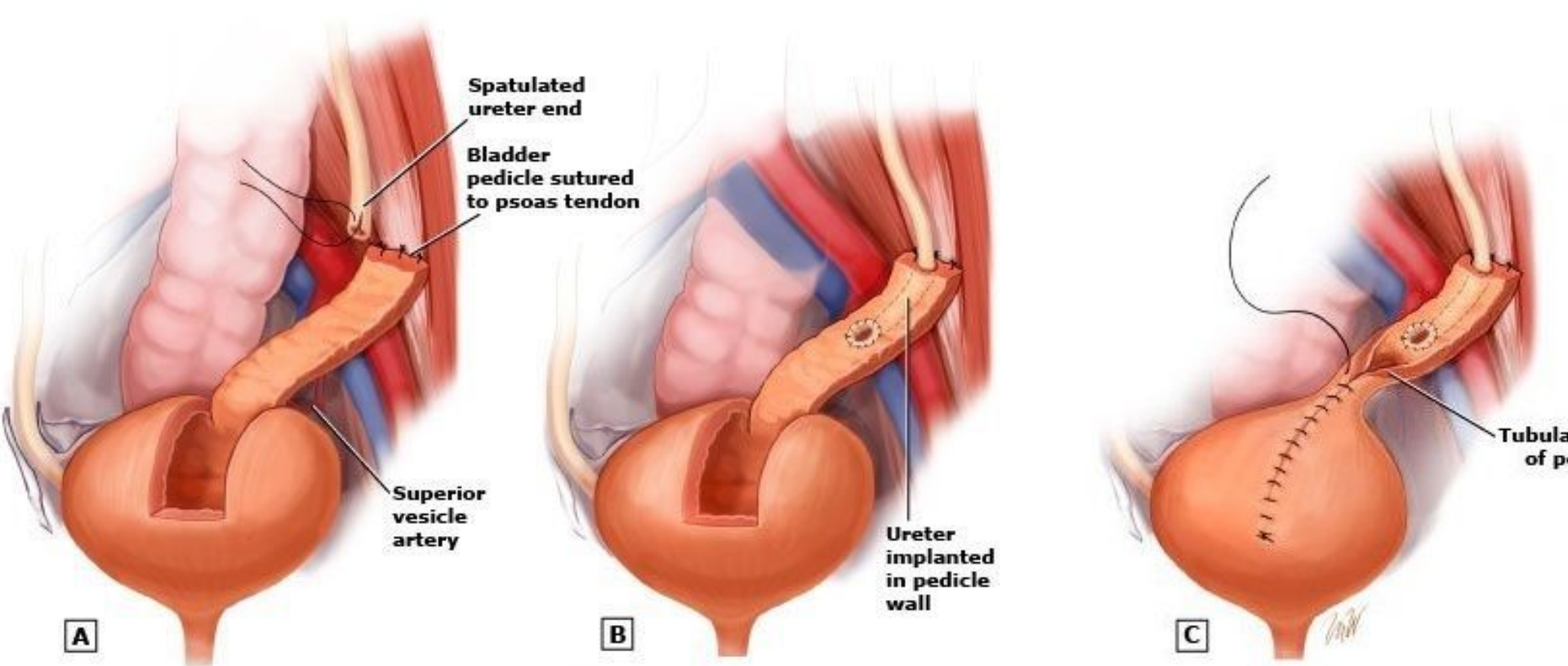




ОПЕРАЦИЯ БОАРИ

Конкурс «Урология»



Операция по Боари

- пластическая операция для восстановления проходимости тазового отдела одного или обоих мочеточников.

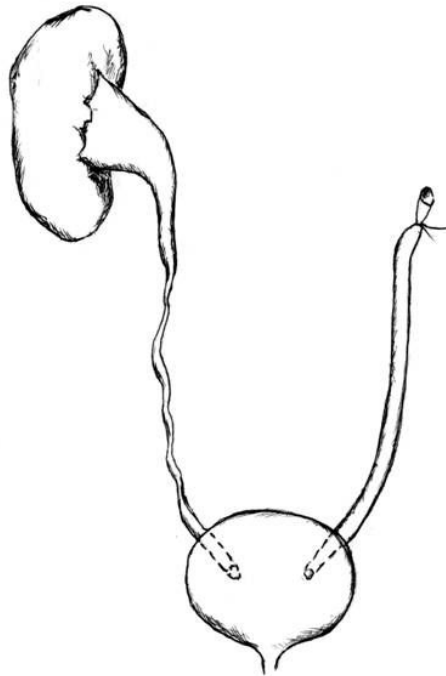
Показания:

Плановая операция:

стриктура или
облитерация тазовых
отделов мочеточников,
после различных
оперативных
вмешательств,
туберкулезе,
новообразованиях или
ахалазии мочеточников

Экстренная операция:

острая травма тазовых
отделов мочеточников
на значительном
протяжении, когда
исключается
возможность
наложения
уретроуретеро- или
уретроцисто-
анастомоза



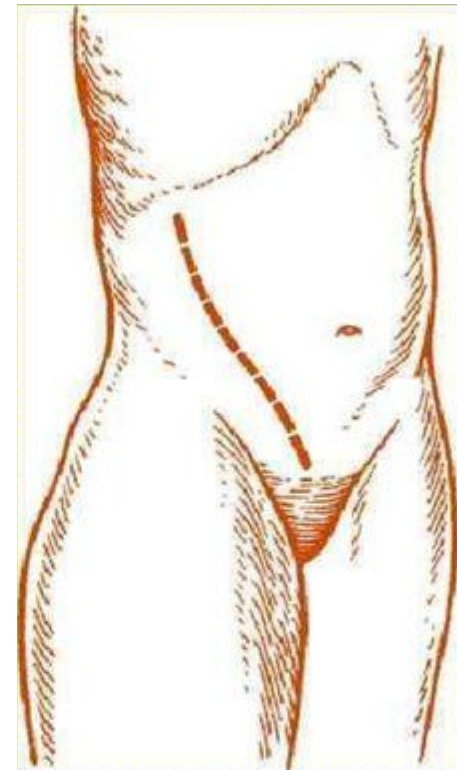
Противопоказания:

- раковая инфильтрация тазовой клетчатки
- сморщенный мочевой пузырь после интерстициального цистита
- нейрогенная дисфункция
- ранее проведенный курс лучевой терапии не является абсолютным противопоказанием к операции, хотя выполнение ее при этом связано со значительными техническими трудностями



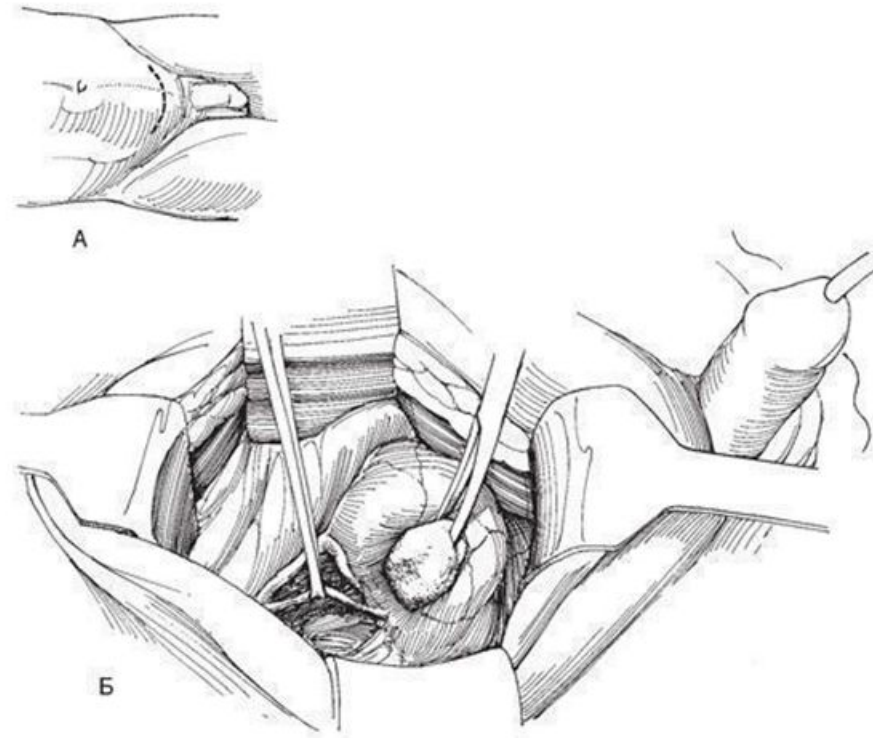
Подготовка:

1. Положение больного - на спине.
 2. Устанавливают уретральный катетер.
- Срединный разрез
 - При двустороннем поражении мочеточников более благоприятные условия создает надлобковый дугообразный разрез
 - Наиболее удобным является разрез Пирогова, который обеспечивает доступ к мочеточникам и мочевому пузырю.

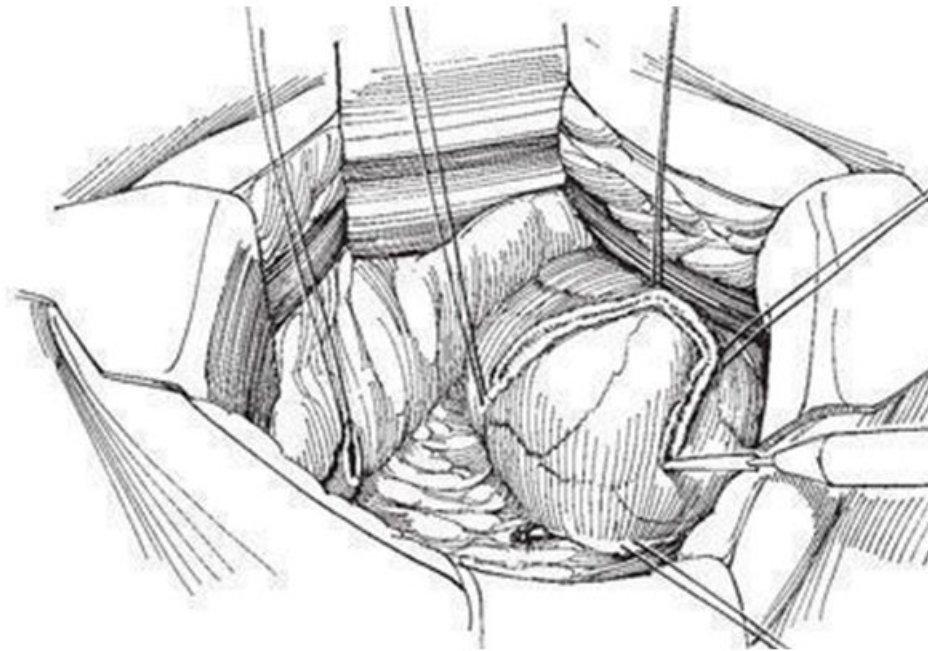


Этапы операции:

- 1) Мобилизация мочеточника
- 2) Иссечение лоскута из мочевого пузыря
- 3) Формирование искусственного отдела мочеточника
- 4) Наложение мочеточниково-пузырного анастомоза
- 5) Ушивание дефекта пузыря

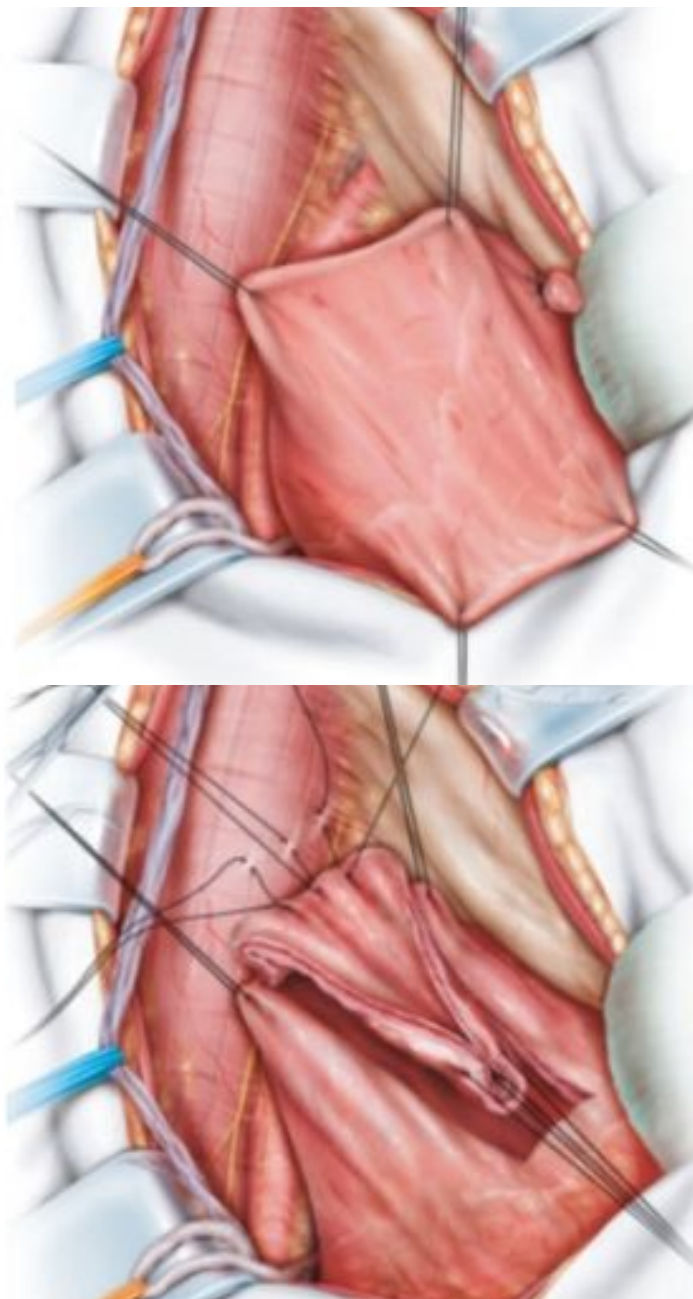


- Мочеточники пересекают выше места облитерации, в пределах здоровых тканей, что важно для обеспечения достаточного кровоснабжения.
- В проксимальный конец мочеточника вводят на глубину 10—12 см полиэтиленовый катетер.



- Полностью мобилизуют мочевой пузырь, на стороне, противоположной выкраиваемому лоскуту, перевязывают сосудисто-нервные пучки. Если не удастся подтянуть мочевой пузырь до неизменного мочеточника, приступают к выкраиванию лоскута из стенки мочевого пузыря.

- Ширина верхушки лоскута должна составлять 2 см. Ширина лоскута в основании не менее 4 см. Длина лоскута 10 см.
- Накладывают 2 шва-держалки на расстоянии 4 см друг от друга у предполагаемого основания лоскута. У предполагаемой верхушки лоскута, накладывают еще 2 шва-держалки. Электроножом рассекают стенку мочевого пузыря по дистальному контуру лоскута кнутри от швов-держалок.

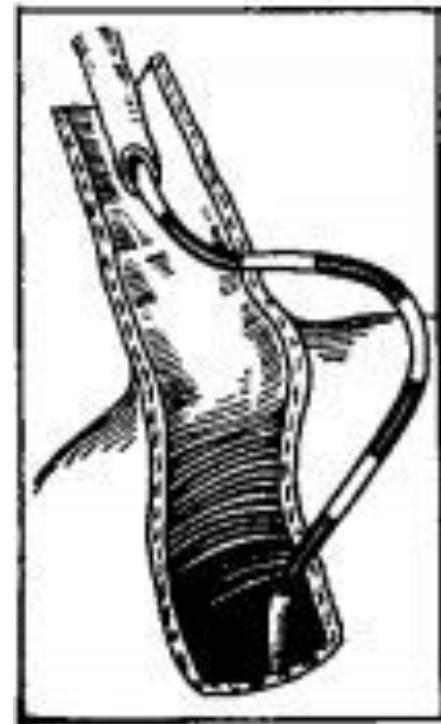


Условия успеха операции:

- хорошее кровоснабжение стебля
- отсутствие натяжения в месте соединения мочеточника с пузырьной трубкой
- достаточный диаметр анастомоза

Способы соединения мочеточника:

1. Инвагинационный метод
— культю мочеточника погружают в пузырную трубку на глубину 1 — 1,5 см и фиксируют швами к демукозированной его поверхности. При этом особое внимание обращают на то, чтобы слизистые оболочки были точно сопоставлены.

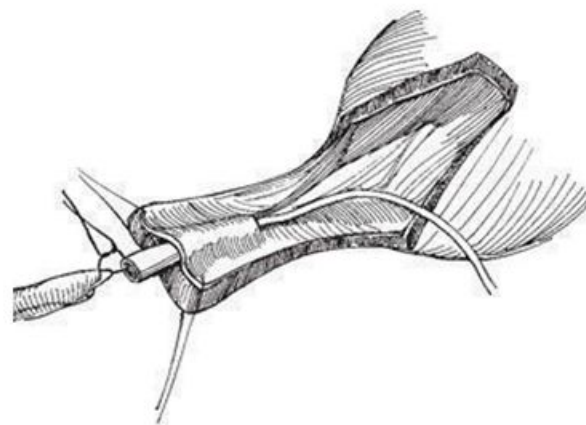
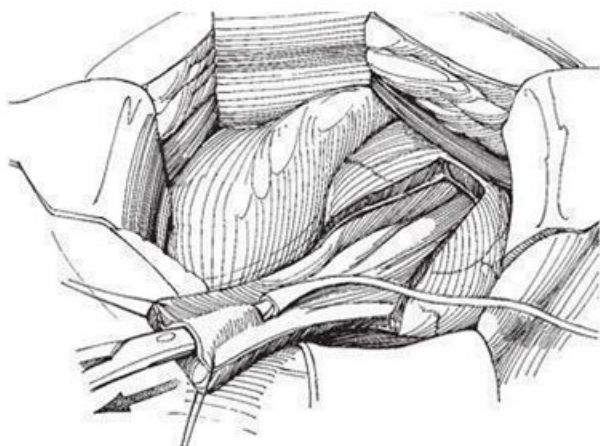


Способы соединения мочеточника:

2. Анастомоз конец в конец: соединяют, как правило, косо срезанные концы пузырной трубки и мочеточников.

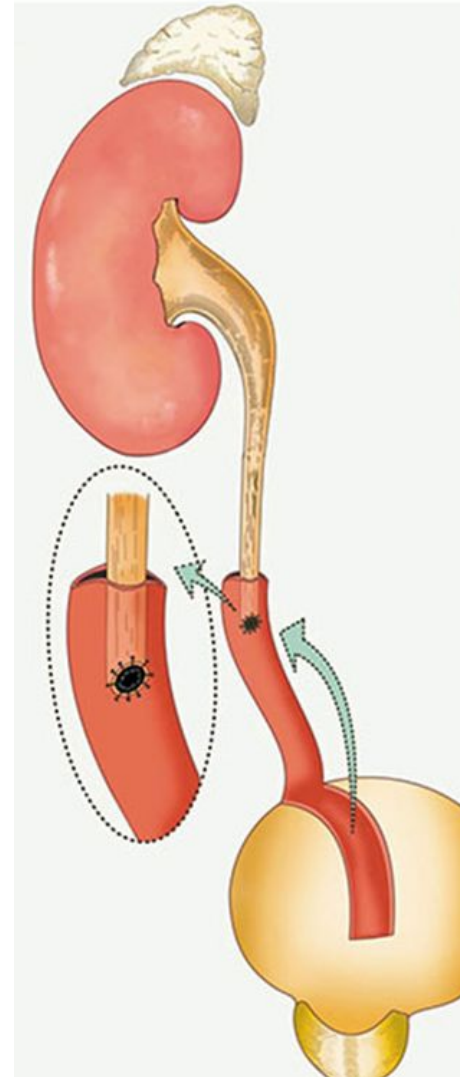
3. Имплантация культей мочеточников в подслизистый туннель на протяжении 1,5—2 см с последующим проведением их концов в просвет пузырной трубки.

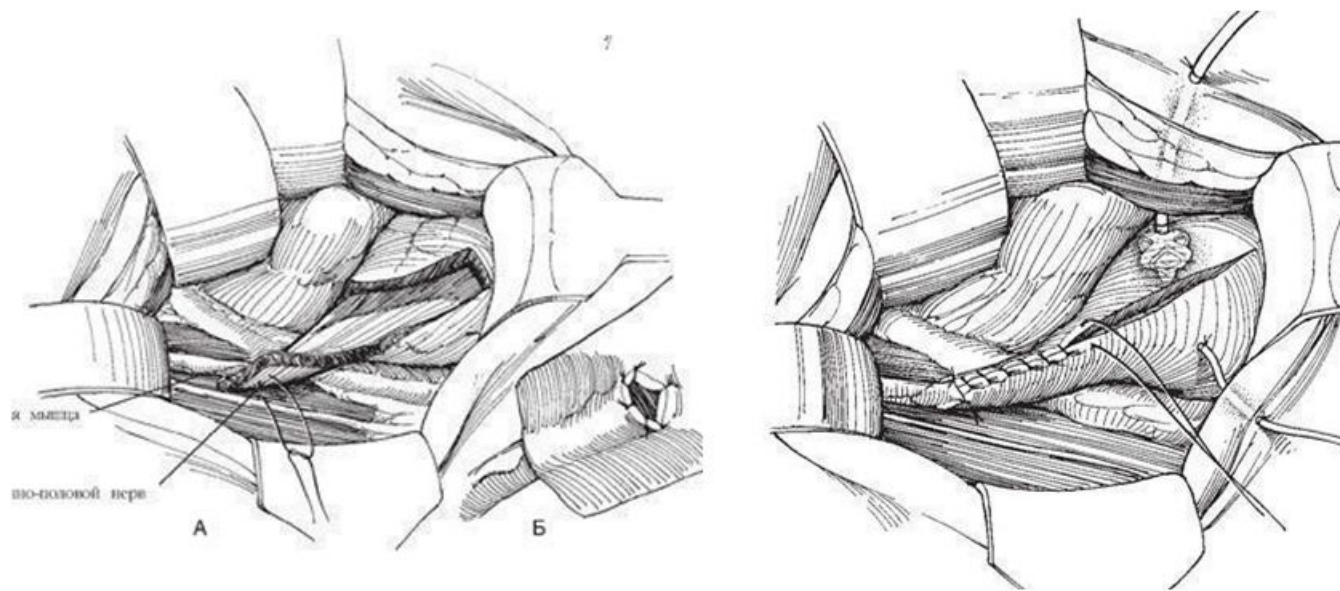




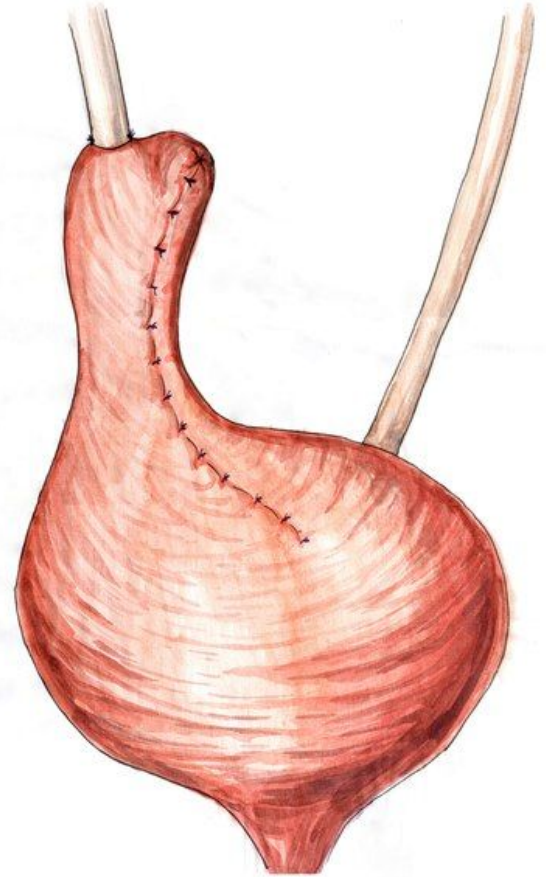
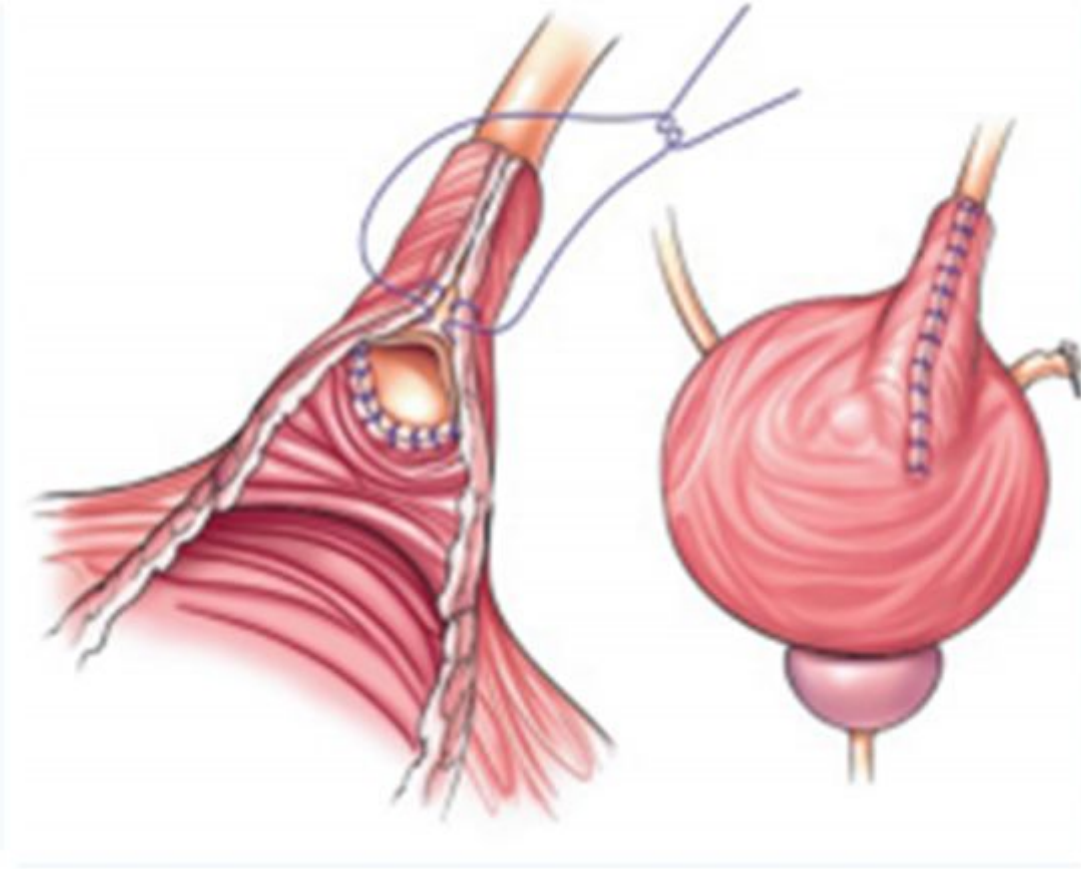
- Ножницами Лахей формируют подслизистый туннель на протяжении 3 см, затем концом ножниц перфорируют слизистую оболочку. На конец ножниц надевают широкий конец тонкой хлорвиниловой трубки 8F и проводят ее по туннелю вверх. Концы шва-держалки, наложенного на мочеточник, привязывают к трубке и проводят мочеточник вниз по туннелю. Конец мочеточника косо срезают и рассекают вдоль.

- Конец мочеточника фиксируют к стенке мочевого пузыря, захватывая слизистую оболочку, узловыми швами.
- По мочеточнику до почечной лоханки вводят тонкую хлорвиниловую трубку, которую фиксируют кетгутовой нитью 3-0 к слизистой оболочке лоскута дистальнее анастомоза.





- ❑ Лоскут ушивают в виде трубки непрерывным швом нитью 4-0, через все слои стенки мочевого пузыря. В забрюшинное пространство через дополнительную контрапертуру устанавливают дренажную трубку.
- ❑ Мочеточниковый стент удаляют на 8-й день после операции, а еще через 2 дня при отсутствии отделяемого из раны удаляют надлобковый катетер.



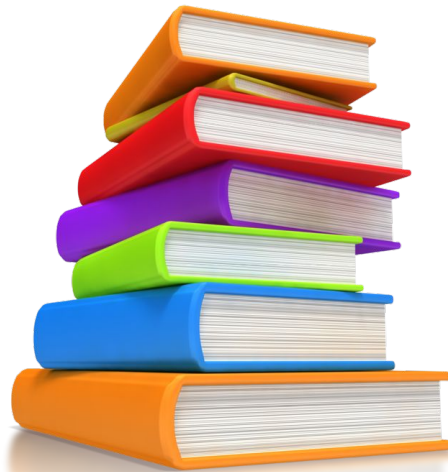
Послеоперационные осложнения:



- Повреждение противоположного мочеточника
- После удаления мочеточникового стента может развиваться инфекция мочевых путей с высокой температурой.
- Подтекание мочи обычно происходит из негерметично ушитой раны мочевого пузыря, а не из анастомоза.
- При несостоятельности швов анастомоза мочеточник интубируют под контролем цистоскопа; мочеточниковый стент оставляют на 5-10 дней.
- Из-за рубцового процесса возможна поздняя стриктура.

Литература:

- Ф. Хинман – Оперативная урология (2001)
- Н. А. Лопаткин – Оперативная урология
- Б. К. Комяков – Урология: учебник (2012)





Спасибо за внимание!

Всем удачи!