



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА  
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

## (12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(52) СПК  
A61B 17/00 (2023.08); A61B 17/92 (2023.08)

(21)(22) Заявка: 2023110067, 20.04.2023

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:  
20.04.2023

Дата регистрации:  
15.01.2024

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 20.04.2023

(45) Опубликовано: 15.01.2024 Бюл. № 2

Адрес для переписки:

197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2,  
ФГБУ "НМИЦ им.В.А.Алмазова", Конради  
Александра Олеговна

(72) Автор(ы):

Мосоян Мкртич Семенович (RU),  
Федоров Дмитрий Александрович (RU),  
Гилев Евгений Сергеевич (RU),  
Васильев Артем Александрович (RU)

(73) Патентообладатель(и):

федеральное государственное бюджетное  
учреждение "Национальный медицинский  
исследовательский центр имени В.А.  
Алмазова" Министерства здравоохранения  
Российской Федерации (RU)

(56) Список документов, цитированных в отчете  
о поиске: RU 2732707 C1, 21.09.2020. RU  
2725852 C1, 06.07.2020. МОСОЯН М.С. и др.  
Новый метод передней реконструкции  
структур малого таза при робот-  
ассистированной радикальной  
простатэктомии для улучшения раннего  
удержания мочи. Экспериментальная и  
клиническая урология 2022, N15(2), С.18-23.  
STUDENT V Jr. et al. Advanced Reconstruction  
of Vesicourethral (см. прод.)

(54) Способ проведения робот-ассистированной лапароскопической радикальной простатэктомии с латеральной реконструкцией малого таза при лечении рака предстательной железы

(57) Реферат:

Изобретение относится к области медицины, а именно к хирургии, и может быть применимо для проведения робот-ассистированной лапароскопической радикальной операции по удалению предстательной железы. Для этого латеральную реконструкцию малого таза выполняют путем иссечения в области внутреннего пахового кольца отрезка семявыносящего протока с одной стороны мочевого пузыря или иссечения отрезков семявыносящих протоков с двух сторон мочевого пузыря, длиной 3-6 см, с использованием коагуляции, при этом середину иссеченного отрезка или иссеченных отрезков фиксируют

соответственно к внутритазовой фасции в соответствии с фиг. 4, а оба конца иссеченного отрезка или иссеченных отрезков фиксируют в V-образной форме к латеральным стенкам шейки мочевого пузыря в соответствии с фиг. 5, с одной или с двух сторон проксимальнее уретроцистоанастомоза. Способ позволяет сохранить анатомию малого таза, нарушенную в ходе выделения мочевого пузыря, предстательной железы и уретры, а также минимизировать риски пролапса тазовых органов, и, как следствие, обеспечить более раннее восстановление удержания мочи в послеоперационном периоде, повысить

эффективность способа. 6 ил., 2 пр.

(56) (продолжение):

Support (ARVUS) during Robot-assisted Radical Prostatectomy: One-year Functional Outcomes in a Two-group Randomised Controlled Trial. Eur Urol. 2017 May, N 71(5):822-830. YU-PENG WU. et al. The efficacy and feasibility of total reconstruction versus nontotal reconstruction of the pelvic floor on short-term and long-term urinary continence rates after radical prostatectomy: a meta-analysis. World Journal of Surgical Oncology.2017, V. 15(228), P.13.

R U 2 8 1 1 6 5 9 C 1

R U 2 8 1 1 6 5 9 C 1



FEDERAL SERVICE  
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(51) Int. Cl.  
*A61B 17/00* (2006.01)  
*A61B 17/94* (2006.01)

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(52) CPC  
*A61B 17/00* (2023.08); *A61B 17/92* (2023.08)

(21)(22) Application: **2023110067, 20.04.2023**

(24) Effective date for property rights:  
**20.04.2023**

Registration date:  
**15.01.2024**

Priority:

(22) Date of filing: **20.04.2023**

(45) Date of publication: **15.01.2024** Bull. № 2

Mail address:

**197341, Sankt-Peterburg, ul. Akkuratova, 2, FGBU  
"NMITS im. V.A. Almazova", Konradi Aleksandra  
Olegovna**

(72) Inventor(s):

**Mosoian Mkrtych Semenovich (RU),  
Fedorov Dmitrii Aleksandrovich (RU),  
Gilev Evgenii Sergeevich (RU),  
Vasilev Artem Aleksandrovich (RU)**

(73) Proprietor(s):

**federalnoe gosudarstvennoe biudzhethnoe  
uchrezhdenie "Natsionalnyi meditsinskii  
issledovatel'skii tsentr imeni V.A. Almazova"  
Ministerstva zdravookhraneniia Rossiiskoi  
Federatsii (RU)**

(54) **METHOD OF PERFORMING ROBOT-ASSISTED LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY WITH LATERAL PELVIC RECONSTRUCTION IN TREATMENT OF PROSTATE CANCER**

(57) Abstract:

FIELD: medicine; surgery.

SUBSTANCE: invention can be used for performing robot-assisted laparoscopic radical surgery to remove the prostate gland. To do this, lateral reconstruction of the small pelvis is performed by excision of a section of the vas deferens on one side of the bladder in the area of the internal inguinal ring or by excision of sections of the vas deferens on both sides of the bladder, 3-6 cm long, using coagulation, with the middle of the excised section or excised the segments are fixed respectively to the intrapelvic fascia in accordance with

Dwg. 4, and both ends of the excised segment or excised segments are fixed in a V-shape to the lateral walls of the bladder neck in accordance with Dwg. 5, on one or both sides proximal to the urethrocystoanastomosis.

EFFECT: method allows to preserve the anatomy of the pelvis, disturbed during the release of the bladder, prostate gland and urethra, as well as minimize the risks of pelvic organ prolapse, and, as a result, ensure earlier restoration of urinary continence in the postoperative period, and increase the effectiveness of the method.

1 cl, 6 dwg, 2 ex

RU 2 811 659 C1

RU 2 811 659 C1

Изобретение относится к области медицины, а именно к хирургии, и может быть применимо для проведения робот-ассистированной лапароскопической радикальной операции по удалению предстательной железы. Известен «Способ проведения лапароскопической радикальной простатэктомии с сохранением предпузырного пространства» (Патент РФ №2676460 от 23.01.2018 г.). Известный способ включает вскрытие париетальной брюшины, выделение простаты, отсечение простаты от мочевого пузыря, выделение семенных пузырьков и семявыносящих протоков, отсечение простаты от уретры, наложение уретроцистоанастомоза и удаление простаты с последующим формированием анастомоза между оставшимся отделом уретры и шейкой мочевого пузыря непрерывным швом, ушиванием дефекта париетальной брюшины отдельными швами и дренированием брюшной полости дренажом. Париетальную брюшину вскрывают в пространстве между задней стенкой мочевого пузыря и прямой кишкой, а удаление простаты производят через доступ в пузырно-прямокишечной ямке, к которой проникают через промежуток между задней стенкой простаты и передней стенкой прямой кишки, для чего его предварительно расширяют, отделяя соответственно заднюю стенку простаты от передней стенки прямой кишки до уровня верхушки предстательной железы, при этом выделяют шейку мочевого пузыря с внутренним отверстием мочеиспускательного канала, а мочевой пузырь от простаты отсекают в области внутреннего отверстия мочеиспускательного канала, обнажая тем самым переднюю поверхность простаты, при этом смещают в сторону лонного симфиза пубопростатические связки с венозным сплетением Санторини, обнажая область верхушки простаты с уретрой и областью мембранозного сфинктера, и затем удаляют простату, отсекая ее непосредственно у ее верхушки.

Недостатком известного способа является то, что выполняемый в нем доступ к предстательной железе вынуждает хирурга работать в анатомически гораздо более узкой зоне, без привычных анатомических ориентиров. Кроме того, применяемый доступ не позволяет выполнить лимфодиссекцию в полном объеме, а также не позволяет провести ревизию мочевого пузыря, визуализировать устья мочеточников, в результате чего появляется высокая вероятность повреждений мочеточников. Известен также способ проведения робот-ассистированной лапароскопической радикальной простатэктомии с латеральной фиксацией шейки мочевого пузыря при лечении рака предстательной железы (Патент RU № 2732707, опубл. 21.09.2020), выбранный в качестве прототипа к заявляемому изобретению. Известный способ включает вскрытие париетальной брюшины, выделение через предпузырное пространство мочевого пузыря, предстательной железы, отсечение предстательной железы от шейки мочевого пузыря, выделение семенных пузырьков и семявыносящих протоков, отсечение предстательной от уретры и ее удаление, с сохранением пубопростатических связок, внутритазовой фасции, лонно-промежностных мышц и фасции Денонвиллье, с последующим формированием анастомоза между шейкой мочевого пузыря и оставшимся отделом уретры, и дренированием малого таза трубчатым дренажом, а также фиксацию шейки мочевого пузыря симметричными лоскутами, иссеченными из внутритазовой фасции, которые фиксируют к шейке мочевого пузыря латерально с двух сторон, проксимальнее сформированного анастомоза, рассасывающимся шовным материалом.

Однако выполнение операции с фиксацией шейки мочевого пузыря известным способом у некоторых пациентов представляется невозможным, поскольку у ряда пациентов ввиду анатомических особенностей строения тканей малого таза создание лоскута внутритазовой фасции либо невозможно в принципе (например, при слабовыраженной тазовой фасции), либо не возымает должного эффекта (например

при широком малом тазе) в связи с невозможностью «дотянуть» сформированный лоскут внутритазовой фасции до шейки мочевого пузыря или же если данный лоскут будет слишком тонкий и не сможет обеспечить фиксацию шейки мочевого пузыря, что в свою очередь не будет обеспечивать профилактику пролапса задней стенки мочевого пузыря и, как следствие, не приведет к более раннему восстановлению удержания мочи у пациентов.

Задача заявляемого изобретения направлена на создание способа проведения робот-ассистированной лапароскопической радикальной простатэктомии с латеральной реконструкцией малого таза при лечении рака предстательной железы, позволяющего повысить его эффективность, снизить вероятность возникновения послеоперационных осложнений и в конечном итоге повысить качество жизни пациентов.

Технический результат, достигаемый изобретением, заключается в возможности сохранения анатомии малого таза, которая была нарушена в ходе выделения мочевого пузыря, предстательной железы и уретры, а также минимизации риска пролапса тазовых органов, и, как следствие, обеспечения более раннего восстановления удержания мочи в послеоперационном периоде, повышающие эффективность способа.

Заявленный технический результат достигается в способе проведения робот-ассистированной лапароскопической радикальной простатэктомии с латеральной реконструкцией малого таза при лечении рака предстательной железы, включающем вскрытие париетальной брюшины, выделение через предпузырное пространство мочевого пузыря, предстательной железы, отсечение предстательной железы от шейки мочевого пузыря, выделение семенных пузырьков и семявыносящих протоков, отсечение предстательной железы от уретры, и ее удаление, с сохранением пубопростатических связок, внутритазовой фасции, лонно-промежностных мышц и фасции Деннонвелье, с последующим формированием уретроцистоанастомоза между шейкой мочевого пузыря и уретрой, и дренированием малого таза трубчатым дренажом, тем, что латеральную реконструкцию малого таза выполняют путем иссечения в области внутреннего пахового кольца отрезка семявыносящего протока с одной стороны мочевого пузыря или иссечения отрезков семявыносящих протоков с двух сторон мочевого пузыря, длиной 3-6 см., с последовательным использованием биполярной и монополярной коагуляций, при этом середину иссеченного отрезка или иссеченных отрезков фиксируют соответственно к внутритазовой фасции в соответствии с фиг. 4, а оба конца иссеченного отрезка или иссеченных отрезков фиксируют в V-образной форме к латеральным стенкам шейки мочевого пузыря в соответствии с фиг. 5, с одной или с двух сторон проксимальнее уретроцистоанастомоза.

Предлагаемое изобретение поясняется фотографиями, где:

на фиг. 1 – представлен этап робот-ассистированной радикальной простатэктомии: предстательная железа удалена, при этом справа отмечаются слабо выраженные пубопростатические связки и внутритазовая фасция;

на фиг. 2 – этап выделения проксимального участка семявыносящего протока в области внутреннего пахового кольца;

на фиг. 3 – отрезок семявыносящего протока для выполнения латеральной реконструкции;

на фиг. 4 – фиксация середины иссеченного отрезка семявыносящего протока рассасывающимся шовным материалом к внутритазовой фасции с одной стороны (справа);

на фиг. 5 – фиксация концов иссеченного отрезка семявыносящего протока в V-образной форме к боковым поверхностям шейки мочевого пузыря с одной стороны;

на фиг. 6 – вид латеральной реконструкции с помощью иссеченных отрезков семявыносящих протоков с двух сторон мочевого пузыря.

Способ проведения робот-ассистированной лапароскопической радикальной простатэктомии с латеральной реконструкцией малого таза при лечении рака предстательной железы осуществляется следующим образом.

Операцию проводят с использованием робот-ассистированной технологии, в частности, с помощью робота Да Винчи, под эндо-трахеальным наркозом (ЭТН). Больного укладывают на спину и производят лапароцентез в верхней либо нижней параумбиликальной точке. Через данный доступ вводят оптический троакар и выполняют наложение карбоксиперитонеума, после чего под визуальным контролем вводят 3 рабочих троакара da Vinci и ассистентский порт латерально слева и справа от срединной линии по стандартной методике. Во время операции пациента располагают в положении Тренделенбурга (с опущенным краниальным и приподнятым каудальным концом). При помощи робота-ассистента вскрывают переднюю стенку париетальной брюшины и осуществляют доступ в предпузырное (Ретциево) пространство. Выделяют вентральную поверхность предстательной железы и шейки мочевого пузыря, при этом не вскрывая внутритазовую фасцию и не пересекая пубопростатические связки.

Следующим этапом выполняют отсечение предстательной железы от шейки мочевого пузыря, после чего выделяют заднюю поверхность предстательной железы, семенные пузырьки и семявыносящие протоки. Семявыносящие протоки клипируют проксимально и пересекают, семенные пузырьки выделяют полностью. Предстательную железу выделяют от окружающих тканей вдоль ее собственной капсулы (псевдокапсулы) с задней (дорзальной) и боковых поверхностей, с сохранением фасции Денонвиллье. Сосудистые ножки предстательной железы коагулируют и пересекают у основания. Затем производят дальнейшую диссекцию латеральных поверхностей предстательной железы, с сохранением (либо без сохранения) сосудисто-нервных пучков. Следующим этапом выполняют апикальную диссекцию, в ходе которой, при выраженной геморрагии выполняют перевязку дорзального сосудистого комплекса, что позволяет минимизировать кровопотерю на данном этапе. Затем предстательную железу отсекают от уретры, удаленную предстательную железу погружают в специальный лапароскопический эвакуатор. После тщательного гемостаза ложа удаленной предстательной железы формируют уретроцистоанастомоз между шейкой мочевого пузыря и уретрой с использованием рассасывающегося шовного материала, непрерывным швом, на уретральном катетере Фолея 18 Ch. Уретральный катетер Фолея 18 Ch заменяют на аналогичный, для контроля герметичности уретроцистоанастомоза путем введения по катетеру в мочевой пузырь 100 мл физиологического раствора. Далее в области внутреннего пахового кольца с одной или с двух сторон мочевого пузыря выделяют проксимальную часть семявыносящих протоков на необходимом для реконструкции протяжении, длина отрезков может варьировать от 3 до 6 см, после чего выполняют иссечение данных участков с последовательным использованием биполярной и монополярной коагуляций.

Следующим этапом выполняют латеральную реконструкцию малого таза путем иссечения отрезка семявыносящего протока с одной стороны мочевого пузыря или иссечения отрезков семявыносящих протоков с двух сторон мочевого пузыря, середину иссеченного отрезка или иссеченных отрезков фиксируют соответственно к внутритазовой фасции в соответствии с фиг. 4, а оба конца иссеченного отрезка или иссеченных отрезков фиксируют в V-образной форме к боковым поверхностям шейки мочевого пузыря в соответствии с фиг. 5 с одной или с двух сторон проксимальнее

уретроцистоанастомоза. В малый таз к зоне анастомоза устанавливается дренажная трубка через троакарную рану. Проводят десуфляцию углекислого газа из брюшной полости, после чего выполняют послойное ушивание ран.

5 С использованием заявляемого способа в клинике урологии ФГБУ «НМИЦ им В.А. Алмазова» выполнен ряд робот-ассистированных лапароскопических радикальных простатэктомий с латеральной реконструкцией малого таза. Возможность проведения робот-ассистированного лапароскопического удаления предстательной железы по предлагаемому способу подтверждается клиническими примерами выполнения такой операции.

10 Пример 1: Больной И., 66 лет. Дата поступления – 05.04.2022г.

15 Диагноз: Рак простаты T2aN0M0. Уровень ПСА – 9,7 нг/мл. Результаты мультифокальной биопсии предстательной железы: выявлена ацинарная аденокарцинома, сумма баллов по Глиссону 3+4=7 от февраля 2022 года. По результатам магнитно-резонансной томографии малого таза объем предстательной железы 81 см<sup>3</sup>, признаков экстракапсулярной экстензии процесса не выявлено. Данных за поражение семенных пузырьков, лимфатических узлов не получено.

06.04.22. была проведена операция робот-ассистированная лапароскопическая радикальная простатэктомия. Под ЭТН, в положении больного лежа на спине с раздвинутыми и согнутыми в коленных суставах ногами, выполнен лапароцентез в 20 нижней параумбиликальной точке, наложен карбоксиперитонеум. Троакары робота da Vinci установлены в типичных местах. Через переднюю стенку париетальной брюшины осуществлен доступ в предпузырное пространство. При помощи робота-ассистента выделена шейка мочевого пузыря, предстательная железа, значительно увеличенная в размерах, уретра. Семявыносящие протоки на уровне задней поверхности 25 предстательной железы коагулированы проксимально, пересечены. Предстательная железа отсечена от шейки мочевого пузыря, уретры, предстательная железа удалена вместе с семенными пузырьками, с сохранением фасции Денонвилье, пубопростатических связок, внутритазовой фасции, сосудисто-нервных пучков. Выполнен тщательный гемостаз ложа предстательной железы. Наложено уретроцистоанастомоз между мочевым 30 пузырем и уретрой на уретральном катетере Фолея 18Ch. При введении в полость мочевого пузыря по уретральному катетеру 50 мл физиологического раствора - уретроцистоанастомоз герметичен. Контроль гемостаза. В области внутреннего пахового кольца с обеих сторон мочевого пузыря иссечены проксимальные отрезки семявыносящих протоков. Учитывая слабо выраженные пубопростатические связки и 35 внутритазовую фасцию у данного пациента, при помощи рассасывающегося шовного материала (Vicryl 4/0) выполнена фиксация иссеченных отрезков семявыносящих протоков с двух сторон от мочевого пузыря. Были иссечены отрезки семявыносящих протоков с одной и другой стороны мочевого пузыря длиной 4 см. Средняя часть каждого из этих отрезков семявыносящих протоков фиксирована с соответствующей 40 стороны к внутритазовой фасции, а оба конца каждого из этих отрезков фиксированы в V-образной форме к латеральным стенкам шейки мочевого пузыря с соответствующей стороны. Гемостаз – сухо. Дренаж в малый таз, выведен в левой подвздошной области. Десуфляция. Швы на раны. Асептические наклейки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж был удален на 3-и сутки после операции. На 7-е сутки послеоперационного периода выполнена цистография, по данным которой мочепузырно-уретральный анастомоз герметичен, уретральный катетер удален. Самостоятельное мочеиспускание восстановлено. Отмечается немедленное удержание 45 мочи. Швы удалены на 8-е сутки. Больной выписан из стационара на 8-е сутки

послеоперационного периода.

Пример 2: Больной Т., 70 лет. Дата поступления – 11.07.2022 г.

Диагноз: Рак простаты T2bN0M0.

По поводу повышения уровня ПСА крови до 5,9 нг/мл выполнена трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы, гистологически - ацинарная аденокарцинома, сумма баллов по Глиссону 3+3=6 (от марта 2022 года). По данным МРТ малого таза объем предстательной железы 92 см<sup>3</sup>, в периферической зоне правой доли определяется патологический очаг (PIRADS-4), без признаков экстракапсулярной экстензии. Данных за поражение семенных пузырьков, лимфатических узлов не

получено.

12.07.22. Больному была выполнена операция – робот-ассистированная лапароскопическая радикальная простатэктомия.

Под ЭТН, в положении больного лежа на спине с раздвинутыми и согнутыми в коленных суставах ногами, выполнен лапароцентез в нижней параумбиликальной точке, наложен карбоксиперитонеум. Троякары робота da Vinci введены в типичных местах. Через переднюю стенку париетальной брюшины осуществлен доступ в предпузырное пространство. При помощи робота-ассистента выделена шейка мочевого пузыря, предстательная железа, значительно увеличенная в размерах, уретра. Семявыносящие протоки на уровне задней поверхности предстательной железы коагулированы проксимально, пересечены. Предстательная железа отсечена от шейки мочевого пузыря, уретры, предстательная железа удалена вместе с семенными пузырьками, с сохранением фасции Денонвилье, пубопростатических связок, внутритазовой фасции, частичным сохранением сосудисто-нервных пучков справа и полным сохранением - слева. Выполнен тщательный гемостаз ложа предстательной железы. Наложены уретроцистоанастомоз между мочевым пузырем и уретрой на уретральном катетере Фолея 18Ch. При введении в полость мочевого пузыря по уретральному катетеру 50 мл физиологического раствора - анастомоз герметичен. Контроль гемостаза. В области внутреннего пахового кольца с правой стороны мочевого пузыря иссечен проксимальный отрезок семявыносящего протока. Учитывая слабо выраженные пубопростатические связки и внутритазовую фасцию у данного пациента, при помощи рассасывающегося шовного материала (Vicryl 4/0) выполнена фиксация иссеченного отрезка семявыносящего протока с правой стороны от мочевого пузыря. Был иссечен отрезок семявыносящего протока с правой стороны мочевого пузыря длиной 6 см. Средняя часть этого отрезка семявыносящего протока фиксирована с правой стороны к внутритазовой фасции, а оба конца этого отрезка фиксированы в V-образной форме к латеральным стенкам шейки мочевого пузыря с правой стороны. Гемостаз – сухо. Дренаж в малый таз, выведен в правой подвздошной области. Десуфляция. Швы на раны. Асептические наклейки. Послеоперационный период протекал без особенностей. Дренаж был удален на 3-и сутки после операции. На 7-е сутки послеоперационного периода уретральный катетер удален. Самостоятельное мочеиспускание восстановлено. Отмечается немедленное удержание мочи. Швы удалены на 8-е сутки. Больной выписан из стационара на 8-е сутки послеоперационного периода.

Таким образом, заявляемый способ позволяет сохранять анатомию малого таза, нарушенную в ходе выделения мочевого пузыря, предстательной железы и уретры, а также минимизировать риск пролапса тазовых органов, и, как следствие, обеспечить более раннее восстановление удержания мочи в послеоперационном периоде, а следовательно повысить эффективность способа.



## (57) Формула изобретения

Способ проведения робот-ассистированной лапароскопической радикальной простатэктомии с латеральной реконструкцией малого таза при лечении рака предстательной железы, включающий вскрытие париетальной брюшины, выделение через предпузырное пространство мочевого пузыря, предстательной железы, отсечение предстательной железы от шейки мочевого пузыря, выделение семенных пузырьков и семявыносящих протоков, отсечение предстательной железы от уретры и ее удаление, с сохранением пубопростатических связок, внутритазовой фасции, лонно-промежностных мышц и фасции Деннонвелье, с последующим формированием уретроцистоанастомоза между шейкой мочевого пузыря и уретрой и дренированием малого таза трубчатым дренажем, отличающийся тем, что латеральную реконструкцию малого таза выполняют путем иссечения в области внутреннего пахового кольца отрезка семявыносящего протока с одной стороны мочевого пузыря или иссечения отрезков семявыносящих протоков с двух сторон мочевого пузыря, длиной 3-6 см, с использованием коагуляции, при этом середину иссеченного отрезка или иссеченных отрезков фиксируют к внутритазовой фасции, а оба конца иссеченного отрезка или иссеченных отрезков фиксируют в V-образной форме к латеральным стенкам шейки мочевого пузыря, с одной или с двух сторон проксимальнее уретроцистоанастомоза.

20

25

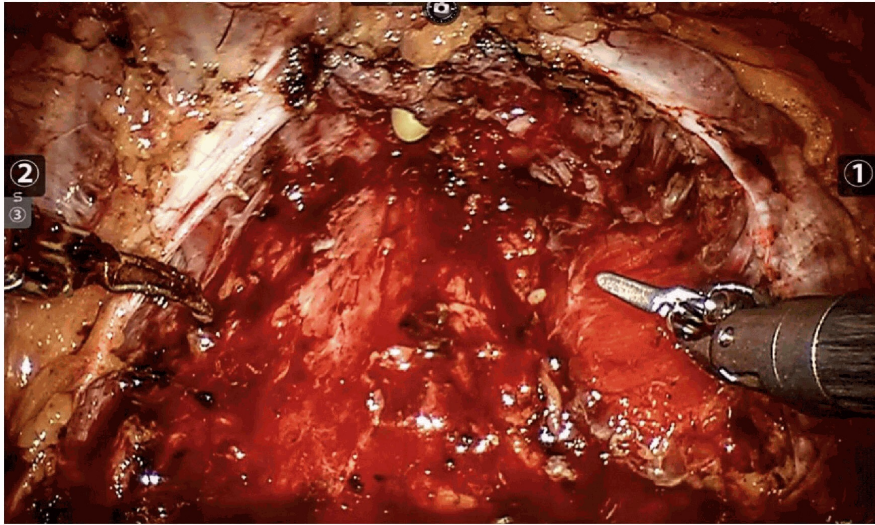
30

35

40

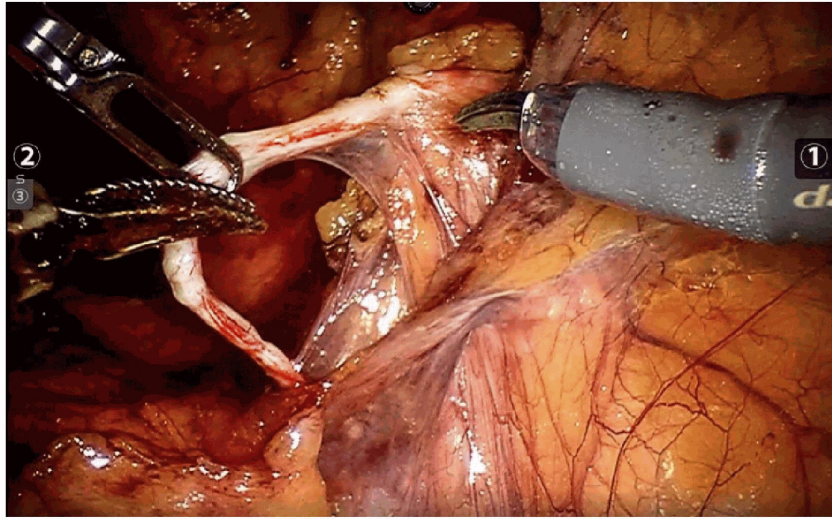
45

1

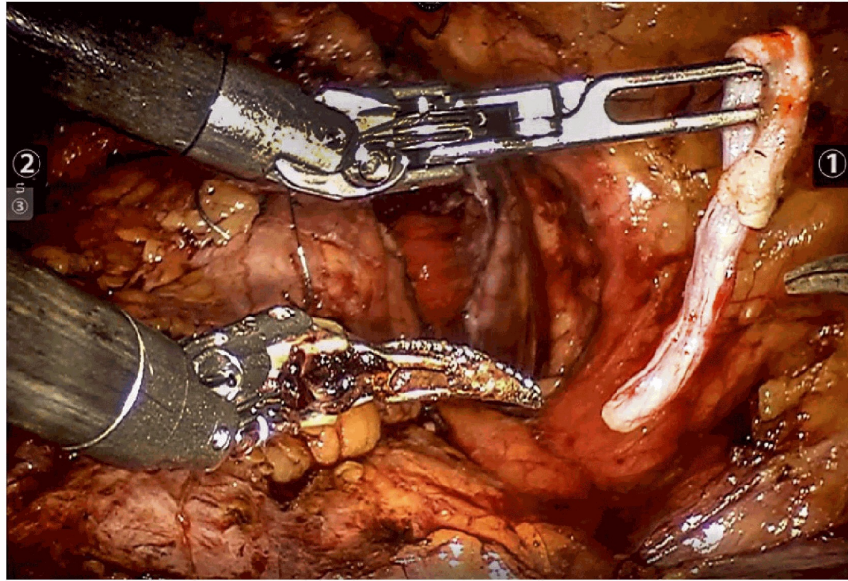


Фиг. 1

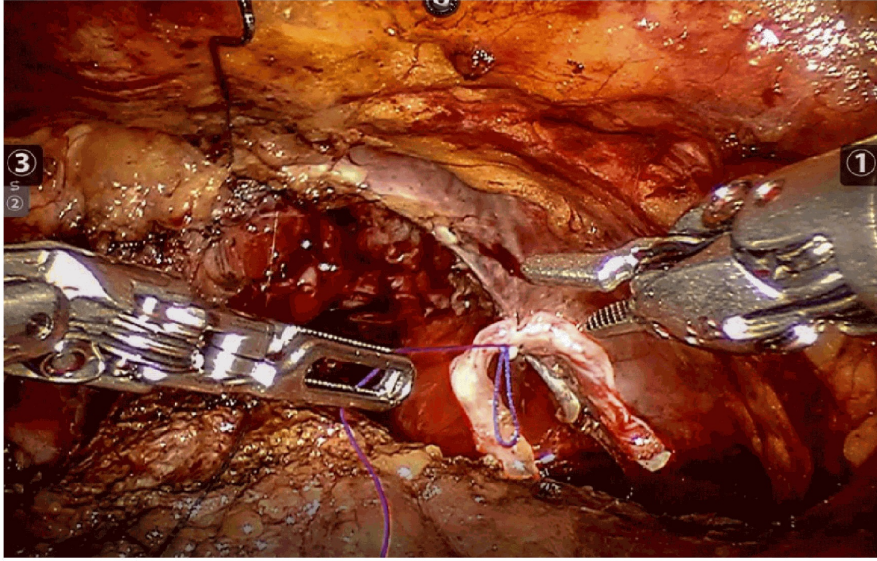
2



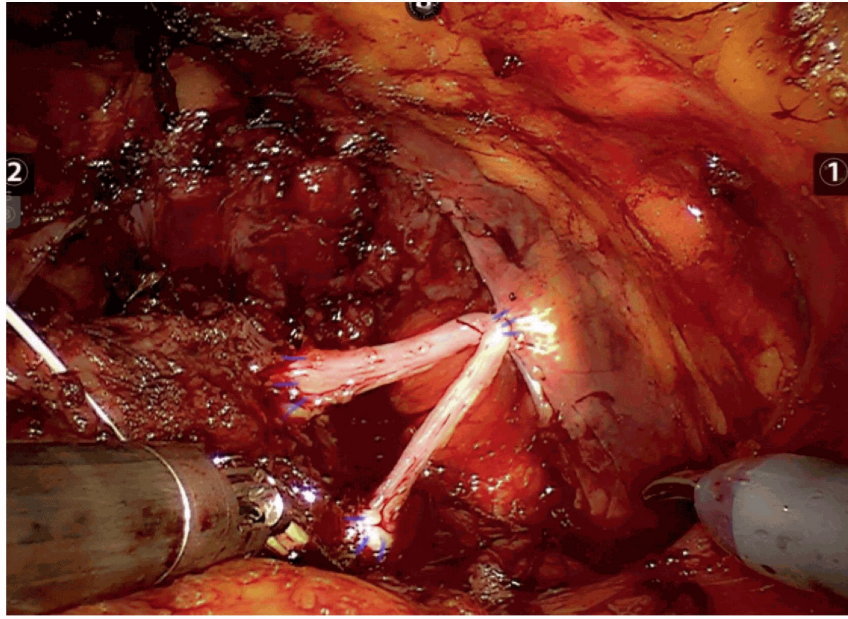
Фиг. 2



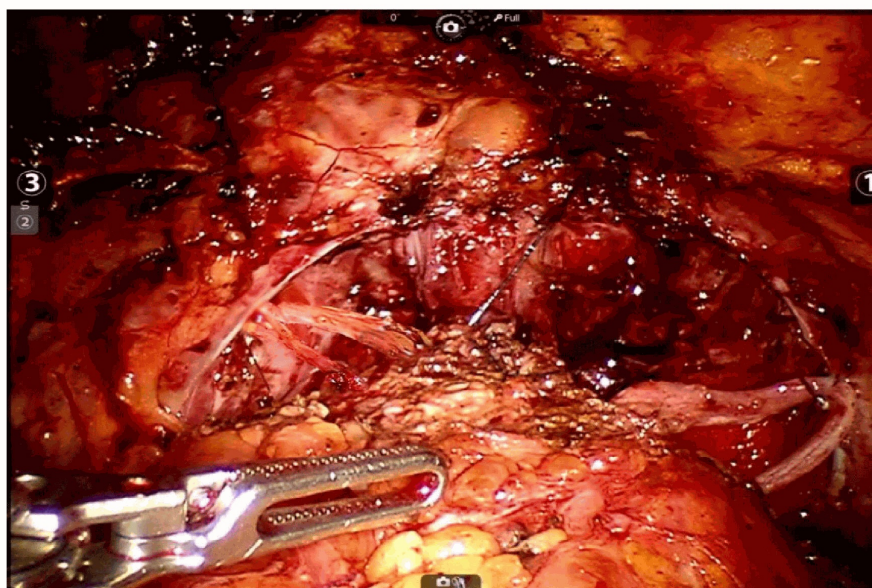
Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6