

- and outpatient phases. Russian Journal of Cardiology. – 2009. – №4. – P. 94–111.
6. **RYABYKINA G.V., SOBOLEV A.V.** ECG monitoring with the analysis of heart rhythm variability. – Moscow: Medpraktika, 2005. – 222 p.
 7. **ANTZELEVITCH C.** Ionic, molecular, and cellular of QT – interval prolongation and torsade de pointes. Europace. 2007; №9(4): P. 4–15.
 8. **ARORA S., MOOKADAM F., SRIVATHSAN K.** Interventional management of atrial fibrillation. Expert Rev. Cardiovasc. Ther. 2010; №8(7): P. 949–958.
 9. **CENTURIÓN O.A.** Clinical implications of the P wave duration and dispersion: relationship between atrial conduction defects and abnormally prolonged and fractionated atrial endocardial electrograms. Int. J. Cardiol. 2009; Vol. 1, № 134(1): P. 6–8.
 10. **DILAVERIS P.E., GIALAFUS J. E.** P wave dispersion novel predictor of paroxysmal AF. Ann. Noninvasive Electrocardiol. 2001; №6: P. 159–165.
 11. **DOGAN A., AVSAR A., OZTURK M.** P-wave dispersion for predicting maintenance of sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation. Am. J. Cardiol. 2004; № 93(3): P. 368–371.
 12. **LÁBROVÁ R., SPINAR J., HONZÍKOVÁ N.** Radiofrequency ablation in treatment of atrial fibrillation. Physiol. Res. 2010; № 59, Suppl. 1: P. 43–49.
 13. **RASCHI E., BORIANI G., DE PONTI F.** Targeting the arrhythmogenic substrate in atrial fibrillation: focus on structural remodeling. Curr. Drug Targets. 2011; №12(2): P. 263–286.
 14. **STIELL I.G., MACLE L.** Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: management of recent-onset atrial fibrillation and flutter in the emergency department. Can. J. Cardiol. 2011; №27(1): P. 38–46.
 15. **YILMAZ R., DEMIRBAG R.** P-wave dispersion in patients with stable coronary artery disease and its relationship with severity of the disease. J. Electrocardiol. 2005; №38(3): P. 279–284.

INTRAKORPORALE HARNABLEITUNG BEI DER ROBOTERASSISTIERTEN RADIKALEN ZYSTEKTOMIE (RARC) — ERGEBNISSE UND ERFAHRUNGEN NACH 50 PATIENTEN

S. Edeling, S. Pokupic

da Vinci-Zentrum Hannover,
Vinzenzkrankenhaus Hannover gGmbH, Hannover

Die roboter-assistierte Zystektomie (=RARC) wird seit 2005 zunächst in den USA und nun auch in Europa durchgeführt. Erste onkologische Daten bezüglich positiver Absetzungsänder, Anzahl der entfernten Lymphknoten und 5-Jahre-Überleben zeigen keine Unterschiede zur offenen Operation. Vorteile bestehen in der niedrigeren Komplikationsrate, einem verkürzten Krankenhausaufenthalt und einem geringen intraoperativen Blutverlust. Obwohl die Durchführung einer intrakorporalen Harnableitung möglich ist und sich erst durch diese die vollen Vorteile der minimalinvasiven Chirurgie ergeben, werden zur Zeit noch knapp 80% der RARCs mit einer extrakorporalen Harnableitung durchgeführt.

Wir berichten über unsere Erfahrungen bei der Durchführung einer RARC mit intrakorporalem Ileumconduit und intrakorporaler Neoblase und vergleichen die Outcomes.



edeling@vinzenzkrankenhaus.de,
0511-950-19356,
pokupic@vinzenzkrankenhaus.de,
0511-950-19355,