

Опухоли мочеполовой системы (не простатический): хирургическое лечение

Робот-ассистированная радикальная цистэктомия с интракорпоральным формированием мочевого резервуара. Опыт одного центра

*Урманцев Марат Фаязович, Павлов Валентин Николаевич, Сафиуллин Руслан Ильясович,
Денейко Антон Сергеевич*

Место работы:

ФГБОУ ВО «БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МЗ РФ

E-mail:

urmantsev85@mail.ru, pavlov@bashgmu.ru, russafullin@yandex.ru, antonden45@mail.ru

Ключевые слова:

робот-ассистированная, рак мочевого пузыря, Da Vinci, цистэктомия, Брикер, Штудер

Актуальность:

Основным методом оперативного лечения больных с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря (РМП) остаётся радикальная цистэктомия (РЦ). За последние годы при выполнении РЦ наряду с открытым используются лапароскопический и робот-ассистированный (РА) доступы. Однако, мало работ, которые оценивают результаты РАРЦ с интракорпоральным формированием «мочевых» резервуаров.

Цель:

Оценка ранних и поздних хирургических осложнений пациентов перенесших РАРЦ с использованием роботической системы Da Vinci.

Материалы и методы:

В Клинике БГМУ в период с января 2018г. по май 2020г. выполнено 70 РАРЦ по поводу мышечно-инвазивного РМП. Возраст пациентов от 42 до 80(в среднем 68,6 года); женщин было 3, мужчин – 67. Экстракорпоральное формирование илеокондуита выполнено у 4 пациентов, на этапе обучения, интракорпоральное формирование илеокондуита – у 66. У 3 пациентов выполнено формирование ортотопического мочевого пузыря по методу Штудер.

Результаты:

Среднее время операции с интракорпоральным формированием илеокондуита составило 220 мин, (первые операции) до 350 мин, минимальная продолжительность операции составила 160 мин. Продолжительность РАРЦ с формированием ортотопического мочевого пузыря по Штудеру составила 350мин. Средняя кровопотеря составила 280 мл(50-750). Распределение по стадиям по дан-

ным гистологического исследования: pT1–7(10%), pT2a—12(17%), pT2b —17(24%), pT3a —12 (17%), pT3b —14 (20%), pT4a – 8 (11%) пациентов. Метастатическое поражение ЛУ отмечено у 12 (17%) больных. В первые 30 суток после РАРЦ осложнения развились у 7 (17,5 %) больных. У 5 (7 %) пациентов диагностирован острый пиелонефрит, что потребовало смены антибактериальной терапии. У 4 больных (6%) проводилась гемотранфузия (осложнение II ст). С серьезными осложнениями мы столкнулись у 3 (4,2 %) пациентов – потребовалось выполнение релапаротомии (осложнение IIIb ст), причиной чего стала несостоятельность кишечно-мочеточниковых анастомозов и развитие перитонита. При наблюдении в течение 90 суток в одном случае выявлен рецидив опухоли в уретре, была проведена операция-уретрэктомия(осложнение IIIa ст).

Выводы:

РА вмешательства при РМП являются достойной альтернативой открытым и лапароскопическим операциям и демонстрируют не только сопоставимые с открытым и лапароскопическим подходами результаты, но и превосходят их по ряду параметров.

Список литературы:

1. Hussein A.A., Ahmed Y.E., Kozlowski J.D. et al. Robot-assisted approach to “W”-configuration urinary diversion: step-by-step technique. BJU Int 2017;120:152-7.
2. Simone G., Papalia R., Misuraca L. et al. Robotic intracorporeal padua ileal bladder: surgical technique, perioperative, oncologic and functional outcomes. Eur Urol 2018;73:934-40.
3. Zakaria A.S., Santos F., Dragomir A. et al. Postoperative mortality and complications after radical cystectomy for bladder cancer in Quebec 2000-2009. Can Urol Assoc J 2014;8:259-67.