

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 praenychmal 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.

Материал и методы. Пациенту, 65-летнему мужчине, находящемуся на заместительной почечной терапии, была выполнена робот-ассистированная лапароскопическая радикальная простатэктомия с использованием хирургической системы daVinci S (IntuitiveSurgical, Inc., США).

Результаты и обсуждение. Продолжительность операции составила 100 минут. Объем кровопотери – 500 мл. Заместительная почечная терапия была продолжена на следующий день после операции в амбулаторном режиме. Уретральный катетер удален на 7-е сутки, продолжительность госпитализации составила 1 сутки.

Заключение. У пациентов, больных раком простаты и хронической болезнью почек значительно повышен риск развития послеоперационных осложнений, послеоперационного острого повреждения почек, а также более длительное пребывание в стационаре. Выполнение роботассистированной лапароскопической радикальной простатэктомии на фоне заместительной почечной терапии сократило до минимума продолжительность пребывания пациента в стационаре и позволило не прерывать заместительную почечную терапию.

Ключевые слова: рак простаты, заместительная почечная терапия, радикальное хирургическое лечение, роботассистированная хирургия.

M.F. Urmantsev, R.I. Safiullin, E.A. Tokareva,
A.F. Itkulov, I.M. Nasibullin, A.Z. Usmanova

A CASE OF SURGICAL TREATMENT OF A PATIENT WITH PROSTATE CANCER UNDERGOING RENAL REPLACEMENT THERAPY

Patients with renal replacement therapy have multiple concomitant diseases that increase the risk of surgical complications. Therefore, patients with chronic kidney disease and prostate cancer are rarely considered to be candidates for radical prostatectomy.

Materials and methods. A 65-year-old male patient receiving renal replacement therapy underwent a robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy using the daVinci S surgical system (IntuitiveSurgical, Inc., USA).

Results and discussion. The duration of the operation was 100 minutes. The volume of blood loss was 500 ml. Renal replacement therapy was resumed the day after surgery on an outpatient basis. The urethral catheter was removed on day 7, the duration of hospitalization was 1 day.

Conclusion. In patients with prostate cancer and chronic kidney disease, the risk of developing postoperative complications, postoperative acute kidney damage, and a longer hospital stay are significantly increased. Performing a robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy with renal replacement therapy minimized the length of the patient's hospital stay and made it possible not to interrupt renal replacement therapy.

Key words: prostate cancer, renal replacement therapy, radical surgical treatment, robot-assisted surgery.

Общая выживаемость и показатели качества жизни пациентов, находящихся на заместительной почечной терапией (ЗПТ), значительно улучшились с появлением новых технологий гемодиализа. Однако данные пациенты имеют повышенный риск развития злокачественных новообразований различных локализаций, среди которых наиболее распространенным является рак простаты (РП) [1,2].

Пациенты с РП и с хронической болезнью почек имеют низкие показатели выживаемости. По данным большинства исследований 5-летняя выживаемость пациентов, ожидающих трансплантацию, составляет только 16% [2,3]. Недавние публикации описывают случаи хирургического лечения локализованного рака предстательной железы с последующей трансплантацией почки. 5-летняя выживаемость в данной группе больных достигает 70%. Таким образом, оптимальным лечением пациентов с РП считается радикальное хирургическое лечение с последующей трансплантацией почки [4,5].

Пациентам, находящимся на ЗПТ, часто противопоказаны расширенные хирургические вмешательства ввиду повышенного риска развития послеоперационных осложнений, связанных с электролитным дисбалансом и нестабильностью гемодинамики. Следовательно, выполнение роботассистированной лапароскопической простатэктомии является предпочтительным методом в связи с его малой инвазивностью, следствием чего являют-

ся минимальная интраоперационная кровопотеря, короткий период госпитализации и быстрая реабилитация [6,7,8].

Мы приводим клинический случай выполнения лапароскопической роботассистированной радикальной простатэктомии с лимфодесекцией больному раком предстательной железы T2N0M0ст 2 гр. ст. 2, получающему ЗПТ.

Материал и методы

Пациент К., 65 лет, считал себя больным более 5 лет, когда отметил затруднение мочеиспускания. По данным обследования выявлены доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) и хроническая задержка мочи. Пациент отказался от оперативного лечения и получал консервативную терапию. В феврале 2019 года ему по месту жительства произведена эпицистостомия по поводу острой задержки мочи. 30 марта 2019 года при прохождении обследования была выявлена выраженная азотемия (креатинин – 1491 мкмоль/л, мочевины – 68,7 ммоль/л). В связи с этим пациенту была назначена ЗПТ (3 раза в неделю).

В августе 2019 года при регулярном обследовании обнаружено повышение уровня простатспецифического антигена (ПСА) крови до 27 нг/мл. По данным ТРУЗИ – признаки ДГПЖ (размеры: 67×65×71 мм, объем: 154,6 см³), экзогенность периферических зон неравномерно снижена, на этом фоне в левой половине визуализируется гипоехогенное образование размерами 22×19×16 мм с нечеткими

неровными контурами, в режиме ЦДК с единственным кровотоком по контуру.

По данным МРТ с болюсным внутривенным контрастированием – в левой доле в периферической зоне определяется гипоехогенный очаг размерами 3×5×3 мм, признаков экстракапсулярного распространения не выявлено. По результатам сцинтиграфии – отдаленных метастазов не выявлено. Диагноз подтвержден при полифокальной биопсии предстательной железы под контролем ТРУЗИ. По результатам гистологического исследования обнаружена умеренно дифференцированная аденокарцинома предстательной железы, сумма баллов по шкале Глисона 6 (3±3). Клинический диагноз: рак предстательной железы T2N0M0 ст. 2 гр. 2, надлобковый мочепузырный свищ. Сопутствующий диагноз: хроническая болезнь почек 5 D стадии в исходе ДГПЖ. Пациент консультирован врачами ФГБОУ ВО Клиники БГМУ Минздрава России, где ему было рекомендовано радикальное оперативное лечение.

Гемодиализ был выполнен за день до операции в амбулаторном режиме; масса тела до процедуры 64,0 кг, прибавка 2,8 кг. Процедура гемодиализа выполнена на аппарате Fresenius 4008 S. Диализатор: Фрезениус FX 10. Заполнение системы раствором натрия хлорида 0,9% 1000 мл. Стабилизация крови в контуре: Нерапини 5000 ЕД/мл, доза 1,5 мл Сухой вес 61,20 кг.

На момент операции состояние пациента оценивалось как средне-тяжелое, компенсированное процедурами гемодиализа. Перед операцией проведена профилактическая антибиотикотерапия, выполнена подготовка кишечника. 5 ноября 2019 года пациенту под общей комбинированной анестезией выполнена лапароскопическая роботассистированная радикальная простатэктомия.

Техника операции: в положении Транделенбурга произведено совмещение роботической системы PatientCart и 6 установленных троакаров (троакар № 1 – 12 мм установлен параумбиликально; троакары № 2, 3-8 мм установлены по среднеключичной линии; троакар № 4 – 8 мм по передне-подмышечной линии слева и два ассистентских троакара № 5 – 15 мм и № 6 – 5 мм).

Первым этапом рассечена внутритазовая фасция максимально близко к стенке малого таза с обеих сторон простаты. Моноплярным инструментом пересечены лонно-простатические связки. Выделен дорсальный венозный комплекс. Рассечена передняя полуокружность шейки мочевого пузыря. Выделена задняя поверхность простаты, визуализи-

рованы семявыносящие протоки, последние выделены в краниальном направлении, пересечены монополярными ножницами. Тупым путём выделены семенные пузырьки, сосуды пересечены биполярным зажимом. Произведено выделение простаты экстрафасциально. Ножки простаты клипированы клипсами Hemolok L., пересечены монополярными ножницами в режиме коагуляции. Перенесён дорсальный венозный комплекс. Простата мобилизована полностью. Пересечена уретра и выполнена простатвезикулэктомия.

Вторым этапом произведена задняя реконструкция (Rocco-stitch) нитью V-loc 1/2 17 см. Формирование анастомоза непрерывным швом двумя нитками V-loc 1/2 17 см. В мочевой пузырь проведён катетер Фоли № 20, баллончик раздут на 15 ml. Проверка герметичности анастомоза путём наполнения мочевого пузыря 150 мл NaCl 0,9% – анастомоз герметичен. После контроля гемостаза и последовательного удаления портов простата вместе с семенными пузырьками и семявыносящими протоками удалена в пластиковом резервуаре Endobag через расширенный разрез над пупком. Произведено послойное ушивание ран.

Результаты и обсуждение

Продолжительность операции составила 100 минут. Объем кровопотери – 500 мл. Пациент из операционной переведен в палату. Послеоперационное ведение осуществлялось по протоколу ускоренного восстановления (enhanced recovery after surgery, ERAS): активизация и энтеральное питание начаты через 8 часов после операции.

Пациент выписан на следующие сутки после выполнения операции с функционирующим уретральным катетером. Послеоперационный диализ был возобновлен 6 ноября 2019 года. На 7-е сутки после проведенной цистогграфии уретральный катетер удален. Заключение патоморфологического исследования: мелкоацинарный рак предстательной железы, сумма Глисона 6 баллов (3±3), фрагменты фиброзно-мышечной ткани с наличием множественных мелкоацинарных комплексов атипических желез. Хирургический край опухолевых клеток не имеет. Семенные пузырьки в опухолевом процессе не задействованы.

Полученные данные показывают, что роботассистированная лапароскопическая радикальная простатэктомия (РПЭ) на фоне проведения ЗПТ технически возможна. Операция хорошо перенесена пациентом с низкой кровопотерей и кратчайшими сроками госпитализации. Для подтверждения онкологической эффектив-

ности и предполагаемого прогноза выживаемости необходимы дальнейшие исследования.

Заключение

Открытый хирургический доступ является стандартом для радикальной хирургии. Применение новых методов, таких как роботизированные технологии, представляет собой прогресс в лечении рака простаты, особенно для пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Однако клиническая и экономическая эффективность метода еще не определены.

Результаты лечения пациента с РП и хронической болезнью почек являются удовлетворительными при использовании робо-

тизированных технологий, несмотря на высокий риск развития послеоперационных осложнений. Для оценки преимуществ этой методики главным образом для пациента с точки зрения частоты возникновения рецидива и канцер-специфической выживаемости следует провести более масштабные исследования. Одним из перспективных научных направлений является изучение качества жизни в послеоперационном периоде пациентов, находящихся на программном гемодиализе.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Сведения об авторах статьи:

Урманцев Марат Фаязович – к.м.н., доцент кафедры урологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, зав. онкологическим отделением Клиники БГМУ. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: urmantsev85@mail.ru.

Сафиуллин Руслан Ильясович – д.м.н., профессор кафедры урологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Токарева Екатерина Алексеевна – студент 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО БГМУ. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Иткулов Артур Фиргатович – ассистент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии, ядерной медицины и радиотерапии с курсами ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Насибуллин Ильдар Марсович – к.м.н., доцент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава РФ. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. 3. Валиди, 45. E-mail: nim_76@mail.ru.

Усманова Алия Загитовна – студент медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Patients with End-Stage renal disease are candidates for robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy/ Jonathan P. Heldt [et al.]// Journal of endourology. – 2011. – V. 25. – P. 1175-1180. DOI: 10.1089/end.2010.0680
2. Martin Navarro J Survival of patients older than 60 years with kidneys transplanted from Spanish expanded criteria donors versus patients continued on hemodialysis/ Martin Navarro J, Ortega M, Gutierrez MJ [et al.] // Transplant Proc. – 2014. – V.41. – P:2376-2378.
3. Woodle ES Prostate cancer prior to solid organ transplantation: The Israel Penn International Transplant Tumor Registry experience/ ES Woodle, M Gupta, JF Buell //Transplant Proc. – 2005. – V.37. – P: 958-959.
4. Рак предстательной железы: монография / В.Н. Павлов [и др.]. – Уфа: Изд-во ФГБОУ ВО БГМУ, 2018. – 165 с.
5. Заболевания предстательной железы: учебное пособие / В.Н. Павлов [и др.]. – Уфа: Изд-во ФГБОУ ВО БГМУ, 2015. – 56 с.
6. Павлов, В.Н. Болезни мочеполовой системы: заболеваемость, факторы риска, организация медицинской помощи: монография/ В.Н. Павлов, М.А. Шарафутдинов, Н.Х. Шарафутдинова. – Уфа: Изд-во Здравоохранение Башкортостана, 2012. – 180 с.
7. Kuribayashi S Robot-Assisted Laparoscopic Prostatectomy in a Prostate Cancer Patient Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis/ S Kuribayashi, K Takezawa, Y Okuda // J Endourol Case Rep. – 2017. – V. 3(1). – P:42-44. Published 2017 Apr 1. doi:10.1089/cren.2017.0014
8. Go AS Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization/ Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. //N Engl J Med. –2014 – V.351. – P:1296–305. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa041031>.

REFERENCES

1. Patients with End-Stage renal disease are candidates for robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy/ Jonathan P. Heldt [et al.]// Journal of endourology. – 2011. – V.25. – P. 1175-1180. DOI: 10.1089/end.2010.0680
2. Martin Navarro J Survival of patients older than 60 years with kidneys transplanted from Spanish expanded criteria donors versus patients continued on hemodialysis/ Martin Navarro J, Ortega M, Gutierrez MJ [et al.] // Transplant Proc. – 2014. – V.41. – P:2376-2378.
3. Woodle ES Prostate cancer prior to solid organ transplantation: The Israel Penn International Transplant Tumor Registry experience/ ES Woodle, M Gupta, JF Buell //Transplant Proc. – 2005. – V.37. – P: 958-959. (In Russ.).
4. Rak predstatel'noj zhelezy. Monografiya /Pavlov V.N.[i dr.]. – Ufa: Izd-vo FGBOU VO BGMU, 2018. – 165s. (In Russ.).
5. Zabolevaniya predstatel'noj zhelezy: uchebnoe posobie / Pavlov V.N. i [i dr.]. – Ufa: Izd-vo FGBOU VO BGMU, 2015. – 56s. (In Russ.).
6. Pavlov V.N. Bolezni mochepolovoj sistemy: zabolevaemost', faktory riska, organizaciya medicinskoj pomoshchi. Monografiya/ V.N. Pavlov, M.A. SHarafutdinov, N.H. SHarafutdinova. – Ufa: Izd-vo: Zdravoohranenie Bashkortostana, 2012g. – 180c. (In Russ.).
7. Kuribayashi S Robot-Assisted Laparoscopic Prostatectomy in a Prostate Cancer Patient Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis/ S Kuribayashi, K Takezawa, Y Okuda // J Endourol Case Rep. – 2017. – V.3(1). – P:42-44. Published 2017 Apr 1. doi:10.1089/cren.2017.0014
8. Go AS Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization/ Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. //N Engl J Med. – 2014 – V. 351. – P:1296-305. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa041031>.