

## РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ДИВЕРТИКУЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Козлов Ю.А.<sup>1-3</sup>, Полоян С.С.<sup>1,3</sup>, Сапухин Э.В.<sup>1</sup>, Страшинский А.С.<sup>1</sup>,  
Марчук А.А.<sup>1</sup>, Рожанский А.П.<sup>3</sup>, Муравьев С.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Детская областная клиническая больница, Иркутск, Россия;

<sup>2</sup> Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия;

<sup>3</sup> Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

**Обоснование.** Представлено описание случая лечения пациента с дивертикулом мочевого пузыря с использованием робот-ассистированного подхода и сообщаем о его краткосрочных результатах.

**Описание клинического случая.** Мы представляем случай успешного лечения дивертикула мочевого пузыря, выполненного с помощью робот-ассистированной техники у 4-летнего мальчика. Диагноз заболевания был установлен на основании ригидной цистоскопии и рентгеновской визуализации, включая микционную цистоуретрографию и КТ-урографию. КТ-урограмма продемонстрировала дивертикул мочевого пузыря размерами 6×4×3 см, смещающий латерально дистальный отдел левого мочеточника у основания мочевого пузыря. Ригидная цистоскопия показала, что дивертикул расположен медиальнее левого устья мочеточника и имеет шейку, диаметр которой составляет 3–4 мм. В связи с близостью дивертикула к мочеточнику был установлен стент. Робот-ассистированную дивертикулэктомию выполняли с помощью хирургического робота Versius производства компании SMR (Великобритания). Эта система представляет собой модульную открытую роботическую платформу с инструментами, способными проходить через 5-мм лапароскопические порты. Она состоит из комбинации модулей — одного визуализационного и нескольких (максимум 3) инструментальных, позволяющих свободно располагать их вокруг пациента, обеспечивая доступ к пациенту в любое время. Процедура начиналась с рассечения переходной складки брюшины медиально от устья левого мочеточника. Идентифицировался левый мочеточник. Из околопузырной жировой клетчатки выделялось дно дивертикула и захватывалось атравматичным зажимом. Выполнялась мобилизация дивертикула из окружающих тканей с использованием коагуляционного крючка. Мобилизовалось основание дивертикула. На шейку дивертикула накладывалось две петли Roeder. Дивертикул отсекался. Производилось наложение отдельных швов на детрузор с целью укрытия культи дивертикула. Затем дивертикул извлекался через оптическую канюлю. Длительность операции составила 90 мин. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не наблюдалось. Полость мочевого пузыря была герметична, признаки формирования уриномы не регистрировались. Мочевой катетер был удален на следующий день после операции. Продолжительность пребывания пациента в больнице составила 7 дней. Гистологическое исследование продемонстрировало признаки, соответствующие ложному дивертикулу мочевого пузыря с наличием в его стенке единичных мышечных волокон. Мочеточниковый стент удалялся через 1 мес. после операции. Через 6 мес. выполнялась контрольная микционная цистография, которая продемонстрировала отсутствие деформации контура мочевого пузыря.

**Заключение.** Робот-ассистированная дивертикулэктомия у детей является технически осуществимым подходом к лечению врожденных дивертикулов мочевого пузыря. Этот метод предлагает преимущества роботизированного подхода, такие как оптимальная 3D-визуализация области малого таза и уникальная маневренность роботических инструментов при манипуляциях в условиях малого по размерам анатомического пространства.

**Ключевые слова:** робот-ассистированная хирургия; дивертикул мочевого пузыря; дети.