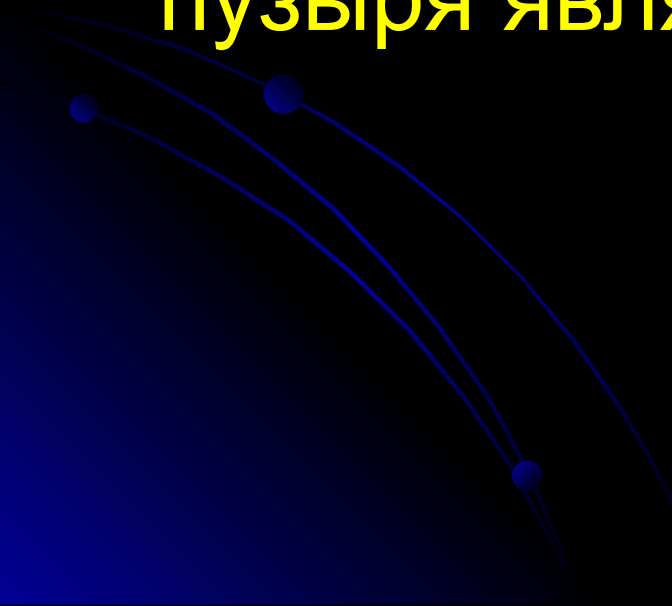


Кишечная пластика мочевого пузыря после цистэктомии, выполненной по поводу рака и его морфо-функциональные последствия

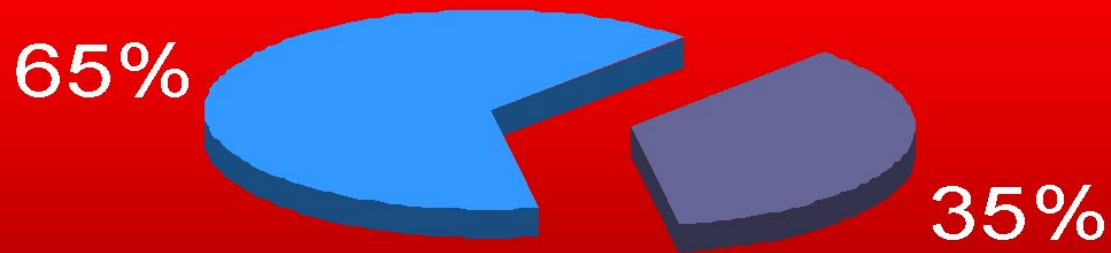
к.м.н., доцент кафедры хирургии 2, научно-
практический руководитель урологической
клиники МЦ «Эребуни» Арутюнян Е.С.

В настоящее время имеется два принципиальных подхода к выбору метода операции: первый основывается на принципе сохранения мочевого пузыря, а второй предполагает полное удаление пораженного опухолью пузыря с его последующей реконструкцией.

Наиболее радикальным вариантом оперативного лечения рака мочевого пузыря является цистэктомия.

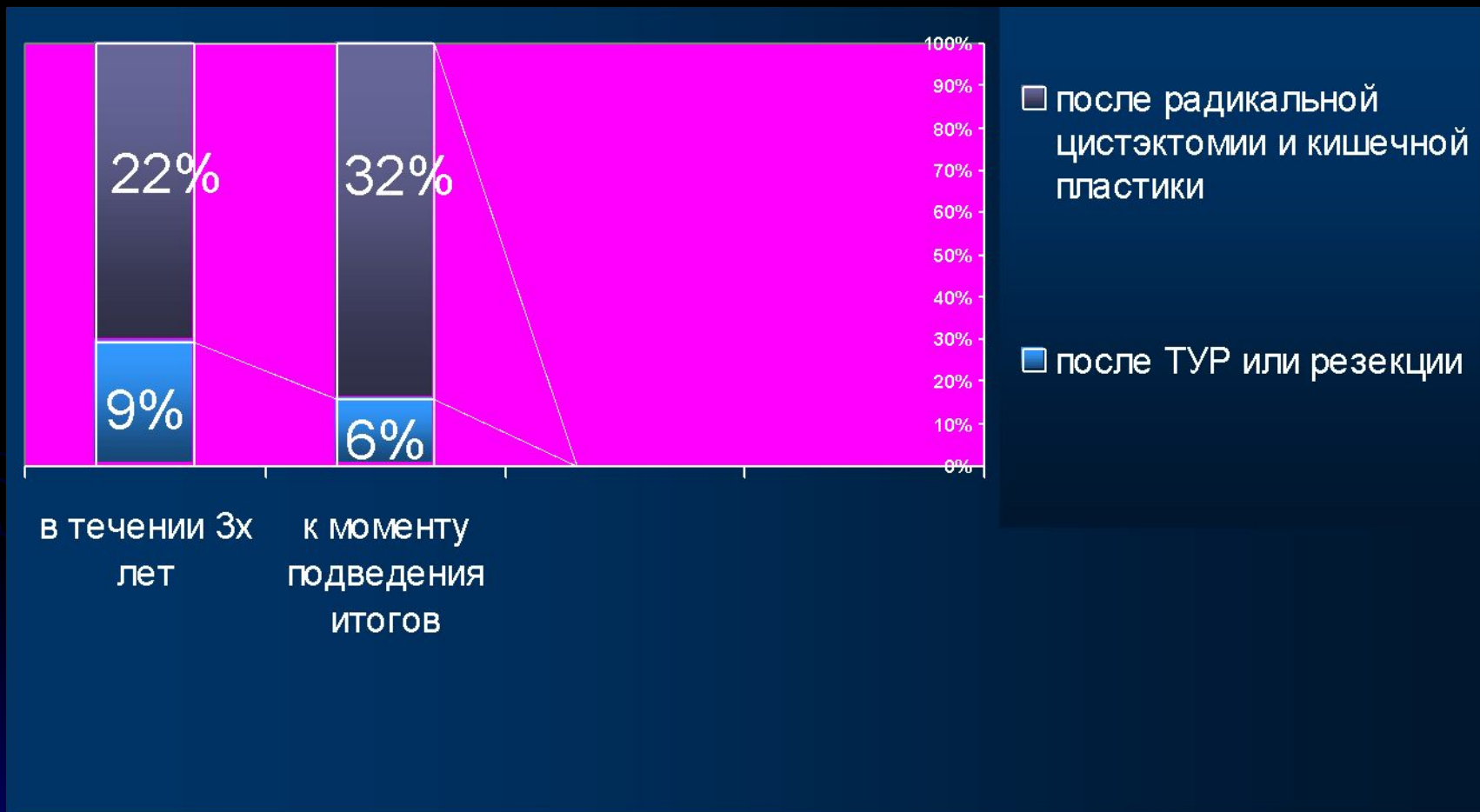


Частота рецидивов после операций



- ТУР мочевого пузыря
- радикальная цистэктомия

Продолжительность жизни после различных видов операций



Отдаленные результаты радикальной цистэктомии



Распределение больных по видам операций и стадии заболевания

Стадия опухоли	ТУР и резекция мочевого пузыря	Радикальная цистэктомия
Tis	27%	-
T1	33%	-
T2a	33%	74%
T2b	6%	21%
T3a	1%	2%
T3b	-	-
T4a	-	3%

Показания к радикальной цистопростатэктомии

- Стадии T2 и выше
- Поверхностный рак с мультицентричным ростом
- Рецидивный рак G2-3
- Инвазия шейки и уретры
- Неэффективность предыдущих методов комплексного лечения

Примененные методы континентной деривации мочи

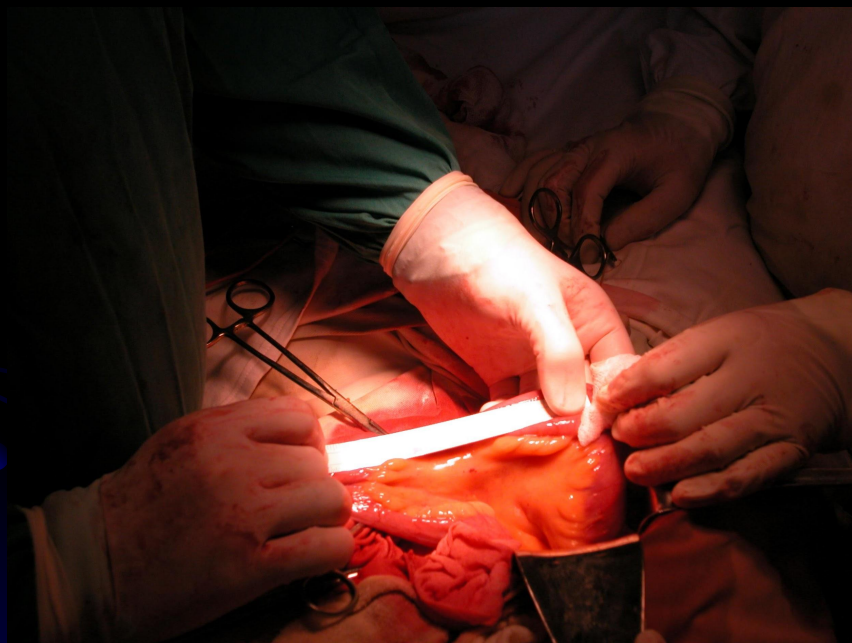
- Нери-Коск
 - Модифицированная Studer-a.
- 

Физико-математические основы цистопластики

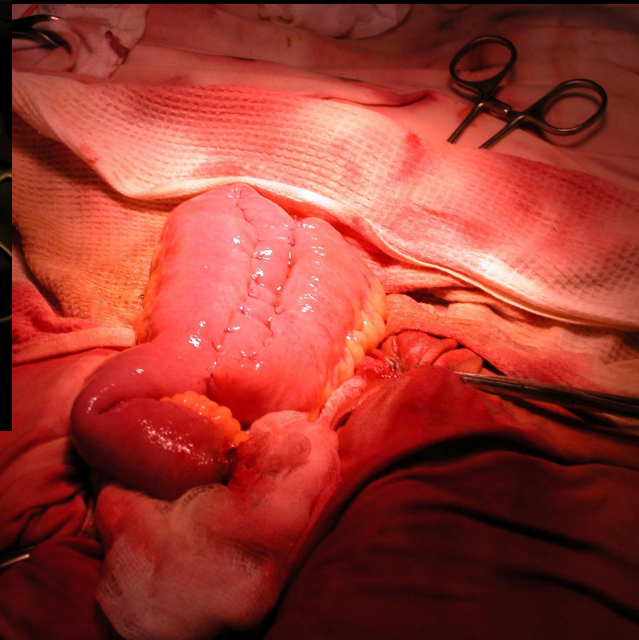
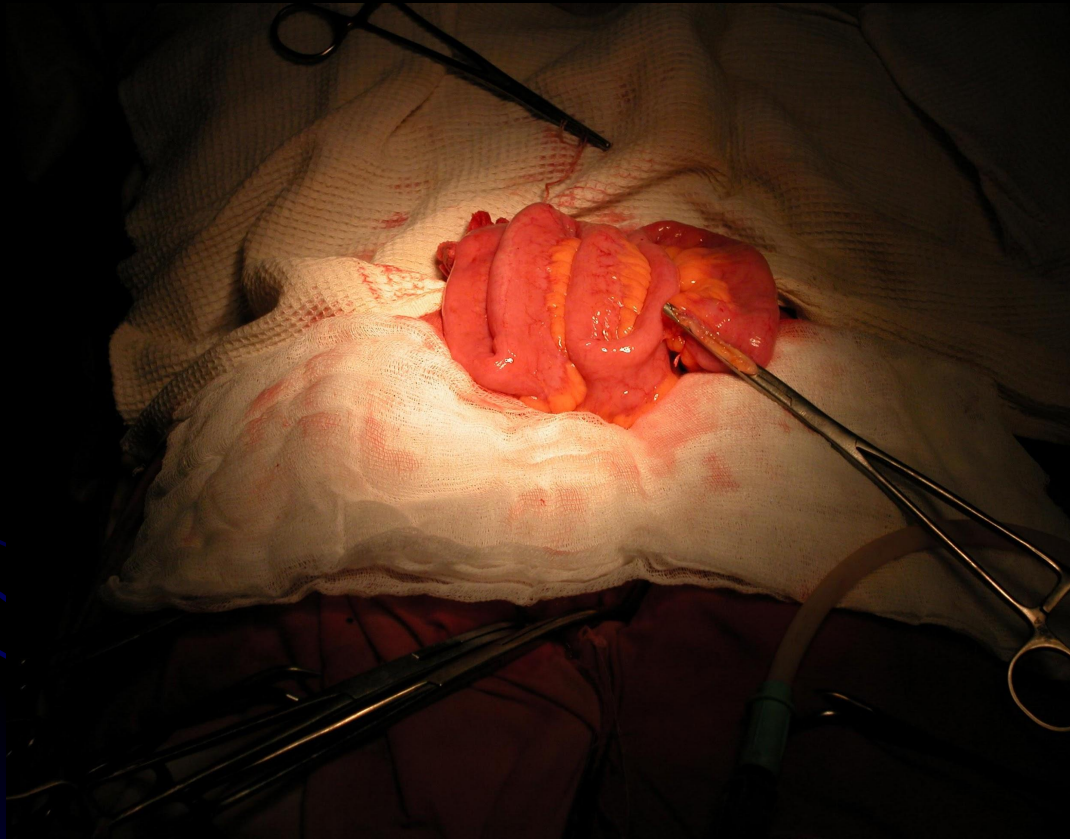
- $V=R^2h$
- $P=T/r$ (закон Лапласа)
- При наполнении давление резервуара P растет медленнее, чем тонус стенки T
- Чем более резервуар похож на сферу, тем больше тонус стенки и меньше внутрирезервуарное давление

Этапы кишечной пластики мочевого пузыря

- Отходя 20-25 см от илеоцекального угла выкраивается сегмент подвздошной кишки длиной 40-60 см

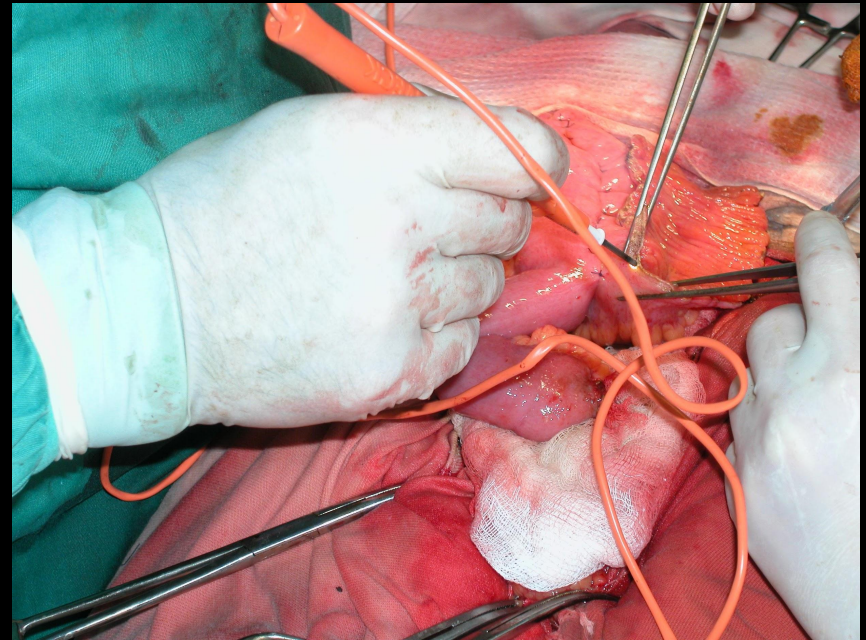


Модифицированная W-образная кишечная пластика по Studer-у

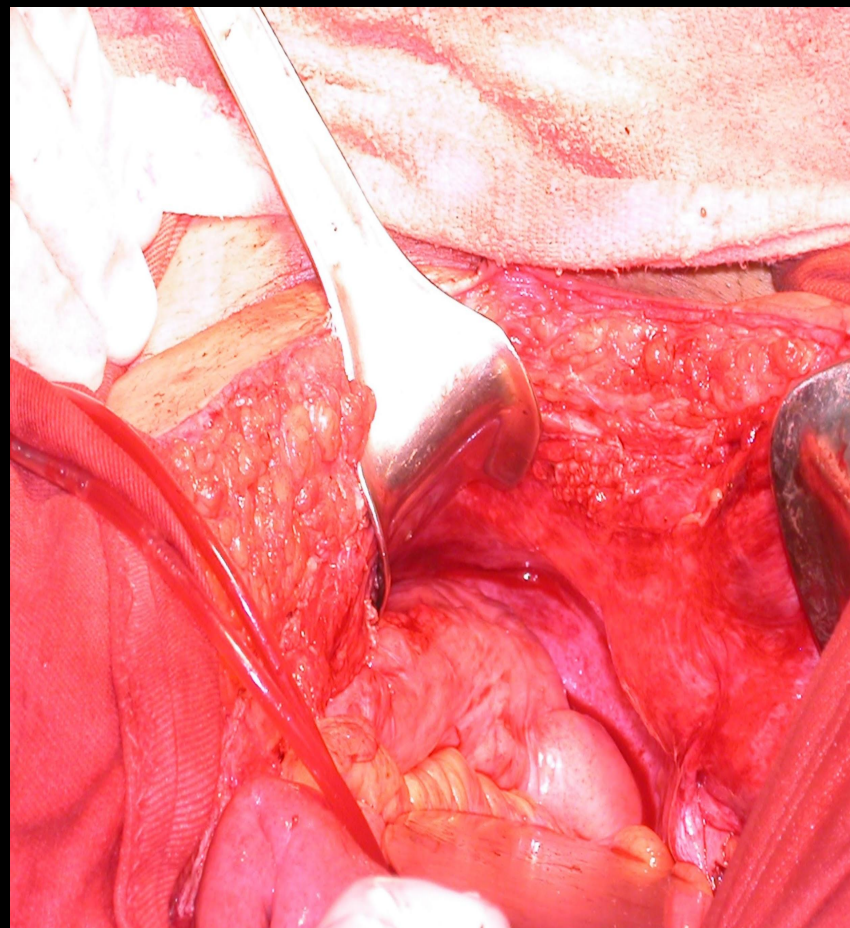
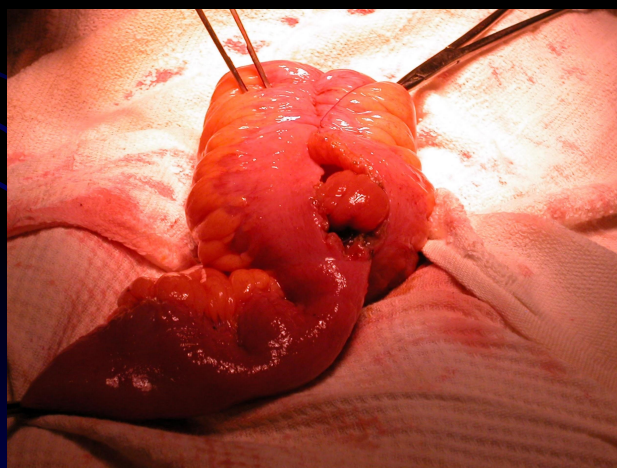
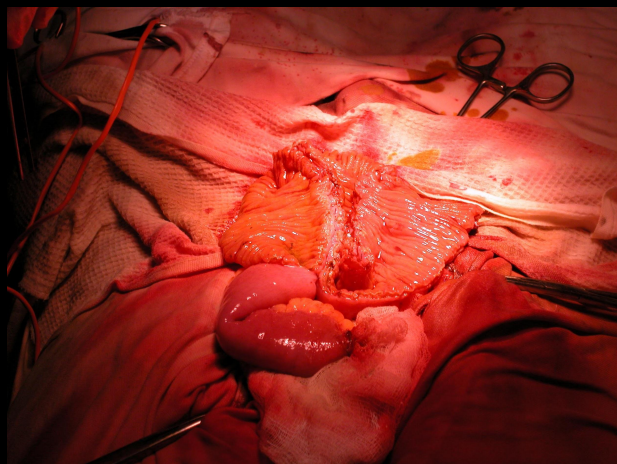


Этап формирования резервуара

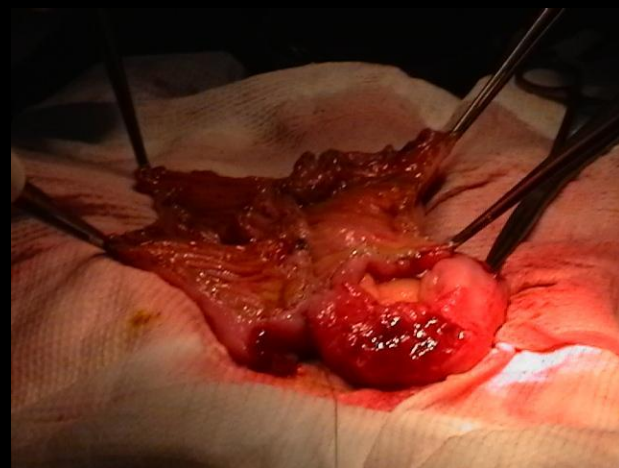
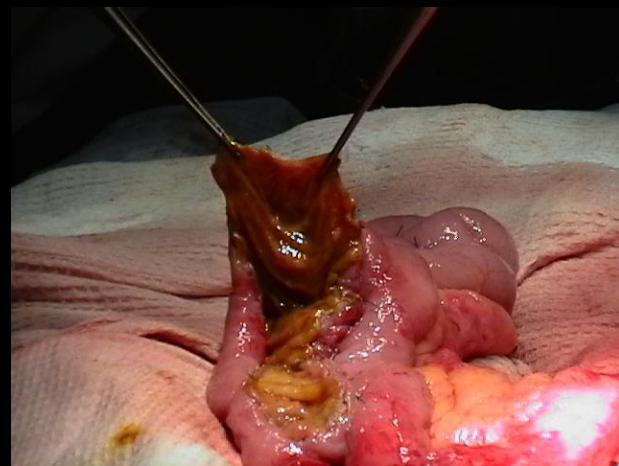
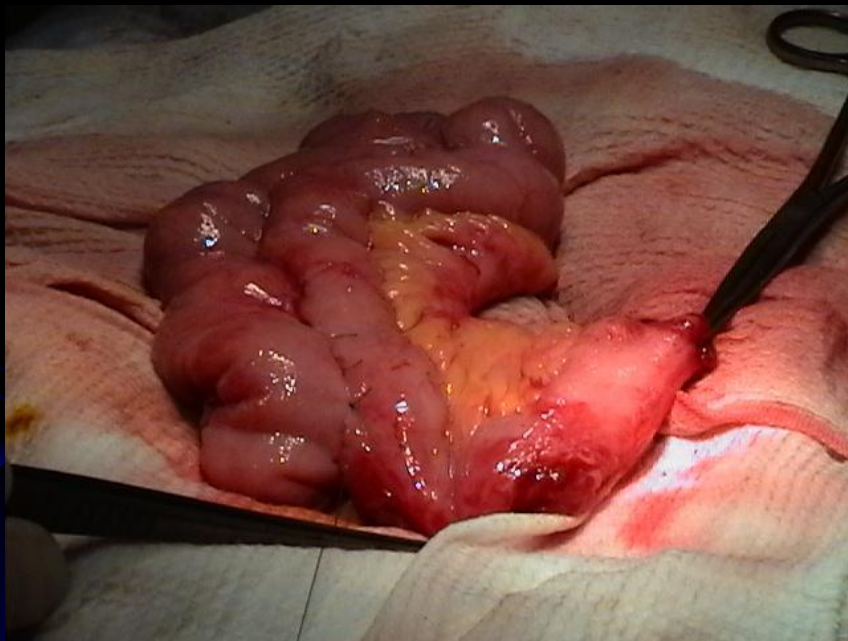
- Заранее сформированный резервуар вскрывается по антимезентериальному краю - производится детубуляризация



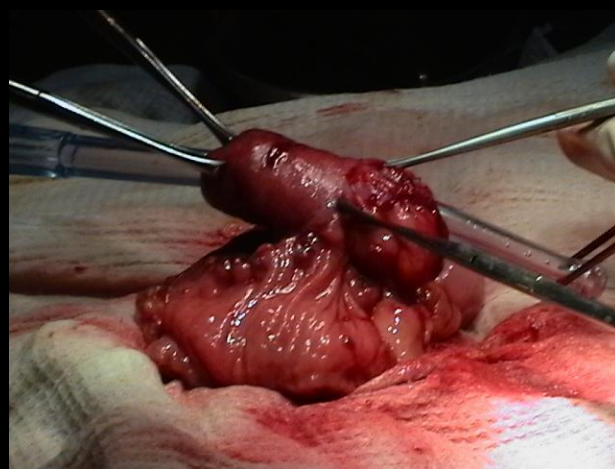
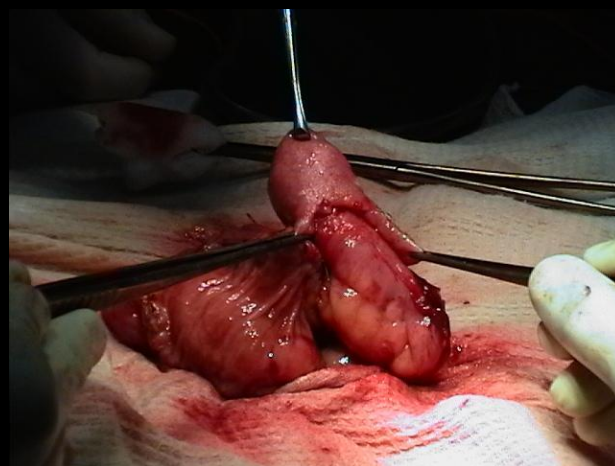
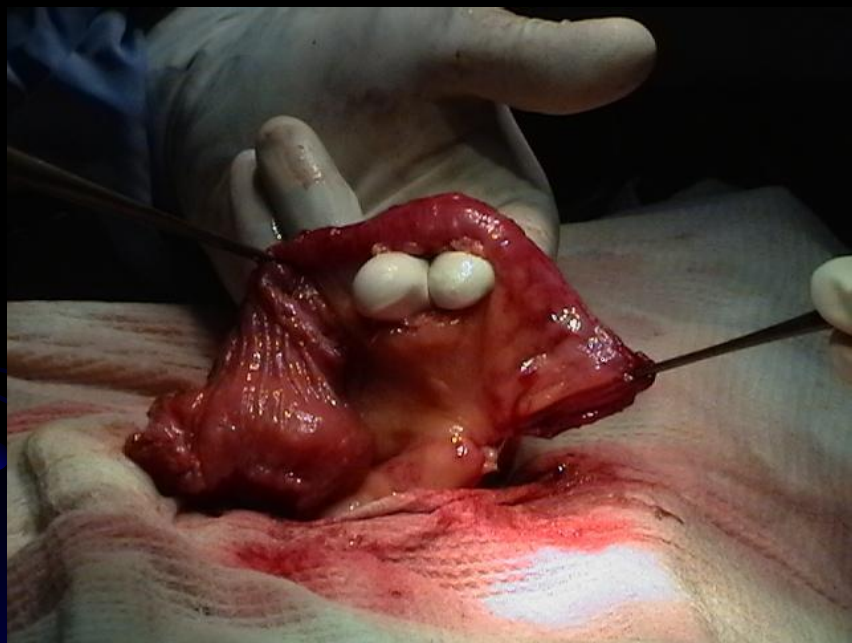
Окончательный этап формирования резервуара и уретрально-резервуарного анастомоза



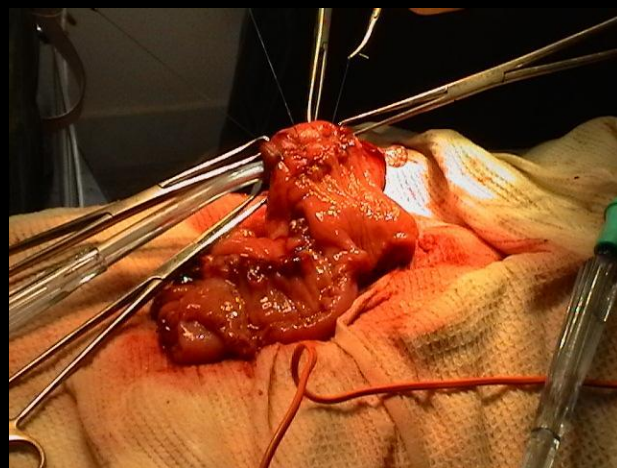
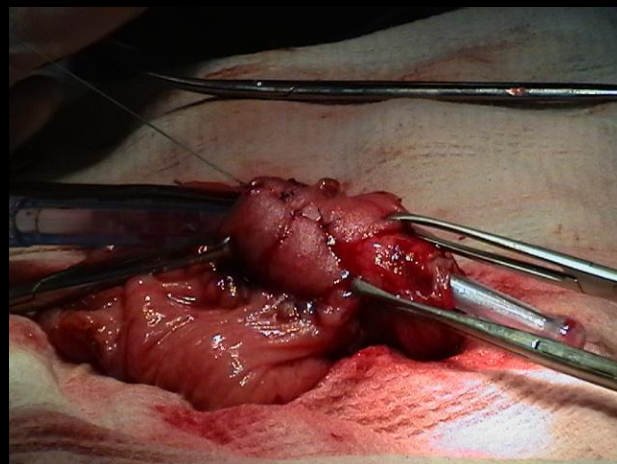
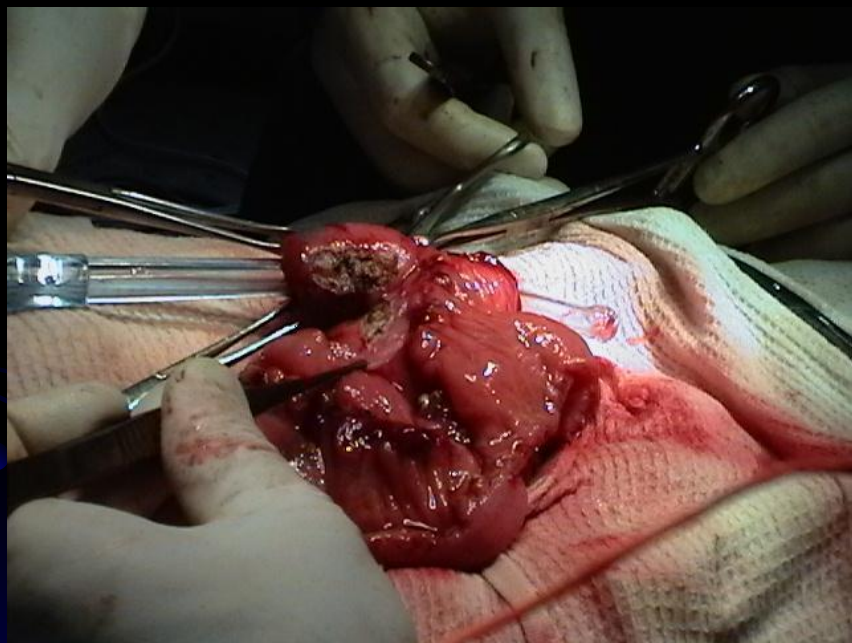
Формирование резервуара по Коху



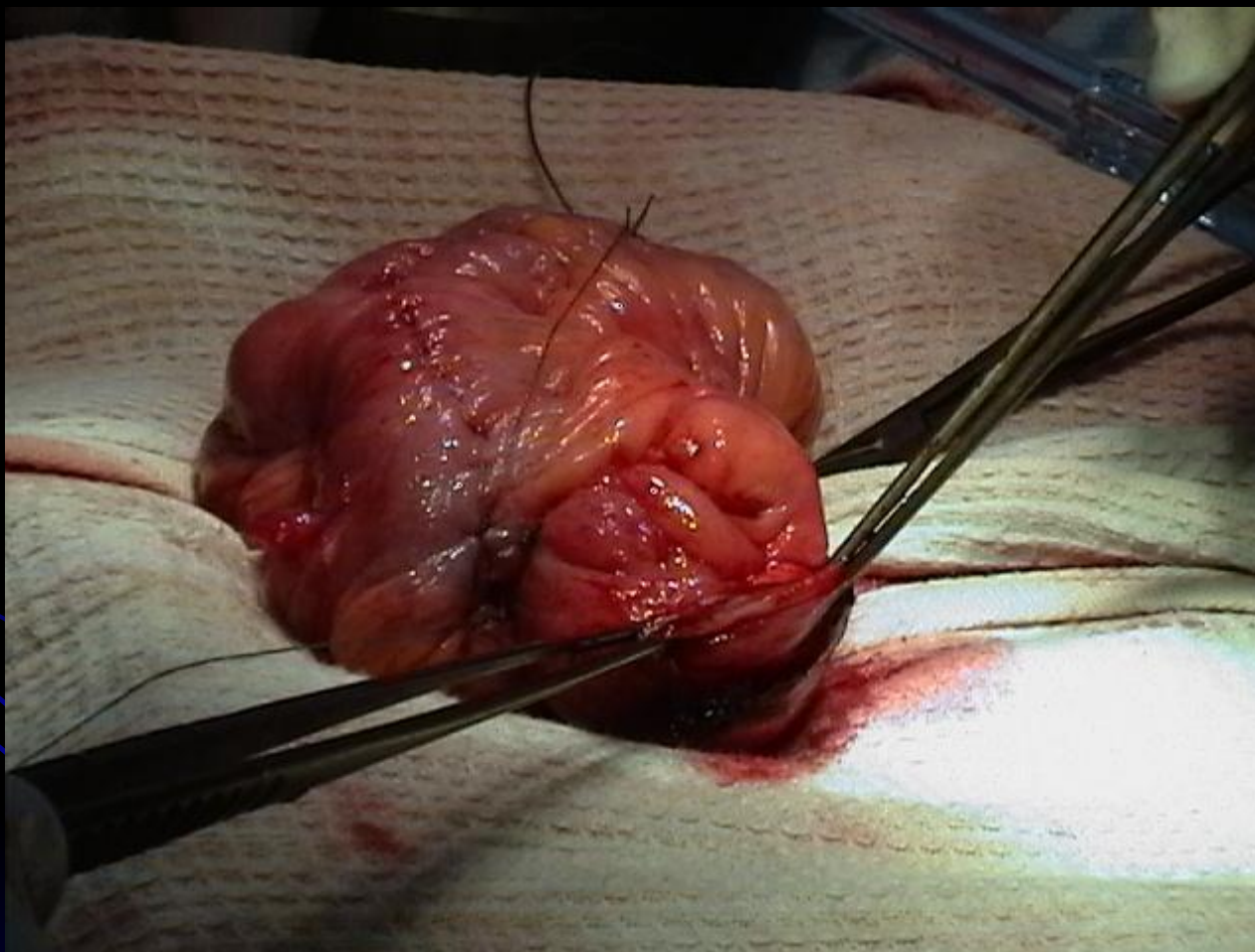
Создание нипельного механизма



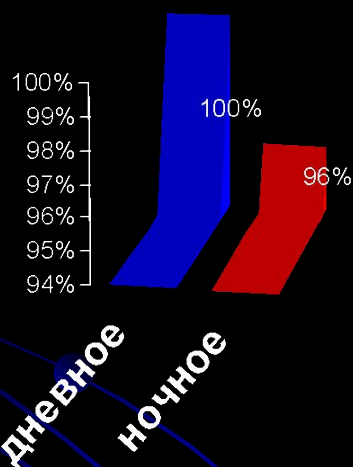
Фиксация nipple mechanism to the internal wall of the reservoir



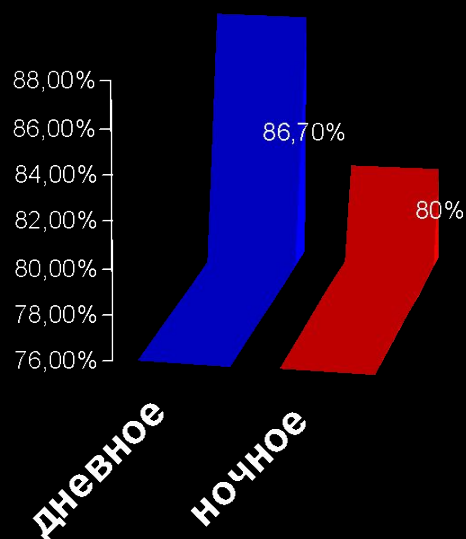
Создан резервуар по типу Неми-Коск-rouch



Уровень континентности в зависимости от метода создания резервуара



модифицированная по Стюдеру



операция геми-Кох

Рис.1. Выбор сегмента подвздошной кишки для резекции. На держалку взят мочевой пузырь.

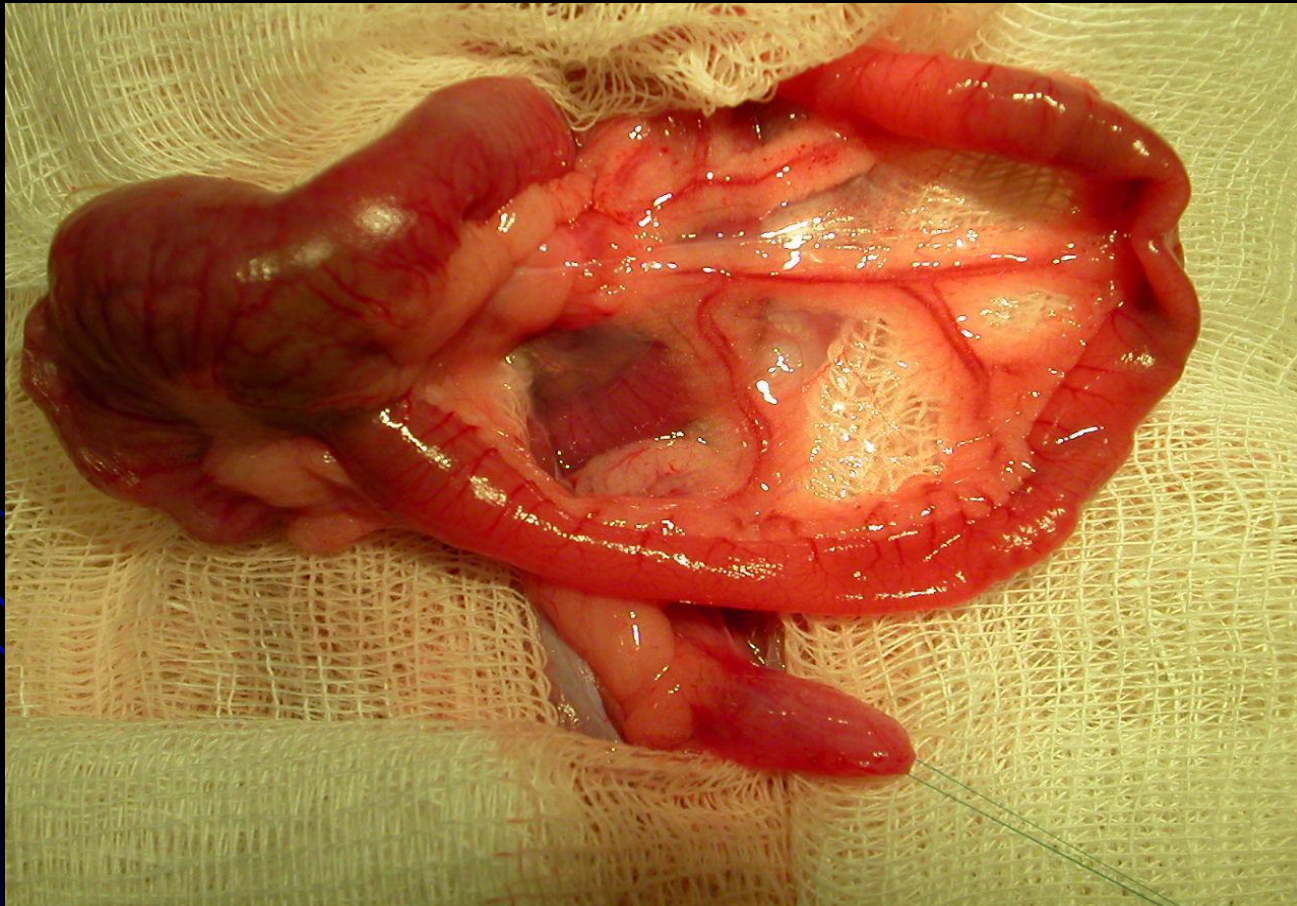


Рис. 2. Резецированный сегмент подвздошной кишки перемещен к резецированному мочевому пузырю.

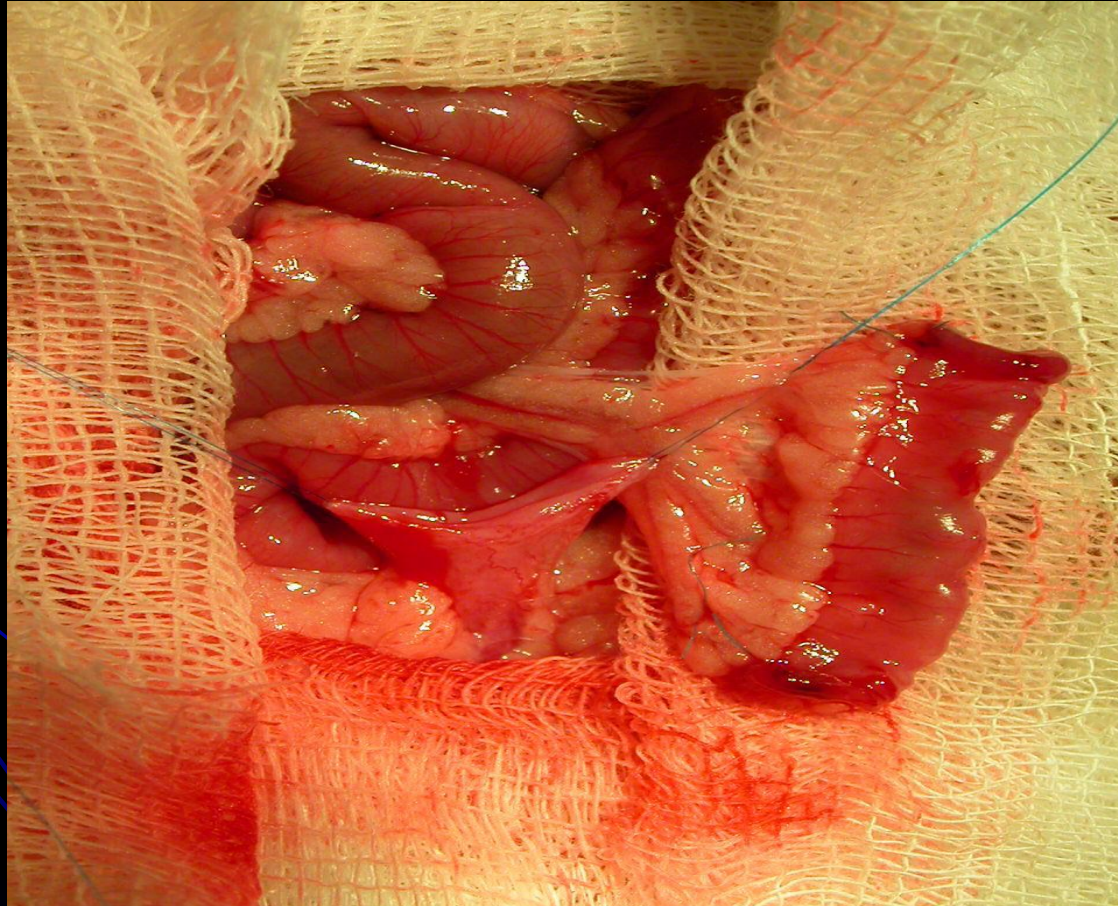


Рис. 3. Сформирован детубуляризированный резервуар из подвздошной кишки (в просвет введен катетер).

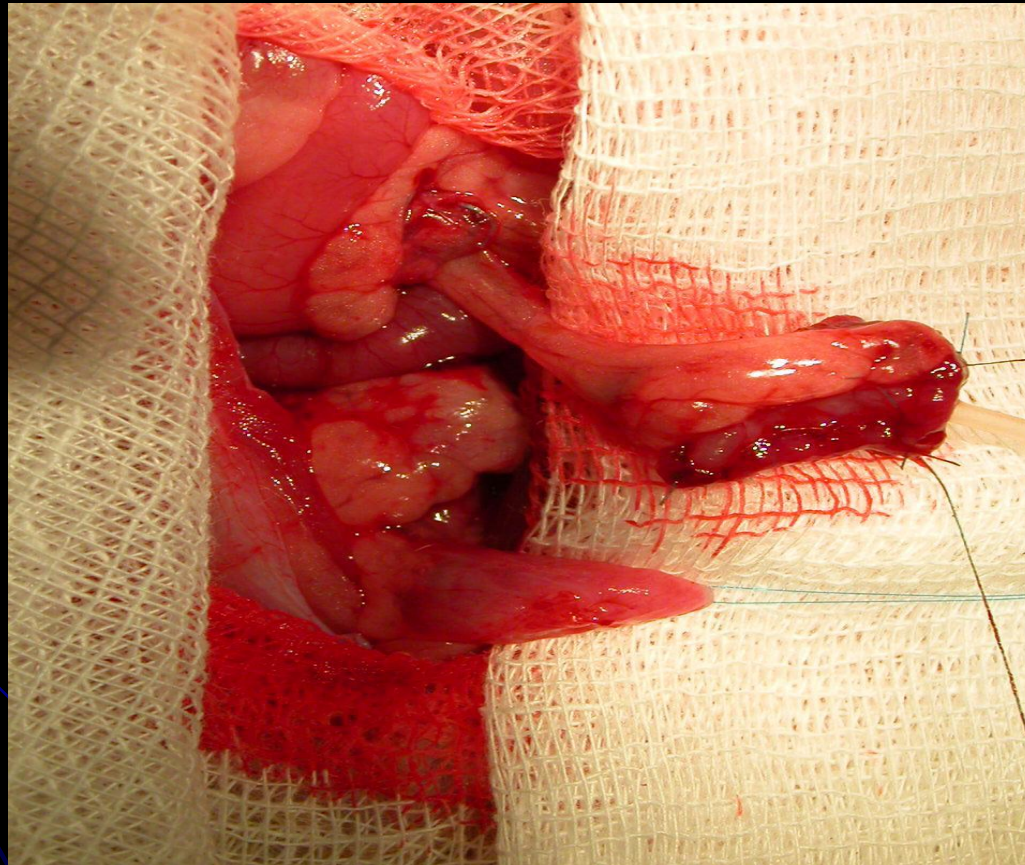


Рис. 4. Детубуляризированный сегмент кишки анастомозирован с культей мочевого пузыря.

