

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до урології і може бути використана для лікування міхурово-сечовідного рефлюксу, який обумовлений як вродженою недостатністю замикального апарату сечовідних отворів, так і набутими порушеннями міхурово-уретрального сегменту.

Відомий спосіб лікування міхурово-сечовідного рефлюксу шляхом виконання черезміхурових реконструктивних антирефлюксних операцій по реімплантації сечоводів [Хинман Ф. Оперативная урология. - М.: «ГОЭТАР - МЕД». - 2001. - 1191с].

Недоліком відомого способу є те, що для проведення реімплантації сечоводів потрібно розкриття сечового міхура та висічення сечоводів разом з вічками із звичного анатомічного місця розташування. Окрім можливих гнійно-септичних ускладнень оперативного втручання, порушується іннервація сечового міхура та сечоводів внаслідок пересічення нервових шляхів. Наведені недоліки не дозволяють широко застосовувати черезміхурові реконструктивні антирефлюксні операції для лікування міхурово-сечовідного рефлюксу.

В основу корисної моделі «Спосіб цистопластики при міхурово-сечовідному рефлюксі» поставлене завдання шляхом утворення парних серозно-м'язових дуплікатур сечового міхура створити сфінктерний антирефлюксний апарат.

Поставлене завдання досягається способом, який полягає в тому, що виконують нижньо-серединну лапаротомію та виділяють в операційну рану міхурові-уретральний сегмент на боці ураження, далі в безпосередній близькості від сечоводу з обох його боків накладанням 3-4 серозно-м'язових швів формують зустрічні серозно-м'язові дуплікатури сечового міхура, які обхоплюють щільно з обох боків сечовід, і вісь яких співпадає з віссю вічка сечоводу.

Спосіб здійснюється таким чином. Виконують нижньо-серединну лапаротомію та виділяють в операційну рану міхурово-уретральний сегмент на боці ураження. Не порушуючи цілісності адвентиції сечового міхура знизу та зверху, в безпосередній близькості від сечоводу формують дуплікатуру шляхом накладання 3-4 серозно-м'язових швів, в залежності від діаметра сечоводу, таким чином, щоб сечовід був розташований посередині створеної дуплікатури, інтимно до неї прилягаючи. З іншого боку сечоводу, паралельно першій, формують другу серозно-м'язову дуплікатуру. Після закінчення формування двох зустрічних серозно-м'язових дуплікатур сечового міхура, сечовід повинен охоплюватись ними щільно з обох боків. Вісь сформованих зустрічних дуплікатур повинна співпадати з віссю вічка сечоводу. Після виконання цистопластики з моделюванням антирефлюксного механізму операційна рана пошарово зашивається без будь-яких дренажних систем (Фіг.1).

Приклад. Собаці, масою тіла 6кг, віком 1 рік після дотримання карантинних заходів в умовах віварію, під тіопенталовим наркозом виконана нижньо-серединна лапаротомія. В рану виділений міхурово-уретральний сегмент на боці ураження. В безпосередній близькості від лівого сечоводу сформована дуплікатура сечового міхура шляхом накладання 4 серозно-м'язових швів знизу та зверху від сечоводу. Напроти, паралельно першій, аналогічним чином сформована друга серозно-м'язова дуплікатура. Сечовід тварини в ділянці міхурово-уретрального сегменту щільно обхоплений двома дуплікатами, вісь яких співпадає з віссю вічка сечоводу. Операційна рана пошарово ушита.

При контрольній цистоскопії через 1 місяць після цистопластики міхурово-сечовідний рефлюкс відсутній.

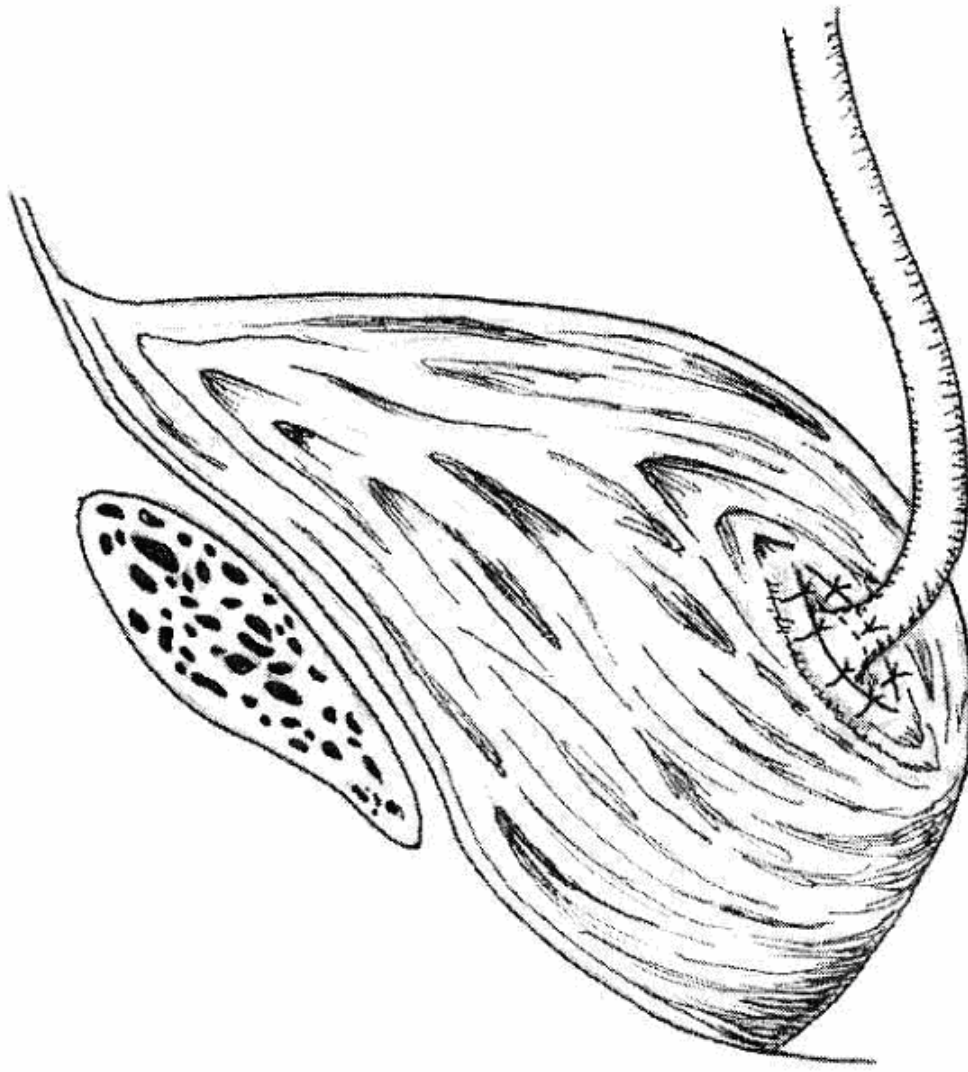


Fig.