

Корисна модель належить до медицини, а саме - до онкології, урології, гінекології, і може бути використана при захворюванні на рак сечового міхура, а також при наявності міхурно-піхвових норичь.

Відомі способи формування штучного сечового міхура і сечоприйомників, наприклад, з різних відділів кишки.

Відомий спосіб [Коган В.И., Перепечай В.А. Современная диагностика и хирургия рака мочевого пузыря. - Ростов на Дону, - 2002. - С. 200-202]. Згідно з яким штучний сечовий міхур формують з тонкої кишки, для чого мобілізують 30-40см клубової кишки, протибрижовий край її розсікають, утворюють резервуар, який анастомозують з уретрою і в якій пересаджують сечоводи. Спосіб функціонально вигідний і широко застосовується у світовій практиці. Однак здійснювати пасаж сечі через уретру (розповсюдження на неї пухлини, деструкція її) виконання цієї операції нездійсненно.

У цих випадках операцією вибору є операція Брикера [Ф. Хинман. Оперативная урология. - 2001. - Москва. - ГЭОТАР - Мед. - с. 798-802], яка полягає у використанні ілеоцекального відділу кишки для формування сечоприйомника. Спосіб обраний за прототип. Згідно зі способом-прототипом, мобілізують сліпу кишку і 20-25см клубової кишки зі збереженням живильних судин, у межах мобілізації тонку і товсту кишку пересікають, накладають тонко-товстокишковий анастомоз. У сліпу кишку пересаджують сечоводи, куксу її ушивають. Клубову кишку виводять на передню черевну стінку, підшиваючи край кишки до шкіри. Далі періодично катетеризують сліпу кишку через куксу клубової кишки. Спосіб у деяких випадках дозволяє уникати підтікання сечі через клубову кишку. Однак баугінієва заслінка, яка попереджує ретроградне поступання калових мас з товстої кишки в тонку, у багатьох хворих виявляється неспроможною для сечі, яка скупчується у товсто-кишковому резервуарі. При цьому відбувається підтікання сечі на передню черевну стінку. Таким чином, основним недоліком способу-прототипу є можливість підтікання сечі з тонко-кишкової стоми на передню черевну стінку, що завдає серйозних незручностей хворому.

Корисна модель вирішує задачу попередження підтікання сечі з тонко-кишкової стоми при сформованому ілеоцекальному сечоприйомнику.

Поставлена задача вирішується тим, що ділянку клубової кишки, довжиною 5-7см, з брижою виводять через контрапертуру на передню черевну стінку, після чого біля її основи викроюють шкірно-підшкірний клапот, довжиною 8-10см, потім брижовий край кишки фіксують до підшкірної клітковини утвореного шкірно-підшкірного клаптя, при цьому, після приживлення зіставлених країв, додатково накладають тиснучий пояс на зону стоми, який носять постійно.

Новим у заявленому пристрої є те, що в операції щодо використання ілеоцекальної ділянки для формування сечоприйомника, ділянку клубової кишки на брижі виводять на передню черевну стінку, формують тонко-кишковий шкірний клапан, який після притиснення до передньої черевної стінки попереджує підтікання сечі.

Спосіб здійснюють таким чином.

Виконують середньо-нижньосерединну лапаротомію, мобілізують 20-25см клубової кишки зі збереженням судинних аркад, клубово-ободової артерії. Мобілізують також 15-20см сліпої кишки зі збереженням крайової судини. У межах мобілізації тонку і товсту кишку пересікають. Безперервність кишкового зв'язку відновлюють тонко-товстокишковим анастомозом. Вікно у брижі вшивають. Лівий сечовід проводять через брижу сигмовидної кишки й обидва сечоводи пересаджують у куксу сліпої кишки. Виконують апендектомію. Пересічену ділянку сліпої кишки вшивають. Пересічену ділянку клубової кишки на брижі виводять через контрапертуру на передню черевну стінку так, щоб 5-7см кишки піднімалися над рівнем шкіри. Біля основи виведеної кишки викроюють шкірно-підшкірний клапот язикоподібної форми, розмірами за довжиною 5-7 і 4-5см за шириною. Брижу тонкої кишки підшивають до підшкірної клітковини утвореного шкірно-підшкірного клаптя. Через 12-15 днів після загоєння післяопераційної рани хворі носять жорсткий тиснучий пояс, який притискає шкірно-кишковий клапан до передньої черевної стінки. При з'явленні відчуття тяжкості і розпирання у зоні сліпої кишки хворі знімають пояс і самостійно пластиковим катетером катетеризують сечоприйомник, спорожняючи його, після чого знову одягають тиснучий пояс.

Приклади виконання способу.

Хвора N., 1965 р. н. У п'ятирічному віці у хворої була діагностована саркома матки. Після чого їй виконали екстирпацію матки зі збереженням яєчників. У післяопераційному віці хвора одержала курс променевої терапії. Через 4 роки був діагностований рецидив. Одержала другий курс променевої терапії. Через 30 років у 2006 році у хворої розвинулись пізні постпроменеві ускладнення з формуванням міхурно-піхвової і кишково-піхвової норичь. Даних за продовження пухлинного процесу немає. На першому етапі була закрита кишково-піхвова норичья. На другому етапі через те, що уретра була також зруйнована, була виконана операція щодо створення ілеоцекального сечоприйомника з формуванням шкірно-тонкокишкового клапана за заявленим способом.

На сьогоднішній час стан задовільний, виділень з піхви немає. Підтікання сечі з сечоприйомника відсутнє. Ємкість сформованого сечоприйомника 300-400мл.

За заявленим способом виконано 4 операції. У жодному з випадків підтікання сечі не зафіксовано, у той час, як у більшості хворих після операції Брикера (спосіб-прототип) у тій чи іншій мірі відзначали підтікання сечі.