

до 8 суток. В данной группе у 14 (70%) больных в цитограммах обнаружены клетки с гипертрофированными ядрами, грубозернистым хроматином с базофильной цитоплазмой, скопление промежуточных клеток плоского и цилиндрического эпителий. Среднее пребывание пациентов на стационарном лечении составило 8-9 дней. Через 12 месяцев после операционного лечения у 4 (20%) пациенток отмечены рецидивы опущения половых органов.

Заключение

Таким образом, эндоскопическая латеральная суспензия с укреплением связочного

аппарата матки синтетическим материалом является высоко эффективным хирургическим методом лечения опущения и выпадения половых органов у женщин репродуктивного возраста, который позволяет восстановить анатомию таза и корректировать дефекты поддерживающего аппарата таза. Данная методика, направленная на укрепление латеральных структур и разработанная на основе поддерживающего аппарата, позволяет снизить сроки пребывания на стационарном лечении в 2-3 раза и предотвращает процессы дальнейшего пролапса гениталии.

Сведения об авторах статьи:

Никитин Николай Ильич – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел.: 8(347) 273-40-86. E-mail: geninik.nikitin@yandex.ru.
Аллаярова Виктория Флоритовна – врач-ординатор гинекологического отделения ГБУЗ РБ ГКБ №13. Адрес: г. Уфа ул. Нежинская, 28. Тел.: 8(3472) 16-13-13. E-mail: medicine19041988@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерская агрессия / под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ООО «Издательство журнала Status Praesens», 2011. – 688 с.
2. Баггиш, М.С. Атлас анатомии таза и гинекологической хирургии / М.С. Баггиш, М.М. Каррам: пер. с англ./ под ред. Л.В. Адамян. – Лондон: Els. Ltd., 2009. – 1184 с.
3. Гомел, В. Реконструктивная и репродуктивная хирургия в гинекологии / В. Гомел, Э.И. Брилл. – М.: Лаборатория знаний, 2015. – С. 439.
4. Кулаков, В.И. Гинекология: национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1088 с.
5. Кулавский, В.А. Несостоятельность мышц тазового дна женщин / В.А. Кулавский, Н.И. Никитин, Е.В. Кулавский. – Уфа, Изд-во Типография г. Салават, 2011. – 276 с.
6. Стрижаков, А.Н., Давыдов, А.И. Влагалищная хирургия: Атлас. – М.: Изд-во «ОСЛН», 2008. – 256 с.

REFERENCES

1. Obstetric aggression / ed. V.E. Radzinsky. – M.: LLC "Publishing House of the journal Status Praesens", – 2011. – 688p. (In Russ.).
2. Baggish, M.S. Atlas of the anatomy of the pelvis and gynecological surgery / M.S. Baggish, M.M. Carram; per. from English, ed. L.V. Adamyam. – London: Els. Ltd., 2009. – 1184 p. (In Russ.).
3. Gomel, V. Reconstructive and reproductive surgery in gynecology / V. Gomel, EI Brill // Publishing House "Knowledge Laboratory". – Moscow. 2015. – P.439. (In Russ.).
4. Kulakov, V.I. Gynecology: national leadership / ed. IN AND. Kulakova, I.B. Manukhina, G.M. Savelyeva. – M.: GEOTAR-Media, 2009. – 1088 p. (In Russ.).
5. Kulavsky, V.A. Poor pelvic floor muscle failure / V.A. Kulavsky, N.I. Nikitin, E.V. Kulavsky // – Ufa, Izd-vo Tipografiya g. Salavat, 2011. – 276 p. (In Russ.).
6. Strizhakov A.N. Vaginal surgery. Atlas. / A.N. Strizhakov, A.I. Davydov // OSLN Publishing House. Moscow, – 2008. – 256 p. (In Russ.).

УДК 61-617-089-617.551-009.7

© Коллектив авторов, 2019

О.В. Галимов, В.О. Ханов, Р.А. Зиангиров, Ю.В. Костина, И.Н. Сафин, Д.М. Миннигалин **ПРОБЛЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ** *ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»* *Минздрава России, г. Уфа*

Цель исследования – проанализировать ведение пациентов с полипами желчного пузыря в хирургическом стационаре.

Материал и методы. Проведен анализ заболеваемости 52 больных с полипами желчного пузыря с 2015 по 2019 гг. в Клинике хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава РФ. Всем пациентам с верифицированными полипами желчного пузыря проведена лапароскопическая холецистэктомия.

Результаты. Проведен анализ 42 лапароскопических холецистэктомий при диагностированных полипах желчного пузыря. Полипы желчного пузыря диагностированы как дооперационно, так и явились находкой во время оперативного вмешательства по поводу желчно-каменной болезни (3 случая). Сравнительный анализ проведенных дооперационных методов обследования не выявил преимуществ какого-либо одного метода исследования. При гистологическом исследовании удаленного желчного пузыря наиболее часто обнаруживали гиперпластический полип – у 20 (47,6 %), аденоматозные полипы имели место у 19 (45,3 %) и холестерозные – у 3 (7,1 %). Наиболее частой локализацией процесса являлось тело желчного пузыря. В равном числе наблюдений полипы располагались в области дна и шейки пузыря. Малый размер полипа (до 3-х мм) выявлен у 11 (21,2 %) больных, наиболее часто имели место полипы размером от 5 до 10 мм (78,8 %). Одиночные полипы были обнаружены у 45 (86,5 %) пациентов, по два полипа и более – у 7 (13,5 %) пациентов.

Заключение. Полипы желчного пузыря являются распространенной патологией и часто сочетаются с желчно-каменной болезнью. Нередко полипы являются причиной воспаления желчного пузыря и поджелудочной железы, а также имеют потенциальную возможность злокачественного перерождения, поэтому увеличивается число показаний к оперативному лечению.

Ключевые слова: полипы желчного пузыря, калькулезный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия.

O.V. Galimov, V.O. Khanov, R.A. Ziangirov, U.V. Kostina, I.N. Safin, D.M. Minnigalin
THE PROBLEM OF SURGICAL TREATMENT OF GALLBLADDER POLYPS

The aim of the study was to analyze the management of patients with gallbladder polyps in a surgical hospital.

Materials and methods The analysis of the morbidity of 52 patients with gallbladder polyps from 2015 to 2019 in the Surgery Clinic of the BSMU was carried out. All patients with verified gallbladder polyps underwent laparoscopic cholecystectomy.

Results: based on the study, the analysis of 42 laparoscopic cholecystectomies in diagnosed gallbladder polyps was carried out. Gallbladder polyps were diagnosed both preoperatively and were a find during surgery for gallstone disease (3 cases). Comparative analysis of preoperative methods of examination did not reveal the advantages of any one method of investigation. Histological examination of the removed gallbladder most often revealed hyperplastic polyp-in 20 (47.6 %), adenomatous polyps occurred in 19 (45.3 %) and cholesterolose – in 3 (7.1 %). The most frequent localization of the process was the body of the gallbladder. In an equal number of observations, polyps were located in the bottom and neck of the bladder. Small polyp size (up to 3 mm) was detected in 11 (21.2 %) patients, the most common polyps were from 5 to 10 mm (78.8 %). Single polyps were found in 45 (86.5 %) patients, two polyps or more- in 7 (13.5 %) patients.

Conclusion: Gallbladder polyps are a common pathology and are often combined with gallstone disease. Often polyps are the cause of inflammation of the gallbladder and pancreas, and also have the potential for malignant degeneration, so the number of indications for surgical treatment increases.

Key words: gallbladder polyps, gallbladder defects, laparoscopic cholecystectomy.

Полипы желчного пузыря (ПЖП) представляют собой одно из малоизученных заболеваний гепатобилиарной системы. Распространенность полиповидных образований желчного пузыря среди населения составляет от 1,5 до 9,5% [2]. Выявление их в последние годы существенно увеличилось [1,3,7], что, очевидно, связано с усовершенствованием процесса инструментальной диагностики. Согласно кокрейновскому обзору группы Wennmacker S.Z. (2018) в общей популяции из 1000 человек в 6,4% наблюдений при ультразвуковом исследовании выявляются полипы желчного пузыря [7]. Рост заболеваемости ПЖП, очевидно, обусловлен не только увеличением числа больных, но и совершенствованием методов диагностики [4,5,6], в частности ультразвукового исследования, которое выявляет полипы и описывает различные формы патологии желчного пузыря. Особенность этого заболевания в том, что оно не имеет ярких очерченных клинических проявлений. Жалобы чаще представлены болевым синдромом в правом подреберье различной интенсивности, при присоединении инфекции клиническая картина напоминает острый холецистит. Вопросы дифференциальной диагностики и показания к оперативному лечению остаются нерешенными. Зачастую «ложноотрицательные» или «ложноположительные» результатов исследований способствуют расширению показаний к оперативному лечению пациентов с такого рода новообразованиями и выполнению неадекватных вмешательств. В настоящее время используются два метода ультразвукового исследования для выявления полипов желчного пузыря и установления их типа: трансабдоминальное ультразвуковое исследование (ТАУЗИ), использующее ультразвук для дифференцировки между разными видами тканей, и эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУЗИ). При этом доказательств того, что ЭУЗИ имеет преимущества перед ТАУЗИ при

дифференцировке между истинными и псевдополипами, а также между доброкачественными, предраковыми или злокачественными полипами, получено недостаточно [7]. При малых размерах полипа (до 3–4 мм) и их локализации в области шейки желчного пузыря ультразвукографическая диагностика затруднена из-за ограничения подвижности образований. В большинстве случаев для верифицирования диагноза используется компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости.

Цель исследования – проанализировать ведение пациентов с полипами желчного пузыря в хирургическом стационаре.

Материал и методы

Проведен анализ заболеваемости 52 больных с полипами желчного пузыря с 2015 по 2019 гг. в Клинике хирургии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ. Всем пациентам с верифицированными полипами желчного пузыря проведена лапароскопическая холецистэктомия. Среди госпитализированных пациентов преобладали женщины – 41(78,8%), среди мужчин полипы желчного пузыря выявлены у 11 человек (21,2%). Возраст больных варьировал от 27 до 73 лет.

В большинстве случаев (51 случай) оперативное лечение было выполнено в плановом порядке. Один пациент был экстренно госпитализирован в связи с развитием острого холецистита. В 3 случаях больные были в плановом порядке оперированы по поводу желчно-каменной болезни, хронического холецистита, но после операции у них наряду с камнями желчного пузыря были выявлены полипы. Всего же желчно-каменная болезнь наблюдалась у 48 пациентов с ПЖП (92,2%).

Мы провели анализ семиотики заболевания и обнаружили, что у больных нет специфических симптомов, характерных для полипов желчного пузыря. Как правило, имели место симптомы хронического холецистита. Ве-

дущим признаком была боль в правом подреберье, чаще тупая и только в единичных наблюдениях при локализации полипов в области шейки пузыря и протока боль носила приступообразный характер. В диагностике использовали общеклинические анализы, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП), КТ органов брюшной полости (КТ ОБП), гистологическое исследование удаленных полипов и желчного пузыря. Исследование выполнено на мультиспиральном 128 срезовом компьютерном томографе OPTIMA 660 в нативном режиме и с внутривенным болюсным усилением с толщиной выделяемого среза 0,6 мм. Обследуемый занимал на томографическом столе положение лежа на спине с запрокинутыми за голову руками. После регистрации пациента и позиционирования его по отношению к рентгеновской трубке были выполнены томограммы в прямой и боковой проекциях, на которых в последующем была определена зона интереса и выбраны уровни, соответствующие началу и окончанию сканирования. На нативных изображениях анализировались полученные структуры с определением их планиметрических и денситометрических показателей. В последующем при болюсном усилении были уточнены параметры, соответствующие накоплению контрастного вещества в артериальную, венозную и паренхиматозную фазы контрастирования. В качестве рентгеноконтрастного вещества применяли не ионный водорастворимый йодсодержащий препарат с концентрацией активного вещества 350 мг на 1 мл в объеме из расчета 1 мл на 1 кг веса пациента. Введение контрастного препарата осуществлялось посредством автоматического шприца-инжектора со скоростью введения 4,5 мл в секунду.

Результаты и обсуждение

На основании выполненных инструментальных исследований 52 пациентов с полипами желчного пузыря было установлено, что наиболее частой локализацией процесса являлось тело желчного пузыря. В равном числе наблюдений полипы располагались в области дна и шейки пузыря. Малый размер полипа (до 3-х мм) выявлен у 11 (21,2 %) больных, наиболее часто имели место полипы размером от 5 до 10 мм (78,8 %). Одиночные полипы были обнаружены у 45 (86,5 %) пациентов, по два полипа и более – у 7 (13,5 %) пациентов.

В современной медицинской практике при обнаружении полипа в кратчайшие сроки необходима элиминация хирургическим путем, так как аденоматозные и гиперпластические полипы вызывают онкологическую

настороженность в связи с тем, что они имеют потенциальную возможность злокачественного перерождения, а холестерозные полипы зачастую являются причиной воспаления желчного пузыря и поджелудочной железы. Помимо опасности малигнизации или воспаления желчного пузыря, имеются случаи быстрого роста полипов в динамическом наблюдении, что, несомненно, влияет на образ жизни пациента, а также способствует повышению хирургической активности.

Во всех представленных случаях после оперативного лечения осматривали макропрепарат и проводили гистологическое исследование полипов и стенки желчного пузыря. Из 52 случаев обнаружения полипов желчного пузыря в Клинике БГМУ наиболее часто встречался гиперпластический полип – у 28 (53,8 %) пациентов. Аденоматозные полипы имели место у 21 (40,4%) больного, холестерозные – у 3 (5,8 %) больных. У всех пациентов стенка желчного пузыря имела признаки хронического воспаления и была инфильтрирована лимфоцитами и единичными гистиоцитами.

Представляем наблюдение больной М., 66 лет, с гигантским полипом желчного пузыря в сочетании с калькулезным холециститом, успешно прооперированной эндоскопически.

Клинический случай. Пациентка М., 66 лет, поступила в хирургическое отделение Клиники БГМУ 09.12.2018 г. в экстренном порядке с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, тошноту, рвоту. Болевой синдром беспокоит пациентку более 2 лет, в последнее время он участился. При проведении ТАУЗИ выявили признаки острого калькулезного холецистита. При проведении фиброгастродуоденоскопии выявлена картина острого гастродуоденита. При проведении ЭУЗИ выявлено опухолевидное образование (1,5×1,5см) желчного пузыря. На серии КТ ОБП получены изображения органов брюшной полости и забрюшинного пространства при помощи контрастирования и без него. На изображениях КТ ОБП анализировали полученные структуры с определением их планиметрических и денситометрических показателей. В последующем при болюсном усилении были уточнены параметры, соответствующие накоплению контрастного вещества в артериальную, венозную и паренхиматозную фазы контрастирования (рис.1). В результате было установлено, что желчный пузырь расположен типично, удлинённой, немного изогнутой формы, общими размерами 47×22×21 мм. Стенки пузыря не утолщены (1-2 мм), в просвете гомогенное содержимое,

плотностью от 8 до 16 HU. На этом фоне в области дна с распространением в просвет желчного пузыря нечетко визуализировалось изоденсивной плотности мягкотканое образование размерами, не превышающими 15×16 мм. Образование не распространялась наружу и не деформировало наружные очертания самого желчного пузыря. При усилении во всех фазах плотность содержимого желчного пузыря не менялось, плотность стенок равномерно повышалась с 35-45 до 85-95 HU в артериальную и венозную фазы контрастирования и умеренно понижалась до 55-65 HU в паренхиматозную, отсроченную фазу усиления. Плотность образования в просвете желчного пузыря менялась аналогичным образом, соответствуя той или иной фазе усиления, при этом образование принимало более отчетливые очертания.



Рис. 1. Аксиальное КТ-изображение печени и желчного пузыря в венозную (портальную) фазу усиления. В области дна желчного пузыря, распространяясь в просвет органа и не деформируя его наружные очертания, определяется пристеночно расположенное округлой формы мягкотканое образование, равномерно накапливающее контрастное вещество

Больной с клиническим диагнозом острый калькулезный холецистит (опухоль желчного пузыря?) проведена экстренная эндоскопическая холецистэктомия (10.12.2018). В условиях общего обезболивания, произведен типичный лапароскопический доступ, в стандартных точках введены дополнительные манипуляторы.

Протокол операции: «В брюшной полости выпота не было. Брюшина гладкая, блестящая. Печень обычных размеров с острыми краями, гладкой капсулой. Желчный пузырь средних размеров, свободно доступен осмотру, внешне не имеет каких-либо особенностей. Стенка желчного пузыря умеренно гиперемирована. Пузырный проток клипирован. Выделена, клипирована и пересечена пузырная артерия. Желчный пузырь выделен из ложа. Холецистэктомия с удалением препарата

через параумбиликальный разрез. Контроль гемостаза. Троякары удалены. Подпеченочное пространство дренировано трубчатым дренажем. Углекислый газ эвакуирован. Раны ушиты. Наложены асептические повязки».

Макропрепарат: желчный пузырь 50×25×25 мм, стенки его умеренно гиперемированы, инфильтрированы, в просвете его – густая желчь, несколько конкрементов 3×3 мм, в области дна аденоматозный полип 1,6×1,6 см (рис.2).



Рис. 2. Макропрепарат удаленного образования – аденоматозный полип желчного пузыря

Гистологическое заключение: аденоматозный полип, состоящий из множества желез различных размеров и форм, выстланных цилиндрическим эпителием, в котором при внимательном анализе обнаружен определенной степени полиморфизм, выраженный в той или иной степени как в отдельных участках полипа, так и в участках одной и той же железы, что свидетельствует о различной пролиферативной активности желез и их эпителия. Строма полипа неоднородна, с большим количеством сосудов, пропитана отечной жидкостью с большим содержанием белка, имеются воспалительные инфильтраты из лимфоидных и гистиоцитарных элементов.

Послеоперационное течение без осложнений. Выписана из клиники на 3-и сутки с выздоровлением.

Заключение

Полипы желчного пузыря являются распространенной патологией и часто сочетаются с желчно-каменной болезнью. Нередко полипы являются причиной воспаления желчного пузыря и поджелудочной железы, а также имеют потенциальную возможность злокачественного перерождения, поэтому увеличивается число показаний к оперативному лечению. Необходимы дальнейшие исследования с четко сформулированными критериями диагностики полипов желчного пузыря и критериями определения истинных полипов, а также предраковых и злокачественных полипов.

Сведения об авторах статьи:

Галимов Олег Владимирович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: galimovov@mail.ru.
Ханов Владислав Олегович – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: khanovv@mail.ru.
Зиангиров Роберт Аминович – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: zirob14@yandex.ru.
Костина Юлия Валинуровна – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: kosyulia2008@bk.ru.
Сафин Искандер Нуриевич – к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: iskander.fin@mail.ru.
Миннигалин Даниил Масхутович – аспирант кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: danusikm90@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение полипов желчного пузыря /А.Е. Борисов [и др.] // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – № 1. – С. 59-65.
2. Гасанов А.М. Диагностика и хирургическая тактика при праенхиматозных полипах желчного пузыря: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 25 с.
3. Мундуков, К.Ж. Лечение полипов желчного пузыря/ К.Ж. Мундуков // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 5. – С. 64-68.
4. Оморов, Р.А. Диагностика и лечение полипов желчного пузыря /Р.А. Оморов, К.Ж. Мундуков // Вестник АГИУВ. – 2013. – №1. – С. 49-50.
5. Мирончев А.О. Полипы желчного пузыря у пожилых (обзор литературы) /О.В. Мирончев, Д.Ф. Мирончева// Оренбургский медицинский вестник. – 2016. – Т. IV, № 3-2 (15). – С. 72-75.
6. Новикова, Э.В. Возможности ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике конкрементов и полипов желчного пузыря/ Э.В. Новикова, Н.Н. Новикова// Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2018. – Т. 8, № 3. – С. 112.
7. Ширинская, Н.В. Полипы желчного пузыря (клинический случай)/ Н.В. Ширинская, А.В. Ширинская// Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2018. – № 4. – С. 36-39.
8. Furukawa H. Small polypoid lesions of the helical computed tomography/ Furukawa H., Kosuge T., Shiwada K. // Arch.Surg. – 2008. – Vol. 133, № 5. – P. 735-739.
9. Terzi C. Polypoid lesions of the gallbladder: report 100 cases with special reference to operative indications / Terzi C., Sokmen S., Seckin S. [et al.] // Surgery. – 2000. – Vol. 127. – P 70-72.
10. Wennmacker SZ, Lamberts MP, Di Martino M, Drenth JPH, Gurusamy KS. Transabdominal ultrasound and endoscopic ultrasound for diagnosis of gallbladder polyps.<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012233pub2/information>

REFERENCES

1. Borisov A.E., Speaker B.V., Akimov V.P., Toidze V.V. Diagnosis and treatment of polyps of the gallbladder // Bulletin of the St. Petersburg University. – 2008. – No. 1. – P. 59-65.
2. Hasanov A.M. Diagnosis and surgical tactics for praenchymal gallbladder polyps. // Avtoref.dis.k.m.s. – M. 2007.2007 – 25 s.
3. Mundukov K.Zh. Treatment of gallbladder polyps // Modern problems of science and education. – 2013. – No. 5. – С. 64-68.
4. Omorov R.A., Mundukov K.Zh. Diagnosis and treatment of polyps of the gallbladder // Vestnik AGIUV. – 2013. – No. 1. – S. 49-50.
5. Polyps of the gallbladder in the elderly (literature review) Mironchev AO, Mironchev OV, Mironcheva DF Orenburg Medical Bulletin. – 2016.V. IV. – No. 3-2 (15). – S. 72-75.
6. The possibilities of ultrasound in the differential diagnosis of calculi and gallbladder polyps Novikova EV, Novikova NN Bulletin of online medical conferences. – 2018. – V. 8. – No. 3. – P. 112.
7. Polyps of the gallbladder (clinical case) Shirinskaya NV, Shirinskaya AV Gastroenterology of St. Petersburg. – 2018. – No. 4. – P. 36-39.
8. Furukawa H., Kosuge T., Shiwada K. Small polypoid lesions of the helical computed tomography // Arch.Surg. – 2008. – Vol. 133, № 5. – P. 735-739.
9. Terzi C., Sokmen S., Seckin S. et al. Polypoid lesions of the gallbladder: report 100 cases with special reference to operative indications // Surgery. – 2000. – Vol. 127. – P 70-72.
10. Wennmacker SZ, Lamberts MP, Di Martino M, Drenth JPH, Gurusamy KS. Transabdominal ultrasound and endoscopic ultrasound for diagnosis of gallbladder polyps.<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012233pub2/information>

УДК 616.5-089

© Коллектив авторов, 2019

М.Ф. Урманцев^{1,2}, Р.И. Сафиуллин^{1,2}, Е.А. Токарева¹,
 А.Ф. Иткулов¹, И.М. Насибуллин¹, А.З. Усманова¹
**СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА,
 БОЛЬНОГО РАКОМ ПРОСТАТЫ, НАХОДЯЩЕГОСЯ
 НА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ**

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²Клиника ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Пациенты с заместительной почечной терапией имеют множественные сопутствующие заболевания, повышающих риск хирургических осложнений. Пациенты с хронической болезнью почек и раком простаты редко считаются кандидатами на радикальную простатэктомию.