



## СИМУЛЬТАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМ СИНХРОННЫМ РАКОМ ПОЧКИ И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.В.Воробьев, А.А.Крашенинников, Ф.С.Ашырова, П.В.Голубев, Ю.В.Самсонов, А.Д.Каприн

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 125284, Российская Федерация, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, д. 3

### Резюме

Первично-множественные злокачественные новообразования на сегодняшний день до сих пор мало изучены и представляют собой сложную проблему в клинической онкологии. Частота встречаемости первично-множественных метакронных или синхронных новообразований остается на достаточно высоком уровне. Стоит отметить, что около 1,5% больных с первично-множественными опухолями имели злокачественное новообразование предстательной железы. Выполнение симультанных лапароскопических операций позволяет добиться быстрой послеоперационной реабилитации пациента, избежать риска повторной операции и наркоза, кроме того, имеется явная экономическая выгода, утрачивается необходимость в повторном обследовании и предоперационной подготовке. В данной статье продемонстрированы два клинических случая симультанного хирургического лечения больных с первично-множественными опухолями почки и предстательной железы.

### Ключевые слова:

первично-множественный синхронный рак, почечно-клеточный рак, рак предстательной железы, симультанные операции, малоинвазивные операции, одномоментные операции

### Оформление ссылки для цитирования статьи

Воробьев Н.В., Крашенинников А.А., Ашырова Ф.С., Голубев П.В., Самсонов Ю.В., Каприн А.Д. Симультанное хирургическое лечение больных первично-множественным синхронным раком почки и предстательной железы. Исследования и практика в медицине. 2019; 6(2): 120-129. DOI: 10.17709/2409-2231-2019-6-2-12

### Для корреспонденции

Ашырова Фидан Самировна, врач-онколог отделения онкоурологии Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А.Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Адрес: 125284, Российская Федерация, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, д. 3

E-mail: fidan\_samirovna@bk.ru

**Информация о финансировании.** Финансирование данной работы не проводилось.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила 26.04.2019 г., принята к печати 03.06.2019 г.

## SIMULTANEOUS SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PRIMARY MULTIPLE SYNCHRONOUS KIDNEY AND PROSTATE CANCER

N.V.Vorobev, A.A.Krashennnikov, F.S.Ashyrova, P.V.Golubev, Yu.V.Samsonov, A.D.Kaprin

P.Hertsen Moscow Oncology Research Institute – Branch of the National Medical Radiology Research Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation, 3, 2nd Botkinskiy proezd, Moscow, 125284, Russian Federation

### Abstract

Presently primary-multiple malignancies are still poorly studied and represent a complex problem in clinical Oncology. The frequency of occurrence of primary-multiple metachronous or synchronous tumors remains at a high level. It is worth noting that about 1.5% of patients with primary multiple tumors had a malignant neoplasm of the prostate. Performing simultaneous laparoscopic operations allow to achieve rapid postoperative rehabilitation of the patient, to avoid the risk of re-operation and anesthesia, in addition, there is a clear economic benefit, there is no need for re-examination and preoperative preparation. This article demonstrates two clinical cases of simultaneous surgical treatment of patients with primary multiple tumors of the kidney and prostate.

### Keywords:

primary multiple synchronous cancer, renal cell cancer, prostate cancer, simultaneous surgery, minimally invasive surgery, simultaneous surgery

### For citation

Vorobev N.V., Krashennnikov A.A., Ashyrova F.S., Golubev P.V., Samsonov Yu.V., Kaprin A.D. Simultaneous surgical treatment of patients with primary multiple synchronous kidney and prostate cancer. Research'n Practical Medicine Journal (Issled. prakt. med.). 2019; 6(2): 120-129. DOI: 10.17709/2409-2231-2019-6-2-12

### For correspondence

Fidan S. Ashyrova, oncologist of the department of oncology, P.Hertsen Moscow Oncology Research Institute – Branch of the National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation, 3, 2nd Botkinskiy proezd, Moscow, 125284, Russian Federation  
Address: 3, 2nd Botkinskiy proezd, Moscow, 125284, Russian Federation  
E-mail: fidan\_samirovna@bk.ru

**Information about funding.** No funding of this work has been held.

**Conflict of interest.** Authors report no conflict of interest.

Первично-множественные злокачественные новообразования (ПМ ЗНО) на сегодняшний день до сих пор мало изучены и представляют собой сложную проблему клинической онкологии. Частота встречаемости первично-множественных метакронных или синхронных новообразований остается на достаточно высоком уровне [1]. Количество пациентов с синхронными опухолями растет по мере совершенствования диагностических возможностей, улучшения ранней диагностики, а также вследствие увеличения продолжительности жизни населения в целом [2, 3]. В России, по данным Российского Центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии, в 2017 г. впервые выявлено 50 100 больных с первично-множественными опухолями, что составило 34,1 на 100 000 населения (в 2016 г. — 44 814 и 30,6 соответственно), это 8,1% от всех впервые выявленных злокачественных новообразований (в 2016 г. — 7,5%). Синхронные опухоли в 2017 г. в России составили 26,4% случаев (в 2016 г. — 27,5%) [4]. Стоит отметить, что около 1,5% больных с первично-множественными опухолями имели злокачественное новообразование предстательной железы [5].

Возможность за одну операцию избавиться сразу от нескольких заболеваний является темой активного обсуждения в профессиональной среде. По мере накопления опыта эндоскопических операций появляются сообщения об одномоментных (симультанных) хирургических вмешательствах на одном или нескольких органах, которые выполняли под контролем лапароскопа [6]. В литературе описаны единичные случаи симультанного хирургического лечения пациентов с первично-множественными опухолями (ПМО) предстательной железы и почки. Повышенный интерес к симультанным операциям объясняется целым рядом причин, к которым относятся: увеличение продолжительности жизни, совершенствование диагностических методик, улучшение анестезиологического пособия и реанимационного обеспечения, широкое внедрение малоинвазивных эндовидеохирургических вмешательств [6]. Симультанные хирургические вмешательства избавляют больного от нескольких заболеваний сразу, позволяют избежать риска повторной операции и наркоза, кроме того, имеется явная экономическая выгода, утрачивается необходимость в повторном обследовании пациента и предоперационной подготовке [7, 8]. Малое количество выполняемых симультанных хирургических вмешательств объясняется целым рядом причин. К ним относятся неполноценное обследование пациентов в предоперационном периоде,

недостаточная интраоперационная ревизия органов брюшной полости и малого таза, преувеличение степени анестезиологического риска при определении возможности проведения симультанных операций, склонность хирургов к осуществлению многоэтапного оперативного лечения сочетанных заболеваний, повышение ответственности хирурга при возможном неудачном исходе операции, техническая и психологическая неподготовленность медицинского персонала к расширению объема хирургического вмешательства [9]. К возможным отрицательным последствиям симультанных вмешательств следует отнести увеличение продолжительности наркоза, возможное увеличение кровопотери, повышение вероятности осложнений во время и после операции [9, 10].

В настоящее время, в связи с бурным развитием малоинвазивных технологий, совершенствованием хирургической техники и повышением уровня подготовки специалистов, внедрение в клиническую практику лапароскопической симультанной нефрадrenalэктомии, резекции почки и лапароскопические радикальные простатэктомии с целью улучшения качества жизни, достижения хороших онкологических и хирургических результатов представляются оправданными и перспективными [10-12]. В данной статье продемонстрированы два клинических случая симультанного хирургического лечения больных с ПМО почки и предстательной железы.

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

### *Первый клинический случай.*

Пациент Ф., 55 лет, в сентябре 2018 г. обратился в поликлинику по месту жительства для планового диагностического обследования, в ходе которого впервые выявлено повышение уровня общего простатспецифического антигена (ПСА) крови до 5450 нг/мл. Врачом-урологом по месту жительства рекомендован контроль ПСА в динамике. При повторном обследовании в ноябре 2018 г. отмечено дальнейшее повышение уровня общего ПСА до 6735 нг/мл, в связи с чем урологом рекомендовано выполнение биопсии предстательной железы. Также в ходе обследования, по данным ультразвукового исследования (УЗИ) мочеполовых органов, выявлено опухолевое образование левой почки. В декабре 2018 г. пациент обратился в МНИОИ им. П. А. Герцена для дообследования и выработки тактики лечения. По данным компьютерной томографии (КТ) почек и мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием (Ультравист) от 12.12.2018 г., левая почка изменена за счет опу-

холевого образования, максимальным размером 10,5 см, с признаками прорастания чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), без выхода за пределы фасции Герота, почечные сосуды проходимы (рис. 1, 2).

По данным динамической нефросцинтиграфии (Тс-99m Пентатех) от 25.12.2018 г.: тяжелая степень нарушения паренхиматозно-выделительной функции левой почки, правая почка с достаточным артериальным притоком, паренхиматозно-выделительная функция не нарушена, отток немного замедлен, резко неравномерный. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕPI до операции составила 79 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, что расценивалось как хроническая болезнь почек (ХБП) II стадии. Учитывая возраст больного (55 лет), повышенный уровень стартового ПСА и его увеличение в динамике, 26.12.2018 г. под контролем трансректального УЗИ под местной анестезией выполнена стандартная трепанобиопсия предстательной железы из 12 точек. Гистологическое заключение: в обеих долях предстательной железы в 2 из 12 биоптатов очаги ацинарной аденокарциномы 6 баллов по Глисон (3+3), Grade 1, занимающей от 3 до 5% площади фрагментов. По результатам УЗИ предстательной железы от 28.12.2018 г. — состояние после трансректальной мультифокальной трепанобиопсии. Предстательная железа увеличена в размерах, объемом до 45 см<sup>3</sup>. Контуры железы четкие, неровные. Железа смещается относительно парапростатической клетчатки при компрессии датчиком. В центральных отделах визуализируются узлы аденоматозной гиперплазии, размерами до 49 × 29 мм, неоднородной структуры, содержат гиперэхогенные включе-

ния. Структура периферических отделов несколько неоднородная. В периферических и центральных отделах железы определяются зоны пониженной эхогенности, несколько гетерогенной структуры, с нечетким и неровным контуром, размерами 7 × 7 мм. Семенные пузырьки не расширены, размерами до 11 мм. Заключение: Эхографическая картина suspicious изменений предстательной железы. По данным МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием (Омнискан) от 28.01.2019 г. Мочевой пузырь: достаточного наполнения, контуры четкие, ровные, стенки не утолщены, очагов патологического накопления в структуре стенки не отмечено. Полость гомогенна. Предстательная железа: расположена типично, ясно визуализируются боковые доли и междолевая борозда. Контуры четкие, ровные. Размеры: высота до 52 мм, переднезадний размер до 42 мм, ширина до 52 мм. Паренхима на нативных изображениях диффузно-негомогенна, в T2-режиме центральные отделы с узлами гиперплазии, гиперинтенсивными включениями и наличием тяжистых гипоинтенсивных структур. В периферических отделах с обеих сторон и в структуре угла в центральной зоне включения высокого МР-сигнала в T1 ВИ (геморрагические включения, вероятно последствия биопсии). Периферические отделы железы слабо гипоинтенсивны в T2 ВИ. В мочевой пузырь железа не пролабирует. Капсула железы прослеживается четко на всем протяжении. При контрастном усилении отмечается интенсивное накопление контрастного вещества в центральной зоне (в узлах гиперплазии). В периферической зоне на фоне геморрагических включений с умеренной



Рис. 1. КТ брюшной полости и забрюшинного пространства пациента Ф., 55 лет с внутривенным контрастированием от 12.12.2018 г. (стрелкой указана опухоль левой почки).

Fig. 1. CT scan of the abdominal cavity and retroperitoneal space of patient F., 55 years old with intravenous contrasting from 12.12.2018 (the arrow indicates a tumor of the left kidney).

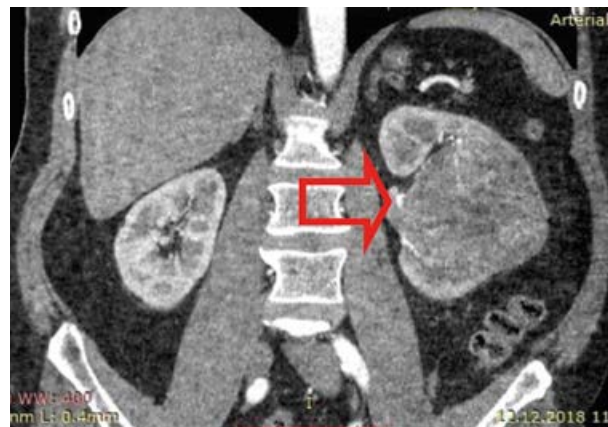


Рис. 2. КТ брюшной полости и забрюшинного пространства пациента Ф., 55 лет с внутривенным контрастированием от 12.12.2018 г. (стрелкой указана опухоль левой почки).

Fig. 2. CT scan of the abdominal cavity and retroperitoneal space of patient F., 55 years old with intravenous contrasting from 12.12.2018 (the arrow indicates the tumor of the left kidney).

диффузной неоднородностью. Семенные пузырьки: расположены типично, не увеличены, асимметричны  $D>S$ , не деформированы. Структура не изменена. Тазовая клетчатка не изменена, мышцы таза без видимых изменений структуры или живности сигнала. Увеличенных лимфатических узлов в пределах зоны исследования не выявлено. Заключение: МР-признаки доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Геморрагические включения в структуре предстательной железы.

При комплексном обследовании, включающем сканирование костей всего тела, КТ органов грудной полости, УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, данных за наличие регионарных и/или отдаленных метастазов не получено. Таким образом, у пациента диагностирован первично-множественный синхронный рак (ПМСР): 1) рак левой почки II стадии, cT2bN0M0; 2) рак предстательной железы II стадии, cT2 cN0M0. Учитывая наличие у больного ПМО, сохранную паренхиматозно-выделительную функцию контралатеральной правой почки, отсутствие выраженной сопутствующей патологии, уровень стартового ПСА и морфологическую структуру опухоли предстательной железы, рекомендовано выполнить simultанное хирургическое лечение.

Абсолютных противопоказаний к комбинированному хирургическому лечению не выявлено. 05.02.2019 г. пациенту выполнено хирургическое вмешательство в объеме: лапароскопическая трансперитонеальная нефрадренэктомия слева с парааортальной лимфаденэктомией (ЛАЭ), лапароскопическая трансперитонеальная радикальная простатэктомия. Интраоперационная кровопотеря составила 300 мл. Длительность комбинированной операции для 1-го этапа составила 40 минут, для 2-го этапа — 120 минут. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж из малого таза удален на 3-и сутки после операции. Уретральный катетер — на 7-е сутки. Послеоперационная СКФ по формуле СКД-EPI на 6-е сутки составила 62 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. По данным планового гистологического исследования верифицированы опухоли: 1. почка — хромофобный рак почки с полями некроза и гиалиноза, прорастанием в синус почки, стенки лоханки и чашечек, капсулу почки, без выхода за ее пределы, с массивной микроваскулярной инвазией. В краях резекции мочеточника и сосудов опухолевый рост не выявлен. В 8 лимфатических узлах ворот почки метастазы не выявлены — гистиоцитоз синусов. Надпочечник с морфологической кар-

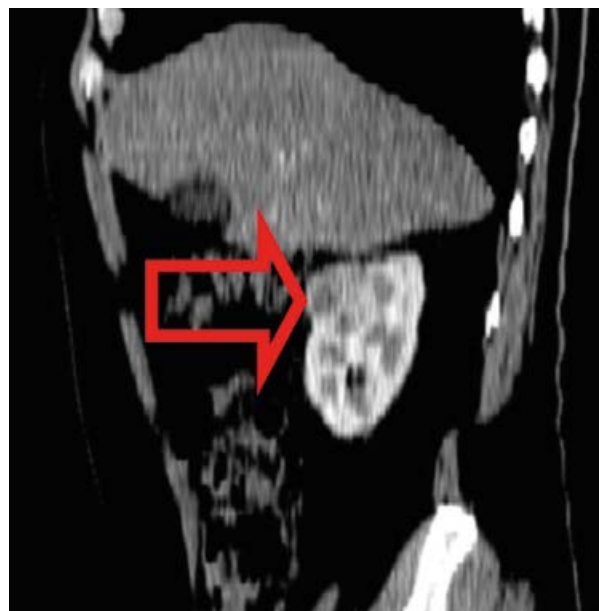
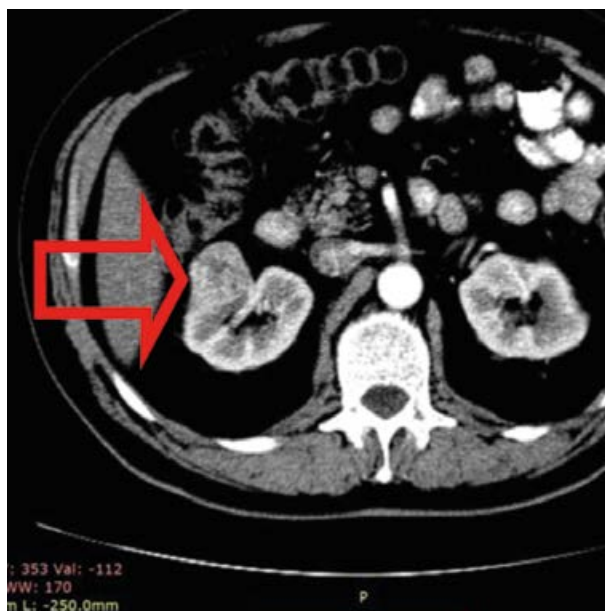


Рис. 3, 4. КТ брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием (Омнипак) от 03.04.2018 г. в аксиальной и сагиттальной проекциях – на границе средней и верхней трети правой почки по переднему контуру определяется образование мягкотканной плотности с неровными нечеткими контурами, неравномерно накапливающее контрастный препарат, размерами 30 × 41 × 42 мм без границы и с деформацией малых чашечек верхней и средней группы (стрелкой указана опухоль правой почки).

Fig. 3, 4. CT scan of the abdominal cavity and retroperitoneal space with intravenous contrasting agent (Omnipak) from 03.04.2018 in axial and sagittal projections - on the border of the middle and upper third of the right kidney, a soft tissue formation with uneven fuzzy contours is determined by the front contour, unevenly accumulating contrast drug, dimensions 30 × 41 × 42 mm without border and with deformation of small cups of the upper and middle group (the arrow indicates a tumor of the right kidney).

тиной узловой гиперплазии; 2. предстательная железа — в апексе левой и правой долей предстательной железы — фокусы ацинарной аденокарциномы, 6 (3 + 3) баллов по Глисону. Опухоль инфильтрирует строму железы без инвазии в ее капсулу. В окружающей ткани — картина нодулярной железисто-стромальной гиперплазии, фокусы простатической интраэпителиальной неоплазии (ПИН) высокой степени, очаги атрофии желез предстательной железы, слабой хронической и острой воспалительной инфильтрации. При выписке пациенту установлен диагноз ПМСР: 1) рак левой почки III стадии, pT3 aNOMO; 2) рак предстательной железы II стадии, pT2 cNOMO. Состояние после хирургического лечения: лапароскопической нефрадреналэктомии слева с парааорталь-

ной лимфаденэктомией и лапароскопической радикальной простатэктомией от 05.02.2019 г. Пациент в удовлетворительном состоянии выписан под динамическое наблюдение онколога по месту жительства.

#### *Второй клинический случай.*

Пациент П., 67 лет. Из анамнеза известно, что при плановом обследовании в марте 2018 г. выявлено повышение уровня ПСА до 7,4 нг/мл. По данным МРТ органов малого таза от 12.12.2017 г. — картина очаговых изменений структуры предстательной железы в переходной зоне основания левой доли и верхушки правой доли (гиперплазия железы, воспалительные изменения). Контуры предстательной железы четкие, окружающая клетчатка не измене-

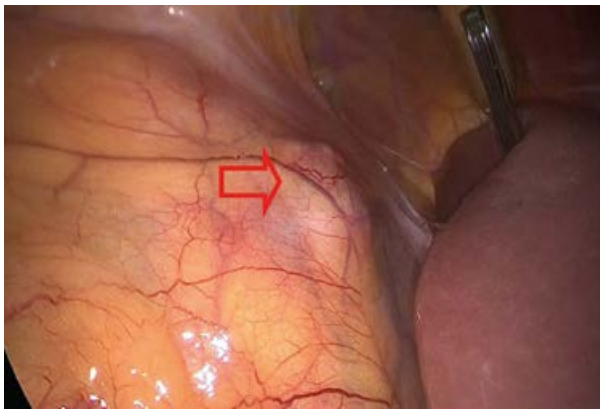


Рис. 5. Пациент П., 67 лет. Интраоперационное фото. Опухоль правой почки.

Fig. 5. Patient P., 67 years old. Intraoperative photo. Tumor of the right kidney.

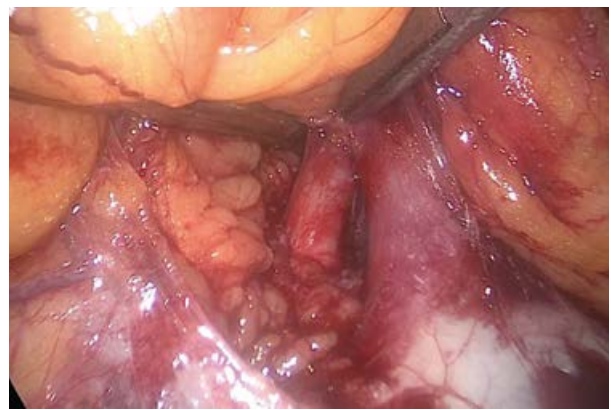


Рис. 6. Пациент П., 67 лет. Интраоперационное фото. Мобилизация правой почечной артерии и вены.

Fig. 6. Patient P., 67 years old. Intraoperative photo. Mobilization of the right renal artery and vein.

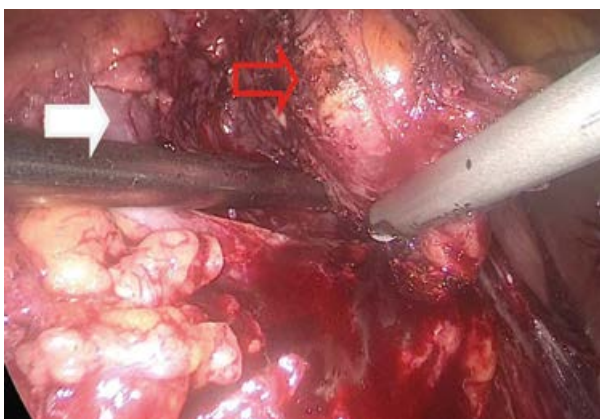


Рис. 7. Пациент П., 67 лет. Интраоперационное фото. Этап резекции правой почки. Красной стрелкой указана опухоль, белой — граница здоровой паренхимы почки.

Fig. 7. Patient P., 67 years old. Intraoperative photo. The stage of the right kidney resection. The red arrow indicates the tumor, the white arrow indicates the border of the healthy parenchyma of the kidney.

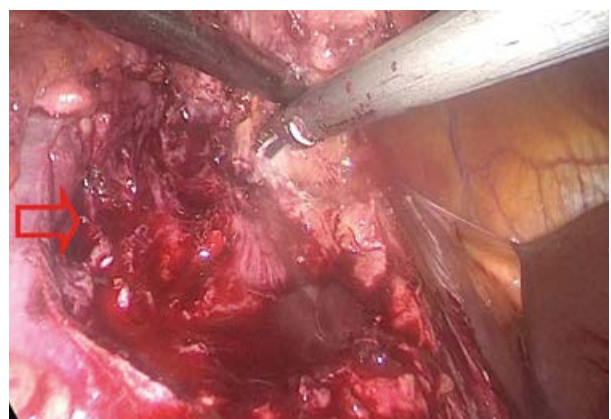


Рис. 8. Пациент П., 67 лет. Интраоперационное фото. Ложе удаленной опухоли правой почки.

Fig. 8. Patient P., 67 years old. Intraoperative photo. The bed of the removed tumor of the right kidney.

на. Семенные пузырьки не изменены. Тазовые лимфатические узлы не увеличены. Пациент обратился в МНИОИ им. П. А. Герцена для дообследования и выработки дальнейшей тактики лечения. По данным УЗИ органов малого таза от 02.04.2018 г. — предстательная железа увеличена, объем 87 см<sup>3</sup>, с ровным четким контуром, структура с равномерно выраженными диффузными изменениями в обеих долях. В центральной зоне аденоматозный узел 55 × 45 × 49 мм. Семенные пузырьки не утолщены. Под контролем трансректального УЗИ под местной анестезией 27.02.2018 г. выполнена стандартная трепанобиопсия предстательной железы из 12 точек. Гистологическое заключение: на фоне железисто-стромальной гиперплазии предстательной железы в одном фрагменте имеется рост ацинарной аденокарциномы 6 (3 + 3) баллов по Глиссону, занимающей до 50% площади. Таким образом, диагностировали локализованный рак предстательной железы. Кроме этого, по данным УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 02.04.2018 г., в правой почке в средней трети по наружному краю и передней поверхности определяется узловое образование гиперэхогенной солидной структуры с неровным контуром размерами 35 × 25 × 33 мм. Образование не связано с ЧЛС, несколько деформирует контур почки. Почечные сосуды проходимы. Область надпочечников без особенностей. По данным КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием (Омнипак) от 03.04.2018 г., печень в размерах не увеличена, плотностные показатели паренхимы не изменены, структура ее однородная, контрастирование равномерное. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь не увеличен, стенка его не утолщена, содержимое

однородной жидкостной плотности. Рентгеноконтрастных конкрементов в желчевыводящих путях не выявлено. Селезенка не увеличена, плотностные показатели ее не изменены, структура однородная, контрастирование типичное. Поджелудочная железа не увеличена, имеет характерную дольчатую структуру, контур ее четкий, паренхима контрастируется равномерно, патологического накопления контрастного вещества не отмечается. Вирсунгов проток не расширен. Парапанкреатическая клетчатка не изменена. Надпочечники не увеличены, дифференцировка на тело и ножки сохранена, новообразований в их структуре не выявлено. Местоположение и размеры почек обычные. В среднем на границе с верхним сегментом правой почки по переднему контуру определяется образование мягкотканной плотности с неровными нечеткими контурами, неравномерно накапливающее контрастный препарат, размерами 30 × 41 × 42 мм без границы и с деформацией малых чашечек верхней и средней группы. В нижнем сегменте правой почки жидкостное образование размерами 7 × 8 мм. В левой почке жидкостные образования в верхнем сегменте размерами 18 × 20 мм с наличием тонких перегородок, в нижнем сегменте — размерами 23 × 26 мм и 10 × 10 мм. Слева на одном уровне отходят две почечные артерии. Чашечно-лоханочные системы и мочеточники в зоне сканирования не расширены. Рентгеноконтрастных конкрементов в мочевыводящих путях в зоне сканирования не выявлено. Пара- и периренальная клетчатка не уплотнена. По ходу ОПС справа несколько лимфатических узлов до 11 мм, слева — до 10 мм. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Очагов деструкции в костях в зоне сканирования не выявлено. Заключение: Опухоль правой почки. Кисты по-

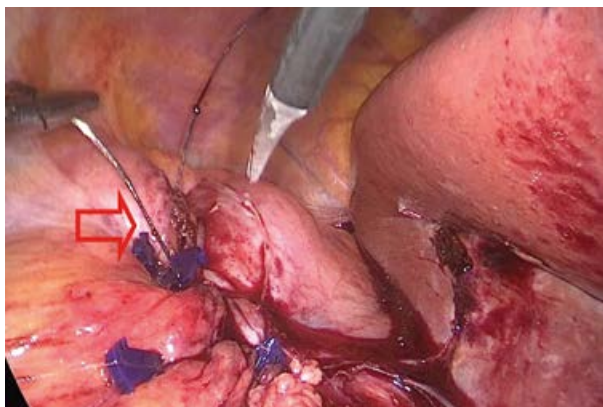


Рис. 9. Пациент П., 67 лет. Интраоперационное фото. Ушивание паренхимы правой почки.

Fig. 9. Patient P., 67 years old. Intraoperative photo. Closure of the parenchyma of the right kidney.

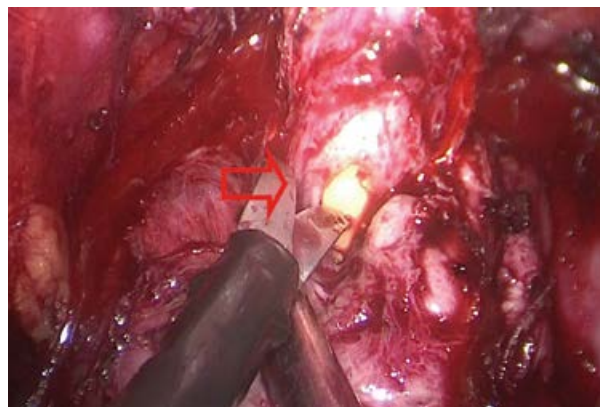


Рис. 10. Пациент П., 67 лет. Интраоперационное фото. Лапароскопическая простатэктомия. Пересечение уретры.

Fig. 10. Patient P., 67 years old. Intraoperative photo. Laparoscopic prostatectomy. The intersection of the urethra.

чек. Единичные лимфатические узлы по ходу общих подвздошных сосудов (рис. 3, 4).

Таким образом, учитывая анамнез, клинико-инструментальные данные и морфологическое заключение, пациенту поставлен диагноз ПМСР: 1) рак предстательной железы I ст. cT1cN0M0; 2) рак правой почки I ст. cT1bN0M0. Пациент обсужден на консилиуме с участием хирурга, онколога, химиотерапевта, радиотерапевта: выработана хирургическая тактика лечения, рекомендовано выполнение симультанной операции. 16.04.2018 г. выполнена лапароскопическая трансперитонеальная резекция правой почки, лапароскопическая трансперитонеальная радикальная простатэктомия (рис. 5–11).

Общее время операции: 3 ч 10 минут. Длительность комбинированной операции для 1-го этапа составила 55 минут, для 2-го этапа — 135 минут. Длительность аноксии при резекции правой почки составила 13,5 минуты. Интраоперационная кровопотеря составила 300 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Страховые дренажи удалены на 3-и 4-е сутки. Уретральный катетер удален на 10-е сутки, восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Проводилась антибактериальная, инфузионная, симптоматическая терапия с положительным эффектом. По данным гистологического исследования послеоперационного материала: 1. фрагмент ткани почки с опухолевым узлом размерами 3,5 × 2,6 × 3,3 см. Почечноклеточный папиллярный рак почки 2 типа, G2, с очагами солидного и тубуло-папиллярного строения, с инвазией в капсулу почки, без распространения в околопочечную клетчатку. В опухоли отмечаются очаги некроза, кровоизлияния, фокусы обызвествления. В крае резекции по ткани почки опухолевого роста нет; 2. в предстательной железе на фоне железисто-стромальной



Рис. 11. Пациент П., 67 лет. Интраоперационное фото. Формирование везикоуретрального анастомоза.

Fig. 11. Patient P., 67 years old. Intraoperative photo. Formation of vesicourethral anastomosis.

гиперплазии в апикальной части справа и слева, передней поверхности всех зон правой доли, всех зонах левой доли предстательной железы — инфильтративный рост ацинарной аденокарциномы 6 (3 + 3) баллов по Глиссону, с признаками перинеуральной инвазии, очагами врастания в капсулу без выхода в парапростатическую клетчатку. В окружающей опухоль ткани предстательной железы присутствует очаговая стромальная и периацинарная, умеренно выраженная лимфоплазмоцитарная инфильтрация, плоскоклеточная метаплазия эпителия желез. Семенные пузырьки и простатическая часть уретры интактны. Непосредственно в краях резекции предстательной железы (в том числе отдельно доставленных досеченной шейке мочевого пузыря и дистальном крае резекции) опухолевого роста нет. При выписке пациенту установлен диагноз ПМСР: 1) рак предстательной железы II ст. pT2cN0M0; 2) рак правой почки I ст. pT1aN0M0. Состояние после симультанного хирургического лечения 16.04.2018 г. (С61.0). С момента хирургического лечения прошло более 1 года. Пациент находится на динамическом наблюдении. Данных за прогрессирование заболевания не получено, уровень ПСА крови составил 0,006 нг/мл от 04.2019 г. Пациент полностью удерживает мочу, использование урологических прокладок не требуется.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Главной задачей малоинвазивной и симультанной хирургии в лечении рака предстательной железы и почечно-клеточного рака является улучшение качества жизни без ущерба онкологической радикальности. Дальнейшее совершенствование и активное внедрение современных малоинвазивных эндовидеохирургических технологий одномоментного лечения больных с сочетанной хирургической патологией является актуальной задачей. Особый интерес представляет внедрение симультанных операций у больных с онкологической патологией, что послужило основанием для нашего клинического наблюдения. В современной литературе мы не встретили работ, обобщающих результаты лечения подобных пациентов, имеются единичные наблюдения.

Таким образом, необходимо продолжить сбор большего количества клинических наблюдений для дальнейшего выяснения преимуществ симультанных малоинвазивных хирургических вмешательств по сравнению с открытыми хирургическими доступами в лечении больных ПМСР для улучшения хирургических и онкологических результатов и обеспечения высокого качества жизни пациентов.



**Список литературы**

1. Степанова Ю. А., Калинин Д. В., Вишнеvский В. А. Первично-множественные опухоли. Медицинская визуализация. 2015;6:93–102.
2. Ozsoy O, Fioretta G, Ares C, Miralbell R. Incidental detection of synchronous primary tumours during staging workup for prostate cancer. *Swiss Med Wkly.* 2010 Apr 17;140 (15–16):233–6. DOI: smw-12976.
3. Testori A, Cioffi U, De Simone M, Bini F, Vaghi A, Lemos AA, et al. Multiple primary synchronous malignant tumors. *BMC Res Notes.* 2015 Nov 27;8:730. DOI: 10.1186/s13104-015-1724-5.
4. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. М., 2018.
5. Хатьков И. Е., Агапов К. В., Израилов Р. Е., Давидович Д. Л. Сочетанные эндовидеохирургические вмешательства у онкологических больных. *Эндоскопическая хирургия.* 2010;16 (2):3–8.
6. Унанян Д. А. Симультаные операции (история вопроса, дефиниции, классификация). *Медицинская наука Армении НАН РА.* 2016; LVI (1):34–42.
7. Jung JH, Arkoncel FR, Lee JW, Oh CK, Yusoff NA, Kim KJ, Rha KH. Initial clinical experience of simultaneous robot-assisted bilateral partial nephrectomy and radical prostatectomy. *Yonsei*

8. Raheem AA, Santok GD, Kim DK, Troya IS, Alabdulaali I, Choi YD, Rha KH. Simultaneous Retzius-sparing robot-assisted radical prostatectomy and partial nephrectomy. *Investig Clin Urol.* 2016 Mar;57 (2):146–9. DOI: 10.4111/icu.2016.57.2.146.
9. Зайцев А. М., Алексеев Б. Я., Куржупов М. И., Самарин А. Е., Кирсанова О. Н., Калпинский А. С., Каприн А. Д. Симультаные операции у больных раком почки с одновременным опухолевым поражением головного мозга. *Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко.* 2014;78 (3):44–48.
10. Jung JH, Kim HW, Oh CK, Song JM, Chung BH, Hong SJ, Rha KH. Simultaneous robot-assisted laparoendoscopic single-site partial nephrectomy and standard radical prostatectomy. *Yonsei Med J.* 2014 Mar;55 (2):535–8. DOI: 10.3349/ymj.2014.55.2.535
11. Peter J, May M, Ahmed AM, Ahmed A, Gilfrich C. Simultaneous robot-assisted laparoscopic cystectomy and laparoscopic nephrectomy: first experience on 3 patients with short-term follow-up. *Aktuelle Urol.* 2012 Jul;43 (4):255–61. DOI: 10.1055/s-0032-1321827.
12. Rud O, Krause FS, Engehausen DG, May M, Gilfrich C. Value of radical oncological surgery in bilateral synchronous renal cell cancer and coincidental simultaneous prostate cancer. *Aktuelle Urol.* 2009 Sep;40 (5):300–2. DOI: 10.1055/s-0029-1224518

**References**

1. Stepanova YA, Kalinin DV, Vishnevsky VA. Multiple Primary Neoplasms. *Medical Visualization.* 2015;6:93–102. (In Russian).
2. Ozsoy O, Fioretta G, Ares C, Miralbell R. Incidental detection of synchronous primary tumours during staging workup for prostate cancer. *Swiss Med Wkly.* 2010 Apr 17;140 (15–16):233–6. DOI: smw-12976.
3. Testori A, Cioffi U, De Simone M, Bini F, Vaghi A, Lemos AA, et al. Multiple primary synchronous malignant tumors. *BMC Res Notes.* 2015 Nov 27;8:730. DOI: 10.1186/s13104-015-1724-5.
4. Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2017 godu (zabolevaemost' i smertnost') [Malignant neoplasms in Russia in 2017 (morbidity and mortality)]. Edited by A. D. Kaprin, V. V. Starinskii, G. V. Petrova. Moscow, 2018. (In Russian).
5. Khat'kov IE, Izrailov RE, Davidovich DL, Agapov KV. Concurrent endovideosurgical interventions in oncologic patients. *Endoskopicheskaya khirurgiya (Endoscopic Surgery).* 2010;16 (2):3–8. (In Russian).
6. Hunanyan DA. Simultaneous surgery (history of the problem, definitions, classification). *Meditsinskaya nauka Armenii NAN RA.* 2016; LVI (1):34–42. (In Russian).
7. Jung JH, Arkoncel FR, Lee JW, Oh CK, Yusoff NA, Kim KJ, Rha KH. Initial clinical experience of simultaneous robot-assisted bilateral partial nephrectomy and radical prostatectomy. *Yonsei*

8. Raheem AA, Santok GD, Kim DK, Troya IS, Alabdulaali I, Choi YD, Rha KH. Simultaneous Retzius-sparing robot-assisted radical prostatectomy and partial nephrectomy. *Investig Clin Urol.* 2016 Mar;57 (2):146–9. DOI: 10.4111/icu.2016.57.2.146.
9. Zaitsev AM, Alekseev BA, Kurzhupov MI, Samarina AE, Kirsanova ON, Kalpinskiy AS, Kaprin AD. Simultaneous operations in patients with kidney cancer with simultaneous brain tumor lesion. *Burdenko's Journal of Neurosurgery.* 2014;78 (3):44–48. (In Russian).
10. Jung JH, Kim HW, Oh CK, Song JM, Chung BH, Hong SJ, Rha KH. Simultaneous robot-assisted laparoendoscopic single-site partial nephrectomy and standard radical prostatectomy. *Yonsei Med J.* 2014 Mar;55 (2):535–8. DOI: 10.3349/ymj.2014.55.2.535
11. Peter J, May M, Ahmed AM, Ahmed A, Gilfrich C. Simultaneous robot-assisted laparoscopic cystectomy and laparoscopic nephrectomy: first experience on 3 patients with short-term follow-up. *Aktuelle Urol.* 2012 Jul;43 (4):255–61. DOI: 10.1055/s-0032-1321827.
12. Rud O, Krause FS, Engehausen DG, May M, Gilfrich C. Value of radical oncological surgery in bilateral synchronous renal cell cancer and coincidental simultaneous prostate cancer. *Aktuelle Urol.* 2009 Sep;40 (5):300–2. DOI: 10.1055/s-0029-1224518

**Информация об авторах:**

Воробьев Николай Владимирович, к. м. н., врач-уролог, заведующий отделением онкоурологии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Крашенинников Алексей Артурович, к. м. н., научный сотрудник отделения онкоурологии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ашырова Фидан Самировна, врач-онколог отделения онкоурологии Московского научно-исследовательского онкологического института имени П. А. Герцена — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Голубев Павел Вячеславович, клинический ординатор Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Самсонов Юрий Владимирович, к. м. н., ведущий научный сотрудник Российского центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в онкологии (РЦИТЭО) Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Каприн Андрей Дмитриевич, академик РАН, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии Медицинского института РУДН, генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-8784-8415>

#### Information about authors:

Nikolai V. Vorobev, MD, PhD, urologist, head of the oncology department, P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute — Branch of the National Medical Radiology Research Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation

Aleksey A. Krasheninnikov, MD, PhD, researcher of oncology department, P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute — Branch of the National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation

Fidan S. Ashyrova, oncologist of the department of oncology, P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute — Branch of the National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation

Pavel V. Golubev, resident physician, P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute — Branch of the National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation

Yuriy V. Samsonov, MD, PhD, leading scientific employee of Russian Center of Information Technologies and Epidemiological Researches in Oncology, P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute — Branch of the National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation

Andrey D. Kaprin, academician of RAS, PhD, MD, Prof.; Corr. member of the Russian Academy of Education; Honored Physician of the Russian Federation; General Director of National Medical Radiology Research Centre, Head of Department of Urology with Course of Urological Oncology, Faculty for Postgraduate Training, Peoples' Friendship University of Russia. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-8784-8415>