

**Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Студентське наукове товариство**

**МАТЕРІАЛИ
V МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ТА
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
«МОЛОДЬ ТА МЕДИЦИНА
МАЙБУТНЬОГО»**

**Вінниця
2008**

О.О. Фомін

Хірургічна корекція експериментального міхурово-сечоводного рефлюксу

(науковий керівник - д.м.н., проф. Я.Л. Заруцький)

Медична академія збройних сил України

м. Київ, Україна

Частим порушенням уродинаміки при захворювання сечових органів є зворотний потік сечі — рефлюкс. При значному та раптовому підвищенні внутрішньомискового тиску, а також при патологічно зміненому форнікальному апараті виникають мисково-ниркові рефлюкси — зворотне затікання вмісту ниркової миски в паренхіму нирки з наступним просиченням його у венозну та лімфатичну мережі судин, міхурово-сечоводний рефлюкс з відповідним порушенням уродинаміки, тиску сечі, та виникненням запальних процесів у всіх ланках сечовидільної системи. Хірургічна корекція цієї патології, за даними Лопаткіна (1990), Яцика (1990), Возіанова (1992), на жаль, у 30-40% випадків не дає бажаного результату, тому метою нашої роботи було розробити ефективний метод хірургічної корекції міхурово-сечоводного рефлюксу на основі анатомічної оцінки стану міхурово-сечоводного сегменту в експерименті.

Матеріалом для нашого дослідження слугували 5 безпородних собак обох статей вагою 14-20 кг, які пройшли стандартну процедуру утримання у віварії і були завчасно нами прооперовані з метою створення експериментальної моделі міхурово-сечоводного рефлюкса. З моменту першого оперативного втручання пройшов місяць, що вважається достатнім для отримання зрілох сполучної тканини у ділянці шва. Для відтворення нормального діаметру сечоводу виконувалась цистоластика. Не порушуючи цілісності адвентиції сечового міхура знизу та зверху, в безпосередній близькості від сечоводу формували дуплікатору його стінки (серозно-м'язових оболонок) 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, формували другу серозно-м'язову дуплікатору стінки сечового міхура.

Після закінчення формування двох зустрічних серозно-м'язових дуплікатур сечового міхура, сечовід повинен охоплюватись ними щільно з обох боків. Вісь сформованих зустрічних дуплікатор повинна співпадати з віссю вічка сечоводу. Дані про направленість вісі вічка сечоводу отримували при виконанні попередньої цистоскопії. Після виконання цистоластики з моделюванням антирефлюксного механізму операційна рана пошарово зашивалась без будь-яких дренажних систем.