

Формирование ортотопического резервуара из сегмента подвздошной кишки после радикальной цистэктомии.

ОПЕРАЦИЯ ШТУДЕРА

Цель операции:

- Создание искусственного резервуара для отведения мочи, при невозможности провести органосохраняющую операцию на мочевом пузыре.

Показания:

- В большинстве случаев - это процесс новообразования в стенке самого мочевого пузыря или при инфильтративном росте опухолей из соседних тканей. Таким образом, показаниями являются:
- Прогрессирующий злокачественный рост опухоли мочевого пузыря, если безуспешны другие методы лечения, включая химиотерапию;
- Опухолях, исходящих из соседних органов (предстательной железы у мужчин, из яичников, шейки матки и эндометрия у женщин, из прямой кишки) с прорастанием в мочевой пузырь;
- Значительная деформация полости, при резком уменьшении размеров из-за последствий тяжелого течения хронического цистита, травм, больших размеров доброкачественной опухоли;
- Выраженное кровотечение;
- Рецидивирующий рак после проведения экономной трансуретральной резекции;
- Множественные папилломы на слизистой внутри органа для предотвращения перерождения в злокачественную опухоль.

Противопоказания:

- К **абсолютными** противопоказаниями, делающими операцию невозможной, относят:
 - тяжелое состояние пациента в связи с раковой интоксикацией или сопутствующими заболеваниями (перенесенный инсульт, сердечная недостаточность, паралич с нарушением функций тазовых органов);
 - выявление отдаленных метастазов в головном мозге, печени, легких;
 - стрессовое недержание мочи;
 - болезни крови со сниженной свертываемостью.
- К **относительным** противопоказаниям относятся:
 - состояние недостаточности внутреннего сфинктера шейки пузыря, если обследование устанавливает максимальный показатель запирательного давления менее 30 см вод. ст.;
 - выявление у больного единичного метастаза в соседнем лимфатическом узле размером в диаметре 5 см и меньше;
 - обнаружение нескольких аналогичных метастазов в региональной зоне лимфатических узлов;
 - локализация опухоли в области мочепузырного треугольника.

Этапы операции:

- 1) Адекватное обезболивание.
- 2) Радикальная цистэктомия.
- 3) Формирование искусственного мочеприемника.
- 4) Формирование анастомоза между мочеточниками и неоцистом.

Адекватное обезболивание:

- При операции применялся эндотрахеальный наркоз в сочетании со спинномозговой и эпидуральной анестезией. Эпидуральную анестезию также используют для послеоперационного обезболивания в течение 3-4 суток с целью профилактики осложнений, в особенности пареза кишечника.

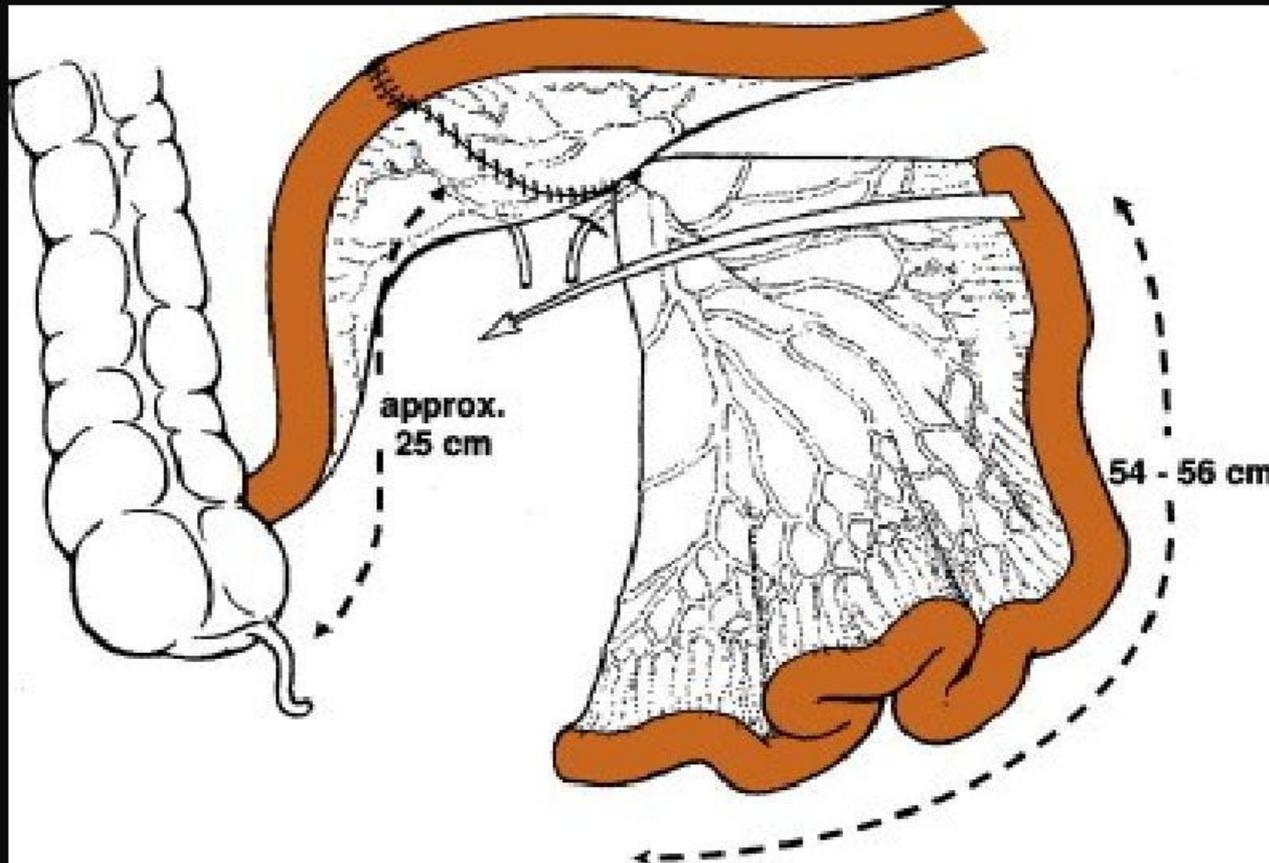
Радикальная цистэктомия:

- Проводится по показаниям вне зависимости от возраста пациента

Ставят катетер в мочевой пузырь, над лобком разрезают кожу в виде якоря или дуги, что позволяет быстро перевязать артерии в подвздошной области для устранения кровотечения, часть брюшины отслаивается или удаляется, пузырь вскрывают и проводят его обследование, перевязывают сосуды, задние и боковые стенки выделяют, при этом у мужчин освобождают семенные пузырьки и предстательную железу от тканей, мочеточник перерезается на 3 см выше опухоли и удерживается фиксаторами. Внутри ставят катетеры. Семявыводящие протоки перевязываются, как и мочевой пузырь, который при этом сдвигается назад. В лобковой части мышц предстательные и пузырьные их части пересекаются, как и связки с обеих сторон, часть уретры удаляют возле простаты. Вынимают мочевой пузырь.

Формирование искусственного мочеприемника:

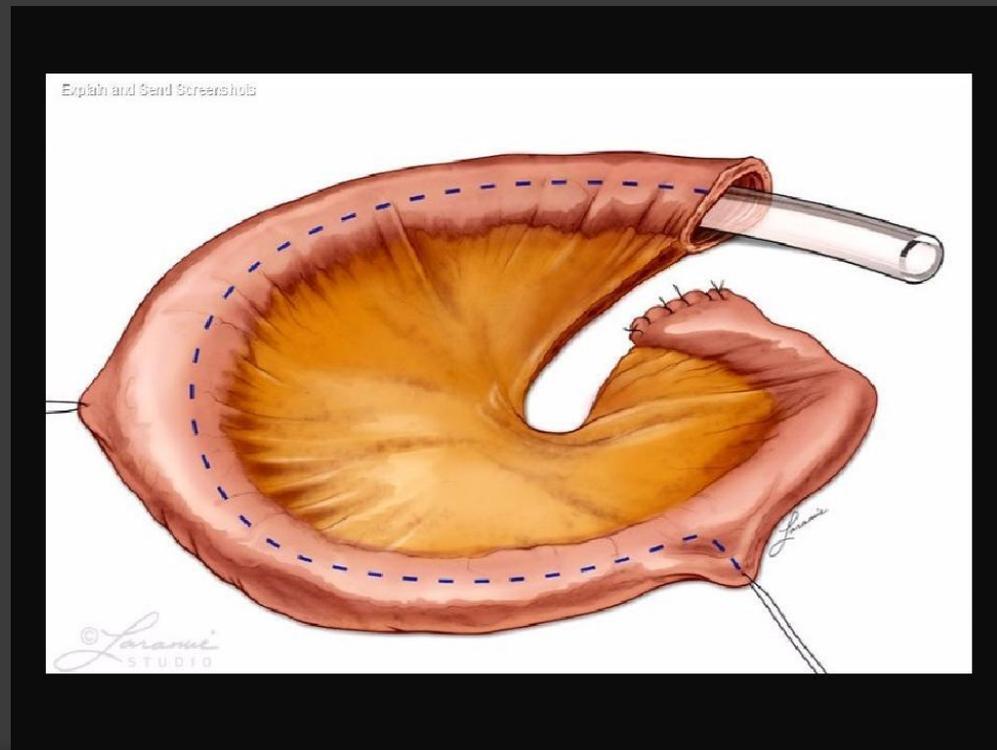
- 1) Выкраивают лоскут: его формируют из участка подвздошной кишки длиной 65 см на «сосудистой ножке»
Между проксимальным и дистальным концом резецированной кишки формируются илеоилеоанастомоз («конец в конец»; «конец в бок»).

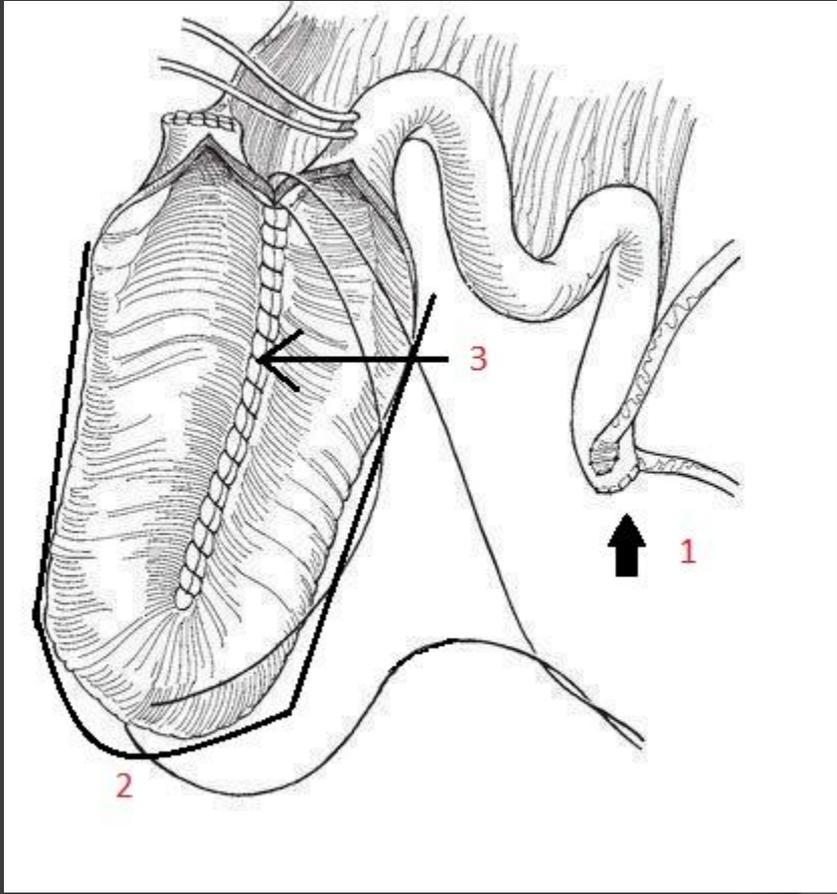


2) Формирование U-образного сегмента:

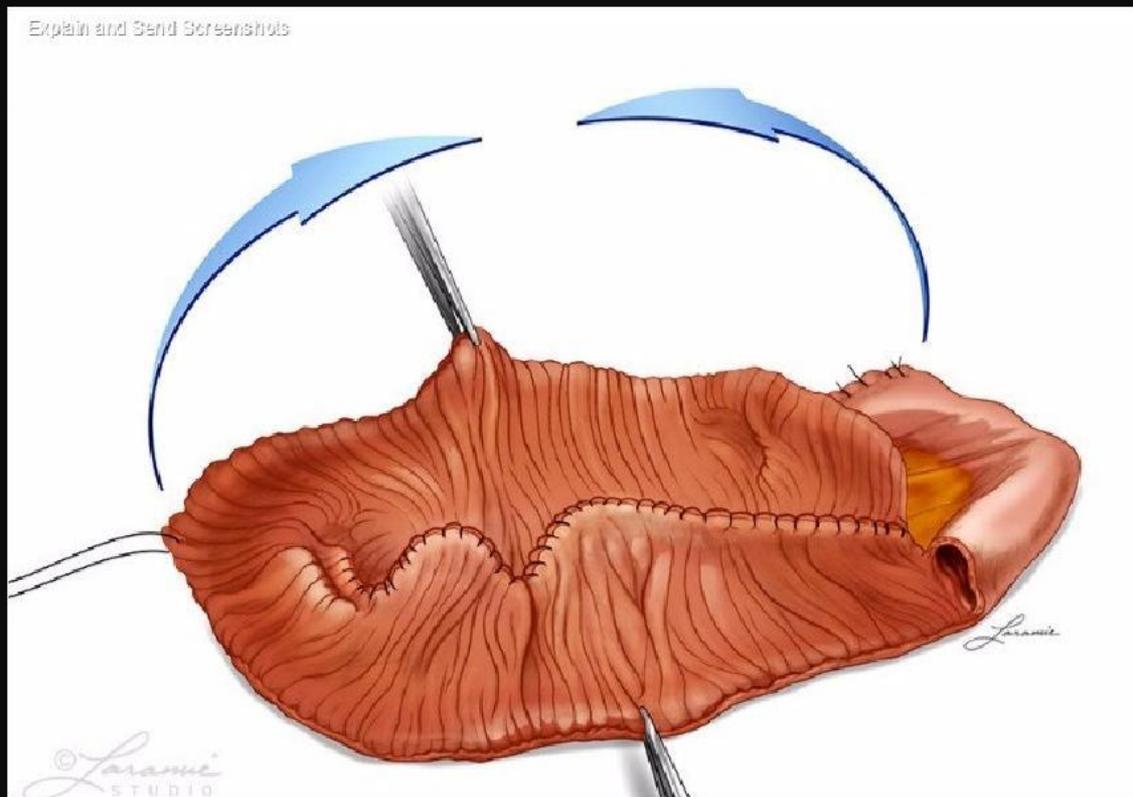
Отступя 15 см от илеоцекального клапана, ушивают конец изолированного кишечного сегмента непрерывными серозно-мышечными швами синтетической рассасывающейся нитью. (1) По противобрыжеечному краю рассекают дистальную часть подвздошно-кишечного сегмента на протяжении примерно 40 см. (2) Вскрытую часть сегмента U-образно складывают, смежные края обоих колен сшивают одним рядом непрерывных серозно-мышечных швов синтетической рассасывающейся нитью. (3) Нижнюю часть полученного U-образного сегмента складывают поперечно кверху. (4)

- Перед рассечением противобрыжечного края, в полость резецированной кишки заводится катетер (для предупреждения травматизации противоположной стенки)

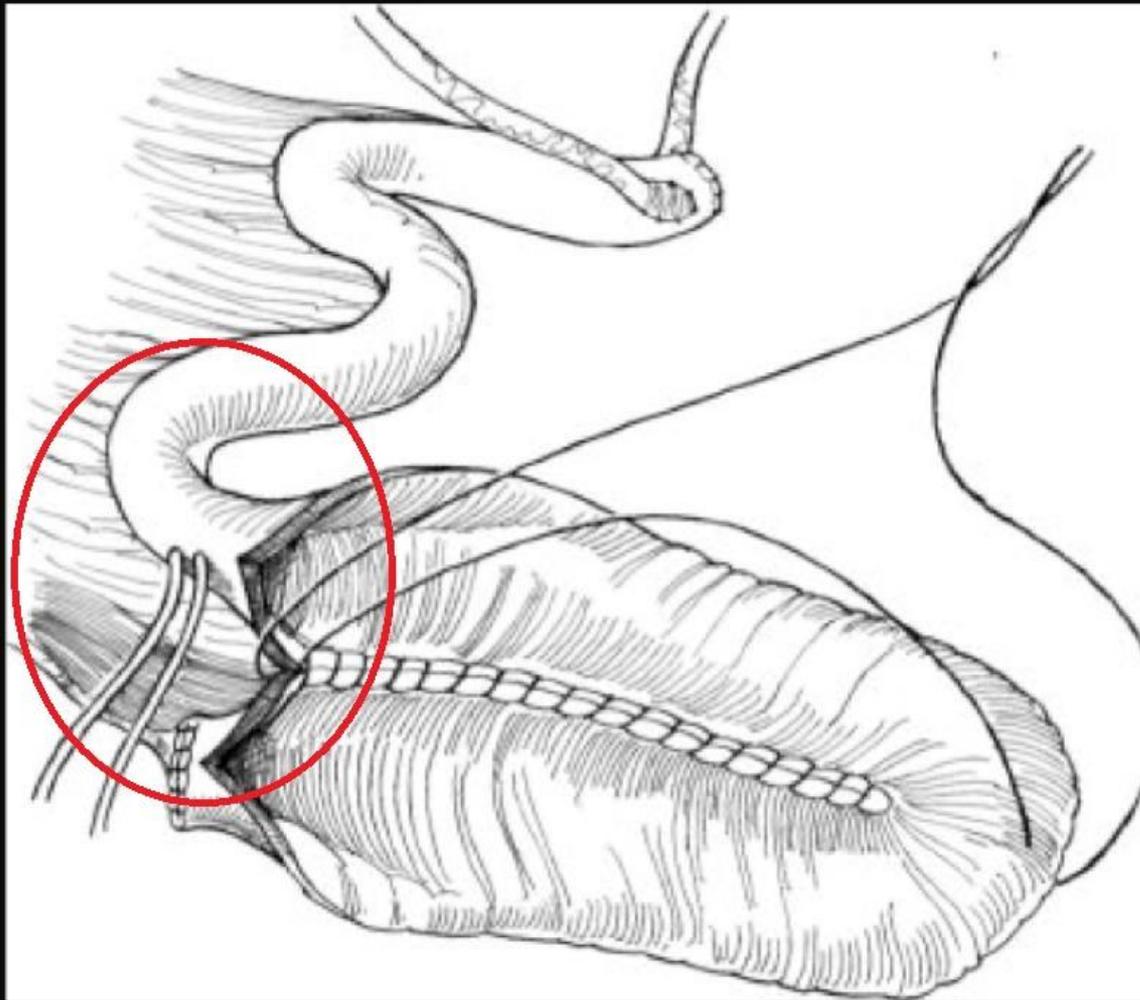




Нижнюю часть полученного U-образного сегмента складывают поперечно кверху.(4)

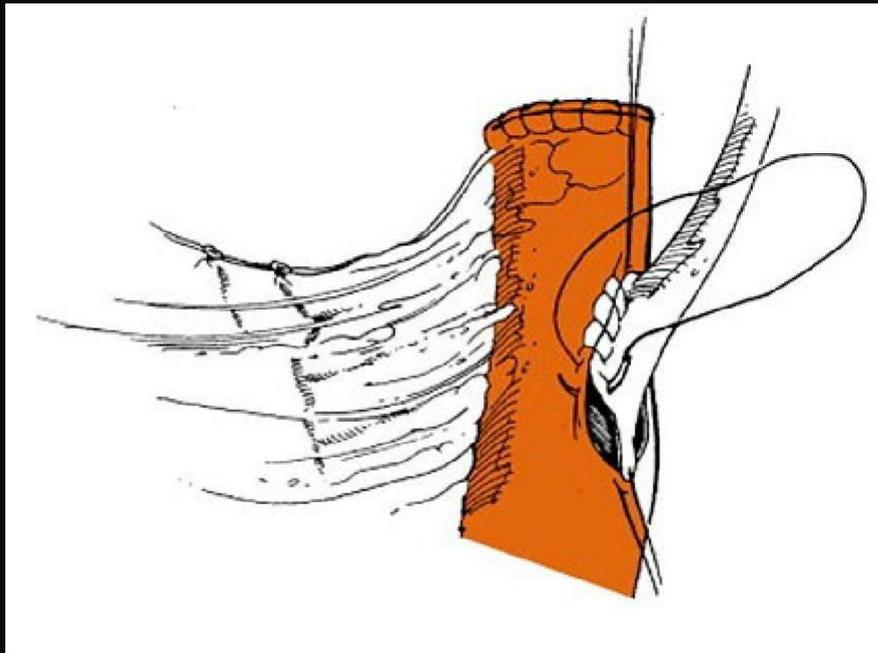


2) Сшивание свободных краев вскрытого сегмента. Перед этим в приводящее колено подвздошной кишки устанавливают мочеточниковые катетеры, концы которых выводят через стенку резервуара (смотри рисунок далее). Пальпаторно определяют наиболее каудальную часть резервуара (дно) и в этом месте проделывают отверстие, к которому подшивают уретру 6 швами синтетической рассасывающейся нитью 2-0. Швы завязывают после проведения по уретре катетера 18F. Резервуар дренируют цистостомической трубкой 12F, которую выводят вместе с мочеточниковыми стентами через стенку резервуара.



Формирование анастомоза между мочеточниками и неоцистом.

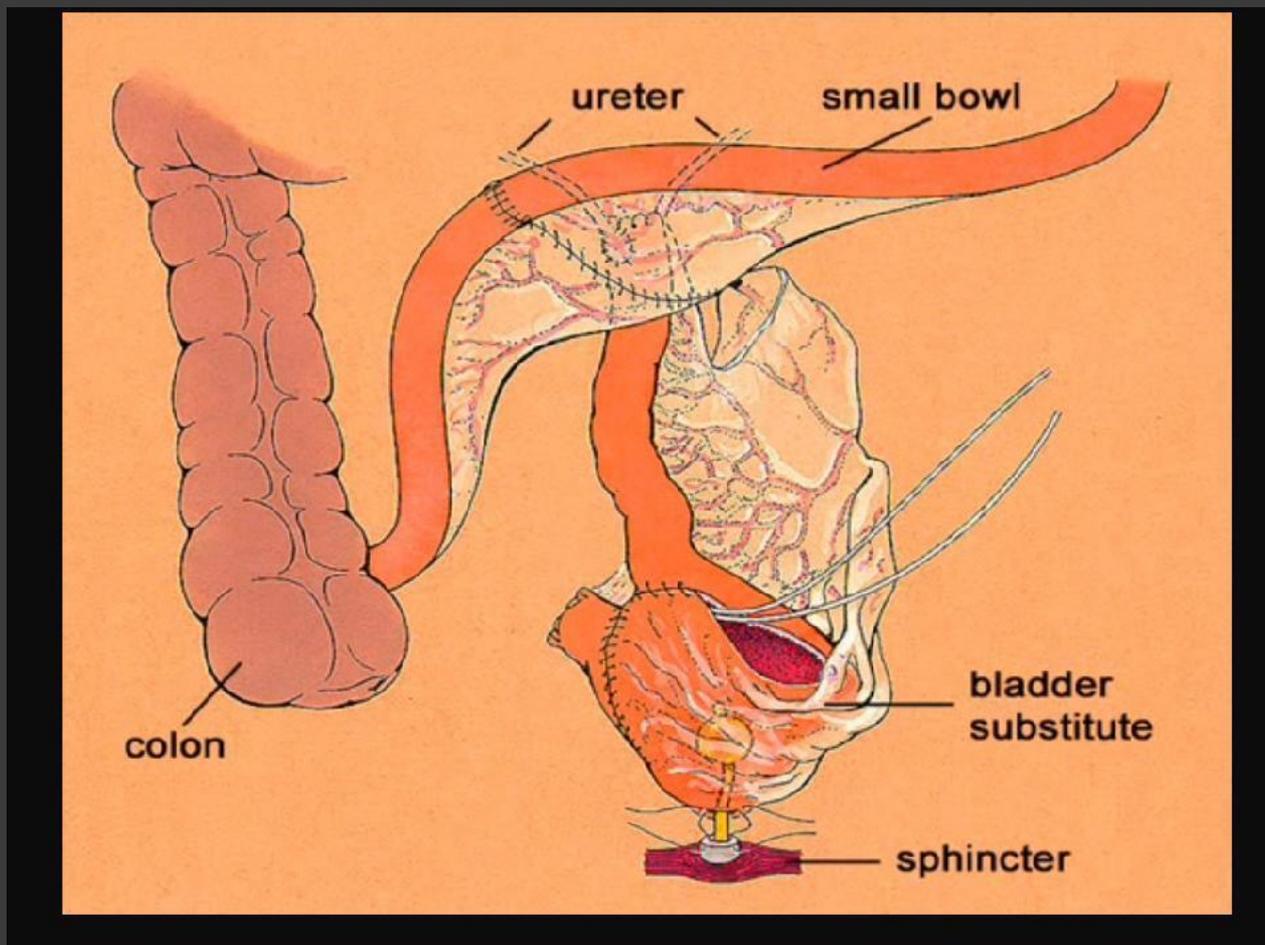
Уложив резервуар на место, формируют изоперистальтическое приносящее колено, чтобы предотвратить заброс мочи из резервуара в мочеточники. Подвздошную кишку рассекают на уровне пересеченных заранее мочеточников - на 18-20 см выше подвздошно-кишечного резервуара. Мочеточники косо срезают, рассекают вдоль и анастомозируют конец в бок с проксимальной невскрытой частью подвздошно-кишечного сегмента.



Завершение операции:

- Стенты, расположенные внутри сегмента, проводят в мочеточники. Восстанавливают непрерывность кишки. Стенты выводят через переднюю брюшную стенку, в малый таз устанавливают вакуумные дренажи. Стенты удаляют через 7-10 дней, цистостомический дренаж - через 10-12 дней, если при рентгенографии резервуара затеки контрастного вещества отсутствуют. Уретральный катетер удаляют на 14-й день после операции.

Завершенный вид



Плюсы операции по Штудеру:

- мочеиспускание ближе к нормальному;
- отсутствие стомы на коже;
- сохранение привычного образа жизни;
- нет возможности для обратного заброса мочи и инфекции.

Осложнения:

- Из ранних послеоперационных осложнений, составивших 9,5%, следует выделить:
- ТЭЛА
- ОНМК
- тромбоз глубоких вен нижних конечностей
- пневмония
- летальный исход
- Поздние послеоперационные осложнения включают:
- стриктуры уртероилеоанастомоза
- сужение неоцистоуретрального анастомоза
- постоперационная вентеральная грыжа

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!!!**