

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до урології і може бути використана для створення міхурово-сечовідного рефлюксу в експерименті.

Відомий спосіб моделювання міхурово-сечовідного рефлюкса шляхом виконання лапароскопічної денервації сечоводу в ділянці міхурово-сечовідного сегменту [Albala D.M., Vancaillie T.G., Scuessler W.W. Laparoscopic Urologic Surgery// Eds. L.G. Gomella - N.Y.: Raben Press, 1994. - 345p.].

Недоліком відомого способу є те, що отримані результати не завжди дозволяють чітко верифікувати процес, що моделюють. Крім того, такий механізм утворення міхурово-сечовідного рефлюкса не відповідає сучасним поглядам на етіологію патологічного процесу. Наведені недоліки не дозволяють чітко відтворювати міхурово-сечовідний рефлюкс, внаслідок чого унеможлиблюється пошук нових методів лікування патології.

В основу корисної моделі «Спосіб моделювання міхурово-сечовідного рефлюкса» поставлене завдання шляхом створення інтраопераційної дилатації сечоводу в ділянці міхурово-сечовідного сегменту в якості анатомо-фізіологічної передумови виникнення міхурово-сечовідного рефлюкса відтворити природню патологію.

Поставлене завдання досягається способом, який полягає в тому, що інтраопераційно проводять поздовжнє розсічення серозного та м'язових шарів сечоводу по передній та задній поверхнях довжиною 3см в ділянці міхурово-сечовідного сегменту з подальшим ушиванням утворених дефектів в поперечному напрямку.

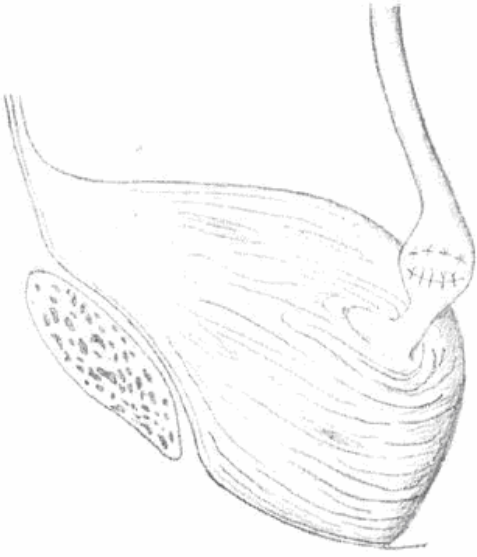
Спосіб здійснюється таким чином. Виконують нижньо-серединну лапаротомію та виділяють в операційну рану міхурово-уретральний сегмент. На виділеному сечоводі в безпосередній близькості від сечового міхура по передній та задній поверхнях виконують поздовжнє розсічення його серозного та м'язових шарів на протязі 3см (Фіг.1). Обидва утворених дефекти ушивають прецизійним швом в поперечному напрямку (Фіг.2). Після виконання оперативного моделювання міхурово-сечовідного рефлюкса операційну рану пошарово зашивають.

Приклад. Собаці, масою тіла 7кг, віком 2-х років після дотримання карантинних заходів в умовах віварію під тіопенталовим наркозом виконана нижньо-серединна лапаротомія. В рану виділений міхурово-уретральний сегмент. В безпосередній близькості від стінки сечового міхура по передній та задній поверхнях сечоводу виконано поздовжнє розсічення його серозного та м'язових шарів на протязі 3см. Обидва утворених дефекти ушиті по черзі прецизійним швом в поперечному напрямку з утворенням штучно дилатованого відділу сечоводу. Операційна рана пошарово ушита.

При контрольній цистоскопії через 1 місяць після моделювання патологічного процесу визначаються чіткі дані за міхурово-сечовідний рефлюкс.



Фіг. 1



Фиг. 2