вказані анатомічні структури інтраопераційно, а його виконання не завжди можливо у зв'язку з необхідністю термінового оперативного втручання або з причини важкості стану пацієнта.

Відомий також процес профілактики пошкодження трубчастих органів, що включає інтраопераційну інтубацію стравоходу, аспірацію секреторної рідини та декомпресію під час наркозу при оперативних втручаннях на різних внутрішніх органах.

Цей процес дозволяє візуалізувати деякі відділи стравоходу під час операцій із приводу різних його захворювань: дивертикули, пухлини [див. Шалимов А.А., С.Н. Мамыкин, Ю.А. Диброва «Дивертикулы пищеварительного тракта», Киев «Наукова думка», 1985г., с.36-37].

Він є найбільш близьким до корисної моделі по суті способом, однак до його недоліків варто віднести те, що незавжди вдається візуалізувати стравохід в цілому і визначити точно локалізацію захворювання, невідповідність діаметра стравоходу й зонда. Також, необхідно відзначити, що при наявності патологічних процесів в стінці стравоходу високим є ризик його ушкодження (перфорації), що не дозволяє у достатній мірі маніпулювати зондом в отворі стравоходу.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення вдосконаленого процесу, що дозволяє інтраопераційно візуалізувати сечовід і можливе його ушкодження, попередити ятрогенне ушкодження в умовах порушення нормального анатомічного співвідношення органів при заочеревинних гематомах, які виникають внаслідок закритої травми живота.

Поставлене завдання вирішується тим, що в процесі профілактики пошкодження трубчастих органів, який включає інтубацію органу, згідно з корисною моделлю, проводять інтубацію сечоводу з боку заочеревинної гематоми трансуретральнo, здійснюють інтраопераційну візуалізацію сечоводу та виявляють його ушкодження.

Виконання зазначених заходів дозволяє скоротити час ревізії зони заочеревинної гематоми, яка ускладнюється верифікацією сечоводу, тим самим прискорюється діагностика джерела крововиливу й процес зупинки кровотечі, що найчастіше надає загрозу життю. При цьому попереджається ятрогенне інтраопераційне пошкодження сечоводу, а у разі порушення його цілісності в результаті отриманої травми - здійснюється діагностика цього стану.

Заявнику невідомо про використання вищевказаних комплексних заходів в умовах закритої абдомінальної травми.

У подальшому викладенні корисна модель описується у деталях, які наведені для даного конкретного прикладу.

Клінічний приклад.

Хворий доставлений в клініку машиною швидкої допомоги з клінічними проявами гострої внутрішньочеревної кровотечі внаслідок отриманої травми у дорожньотранспортній пригоді. Після проведення лапароскопічного дослідження виявлена геморагічна рідина в черевній порожнині. Виконана лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, встановлено, що крововилив в черевну порожнину спричинений порушенням цілісності паренхіми печінки, а також виявлена заочеревина гематома зправа. Проведено інтубацію правого сечовода, який не візуалізувався і був зміщений гематомою латеральне, здійснено ревізію зони гематоми в наслідок якої діагностовано джерело кровотечі, яким була здухвинна вена - здійснено гемостатичні заходи. Хворий виписаний із клініки через вісім діб з одужанням.

Застосування розробленого способу інтраопераційної візуалізації сечоводу дозволяє обирати оптимальну індивідуалізовану тактику у хворих із закритими травмами живота й поліпшити результати хірургічного лікування - знизити летальність за рахунок скорочення часу операції, збільшити рівень діагностики порушень цілісності сечоводів, зменшити кількість інтраопераційних пошкоджень сечоводів.