

(средний срок наблюдения — 1 год) у всех пациентов оценены как хорошие во всех случаях.

Расценивая острую травму хряща КС как неотложное состояние, идеальными сроками для оперативного лечения можно считать первые 10 суток. Однако в силу ряда причин организационного характера (позднее обращение пациентов, стоимость артроскопии как плановой коммерческой операции) все больные были оперированы в период от трех недель до трех месяцев с момента травмы. Подобное увеличение сроков оперативного лечения, возможно, окажет влияние на отдаленные результаты, так как настоящий период наблюдения относительно невелик.

Выводы

1. Изолированная травма хряща КС в отсутствие полноценного лечения обуславливает быстрое развитие хрящевой дегенерации и снижение функции сустава.
2. Артроскопия КС в настоящее время является единственным методом ранней точной диагностики и прицельных операций на хряще.
3. Отдаленные результаты свидетельствуют об эффективности артроскопического лечения травмы хряща КС в подостром периоде.

Литература

1. Бахтиозин Ф.Ш. Повреждение менисков коленного сустава. — Казань: Изд-во Казанского ун-та, 1990.
2. Вреден Р.Р. Практическое руководство по ортопедии. — Киев, 1936.
3. Диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических поражений суставов/ И.В. Шумада, О.Я. Сулова и др. — Киев: Здоровье, 1990.
4. Левенец В.Н., Пляцко В.В.//Клин. хирургия. — 1985. — № 12. — С. 11-14.

5. Левенец В.Н., Пляцко В.В.// Ортоп., травматол. и протезир. — 1989. — № 8. — С. 1-5.
6. Миронова З.С. Повреждения коленного сустава при занятиях спортом. — М.: Медгиз, 1962.
7. Миронова З.С., Фалех Ф.Ю. Артроскопия и артрография коленного сустава. — М.: Медицина, 1982.
8. Павлова В.Н., Копьева Т.Н., Слуцкий Л.И., Павлов Г.Г. Хрящ. — М.: Медицина, 1988.
9. Пляцко В.В.//VВсероссийский съезд геронтологов и гериатров. — 1988. — Ч.2. — С. 512.
10. Череповский А.В. Эндохирургическая диагностика и оперативное лечение хрящевых поражений коленного сустава. — Автореф. дис... канд. мед. наук. — Владивосток, 2001.
11. Blackburn W.D., Bernreuter W.K., Rominger M.// J. Rheumatol. — 1994. — Vol. 21, No. 4. — P. 675-679.
12. Curl W. W., Krome J., Gordon E.S. et al.//Arthroscopy. — 1997. — Vol. 13. — P. 456-460.
13. Gardner D.L.// Brit. Med. J. — 1983. — Vol. 286. — P. 418-424.
14. Mitchell N.S., Cruess R.L.//Can. Med. Ass. J. — 1977. — Vol. 117, No. 2. — P. 763-765.
15. Obeid E.M.H., Adams M.A., Newman J.H.// J. Bone Joint Surg. — 1994. — Vol. 76. — P. 315-319.

Посупила в редакцию 18.05.03.

TREATMENT AND DIAGNOSTIC ARTHROSCOPY UNDER ACUTE INJURY OF KNEE JOINT CARTILAGE

A. V. Cherepovskiy, S. V. Nikulin, A. I. Dubikov
Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok)
Summary — On the basis of 47 observations of their own and analysis of literature, the authors examine advantages of diagnostic and treatment arthroscopy under injury of knee joint cartilage and note that this method produces better results than radiography and nuclear magnetic resonance. They point out the optimal terms for arthroscopic interventions under knee injury in up-to-date clinic.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 3, P. 62-63.

УДК 616.65'006.6'07'08

Л.И. Гурина, В.М. Нагорный, Г.Н. Алексеева

ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОСТАТЫ

Приморский краевой онкологический диспансер (г. Владивосток),
Владивостокский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Ключевые слова: предстательная железа, рак, диагностика, лечение.

Постоянно изменяющиеся условия и темп жизни населения Российской Федерации определяют рост заболеваемости и смертности от рака предстательной железы (РПЖ). Стандартизованный показатель заболеваемости РПЖ в Российской Федерации

составил в 2000 г. 14,09, а в Приморском крае — 12,14 на 100 000 населения. Из числа впервые выявленных больных у 73,2% констатирован распространенный рак [9]. Ультразвуковая мультифокальная биопсия предстательной железы привела к увеличению числа больных с морфологически уточненным диагнозом РПЖ с 55,9% в 1999 г. до 80% в 2000 г. [4]. Наиболее частой гистологической формой опухоли была аденокарцинома [7].

Для оценки степени злокачественности РПЖ используется система Глисона [5], согласно которой опухоль имеет 5 основных степеней дифференцировки (табл. 1).

В предстательной железе одного пациента могут встречаться различные по степени дифференцировки участки опухолевой ткани. Степень злокачественности РПЖ по Глисона определяют «сложением» двух преобладающих по площади участков опухоли. Чем выше степень злокачественности (число баллов по Глисона), тем больше риск местного распространения [5]. На ранних

стадиях заболевания симптоматика отсутствует. В поздних стадиях причиной обращения к врачу служат симптомы обструкции нижних мочевых путей, дизурия, боли в костях, расстройства сексуальной функции. Заболевание выявляется при помощи пальцевого ректального обследования, определения в крови уровня простатического специфического антигена и трансректального ультразвукового исследования. Методом уточняющей диагностики является прицельная мультифокальная биопсия предстательной железы с последующим морфологическим исследованием. Для определения стадии рака проводятся радиоизотопное сканирование скелета, рентгенография органов грудной клетки и костей таза, абдоминальное ультразвуковое исследование, компьютерная томография органов, подозрительных на поражение метастазами. Результатом диагностики является установление стадии заболевания по системе TNM [1].

Ключевую роль в развитии РПЖ играют андрогены. Основным их представителем является тестостерон (ТСТ). 95% его вырабатывается в яичках (клетки Лейдига) и лишь 5% — в надпочечниках [6]. Почти 98% ТСТ связано с белками крови и находится в неактивном состоянии. Свободный гормон (2%) проникает в клетки предстательной железы, где под действием фермента 5'альфа'редуктазы превращается в активный андроген, 5'альфа'дегидротестостерон. Последний связывается со специфическими рецепторами, переносится в ядро клетки предстательной железы, в том числе опухолевой, стимулирует синтез ДНК и РНК. ТСТ контролирует сперматогенез, функцию предстательной железы, потенцию, стимулирует либидо, влияет на тембр голоса и рост волос. После 50'60 лет содержание этого гормона в крови снижается. Секрцию тестостерона яичками регулирует лютеинизирующий гормон (ЛГ) гипофиза. Тестостерон и образующийся из него эстрадиол, по принципу обратной связи, модулирует секрецию гонадотропных гормонов, в том числе и ЛГ.

РПЖ высокочувствителен к гормонотерапии [8], в основе которой лежит прекращение доступа ТСТ к опухоли при помощи трех основных способов: 1) блокада рецепторов ТСТ в клетках опухоли лекарственными препаратами; 2) прекращение выработки ТСТ яичками при помощи фармакологической или хирургической кастрации; 3) сочетание двух способов: прекращение выработки ТСТ яичками плюс блокада рецепторов опухоли к андрогенам надпочечникового происхождения. Общее состояние больного определяет возможности гормонотерапии. Для оценки статуса пациента рекомендуется использовать критерии ECOG'WHO или Карновского — международную систему суммарной оценки симптомов заболевания предстательной железы и качество жизни урологических больных в баллах IPSS'L. Гормонотерапия применяется как самостоятельный метод при диссеминированном РПЖ, неoadьювантно перед операцией или облучением,

Таблица 1

Градация РПЖ по Глиссону

Степень градации	Морфологическая структура опухоли
1	Мелкоацинарная аденокарцинома
2	Крупноацинарная аденокарцинома
3	Криброзный рак
4	Папиллярная аденокарцинома
5	Солидно'трабекулярный рак

чением, адьювантно после операции или облучения у больных с локализованной опухолью.

Для оценки непосредственного лечебного эффекта используют единые субъективные и объективные критерии. Критериями объективного эффекта являются уменьшение уровня простатического специфического антигена и размеров опухоли, определяемых через прямую кишку пальцем и при помощи трансректального ультразвукового исследования.

Экспертами ВОЗ рекомендовано 4 градации лечебного эффекта, применимые и к опухоли простаты [10]: полная регрессия всех опухолевых очагов, частичная регрессия, стабилизация заболевания и прогрессирование рака (табл. 2). Минимальная продолжительность лечебного эффекта — 4 недели. Продолжительность регрессии (ремиссии) РПЖ необходимо исчислять от даты, когда опухоль впервые зарегистрирована, до даты, когда отмечено прогрессирование заболевания. Оценка объективного эффекта гормонотерапии позволяет временно изменить или прекратить лечение в случае отсутствия эффекта.

Для оценки объективного эффекта лечения рака предстательной железы с метастазами в кости используются данные рентгенографии, компьютерной или магнитнорезонансной томографии, радиоизотопного сканирования костей (табл. 3).

Оценка субъективного эффекта лечения осуществляется по характеристике состояния больного до начала лечения, в процессе лечения, после его окончания: уменьшение или исчезновение болей, увеличение массы тела.

Достоверное определение стадии РПЖ имеет значение для выбора тактики лечения. Радикальная простатэктомия и внутритканевая лучевая терапия (брахитерапия) возможны только при локализованном начальном раке. Дистанционная гамма'терапия показана больным с местно распространенной опухолью. Сочетание лучевого лечения с гормонотерапией увеличивает выживаемость пациентов. При генерализованном РПЖ используются различные варианты андрогенной блокады.

Несмотря на высокую эффективность, применение эстрогенов ограничено в связи с выраженными побочными эффектами. Хирургическая кастрация как самостоятельный вид лечения применяется редко, когда другие способы гормонотерапии недоступны. Агонисты рилизинг'фактора ЛГ (РФЛ) заменили орхиэктомию. Наибольшее распространение получила максимальная

Таблица 2

Оценка объективного лечебного эффекта при РПЖно системе ВОЗ

Лечебный эффект	Описание эффекта
1. Полная регрессия	Исчезновение всех опухолевых поражений.
2. Частичная регрессия	Уменьшение всех или отдельных опухолевых очагов на 50% и более. Отсутствие новых поражений.
3. Стабилизация	Уменьшение опухолевых очагов менее чем на 50%. Отсутствие новых поражений или увеличение некоторых опухолевых очагов не более чем на 25%.
4. Прогрессирование	Равное 25% или большее увеличение опухолевых очагов или появление новых поражений.

Таблица 3

Критерии эффективности лечения метастазов РПЖ в кости

Лечебный эффект	Описание эффекта
1. Полная регрессия	Полное исчезновение всех метастатических очагов.
2. Частичная регрессия	Частичное снижение плотности остеобластических, уменьшение остеолитических метастазов.
3. Стабилизация	Отсутствие изменений метастатических очагов в костях в течение 8 недель от начала лечения.
4. Прогрессирование	Увеличение существующих или появление новых метастазов в костях.

андрогенная блокада: комбинация агонистов РФЛ и антиандрогенов [8]. Она показала высокую эффективность у больных генерализованным РПЖ и рекомендуется в качестве терапии первой линии для лечения данной категории пациентов [2]. Несмотря на достаточно высокую эффективность максимальной андрогенной блокады, побочные эффекты ее значительны. Монотерапия антиандрогенами менее токсична и имеет преимущество, если речь идет о сохранении сексуальной активности и/или снижении токсичности лечения [8, 12, 14].

Такое осложнение, как гинекомастия, проявляется диффузным или узловым, одно- или двухсторонним увеличением грудных желез, болезненностью или повышенной чувствительностью в области сосков, галактореи и встречается у большинства пациентов, получающих нестероидные антиандрогены. Изменения со стороны репродуктивной системы характеризуются расстройством сперматогенеза. Под воздействием агонистов РФЛ или после орхиэктомии возникают приливы жара (hot flush) [11]. Большинство пациентов в процессе гормонотерапии страдают нарушениями со стороны центральной и периферической нервной систем: депрессия, нервозность, немотивированная усталость, снижение концентрации внимания, головная боль, головокружение, парестезии, судороги, неприятные ощущения в нижних конечностях. Побочные эффекты со стороны сердечно-сосудистой системы характеризуются изменениями сердечного ритма (тахикардия или брадикардия), кровяного давления (гипотензия или гипертензия). Нередко возникают желудочно-кишечные расстройства (диарея, запоры, тошнота, рвота, вздутие и боли в животе) и аллергические реакции (зуд, сыпь от минимальных проявлений до реакций сверхчувствительности). Гепатотоксические эффекты проявляются желтухой, зудом кожи, анорексией, жаждой. Отмечены легочные симптомы (одышка, кашель), артралгии, потеря минеральной плотности костной ткани, усиление болей в костях. Симптом «вспышки» заболева-

ния регистрируется в начале лечения агонистами РФЛ [13]. Редкие побочные эффекты: волчаночноподобный симптом, опухоли печени, отеки, анемия, изменение типа оволосения, нарушение зрения, herpes zoster. Могут регистрироваться отклонения со стороны лабораторных показателей: повышение активности трансаминаз, билирубина, увеличение мочевины, креатинина, гипергликемия, изменения периферической крови (анемия). Опасными осложнениями гормонотерапии являются сдавление спинного мозга, тромбозы и тромбоэмболии (около 2%). Токсичность гормонотерапии зависит от дозы, вида лекарственного средства и продолжительности лечения. В каждом случае перед назначением препаратов следует индивидуально для каждого больного оценить риск возможных осложнений и преимущества лечения.

В настоящее время в терапии РПЖ находят наибольшее применение нестероидные (касодекс, флутамид и др.) и стероидные (андрокур) антиандрогены в связи с их низкой токсичностью и достаточно высокой эффективностью. Антигонадотропные препараты, агонисты РФЛ (гозерелин, трипторелин, лейпторелин и др.) используются в максимальной андрогенной блокаде преимущественно в сочетании с антиандрогенами. В качестве паллиативной помощи при метастазах РПЖ в кости используются бисфосфонаты: бонифос (клодроновая кислота), бондронат (ибандроновая кислота). Химиотерапия малоэффективна (не более 20-30%) и показана при первичной или приобретенной устойчивости опухоли к эндокринным препаратам [3]. Здесь можно рекомендовать доксорубин, цисплатин, циклофосфан, митоксантрон, винбластин, этопозид, навельбин, таксаны и др. Полихимиотерапия в сочетании с гормонотерапией обладает большей эффективностью.

Литература

1. Атлас TNM: Иллюстрированное руководство по TNM: Пер. с англ. 4-го издания/ Под ред. В.Е. Кратенка и Е.А. Короткевича. — Минск, 1998.

2. Бухаркин Б.В., Подрегульский К.Э.//IV Ежегодная Российская онкологическая конференция. — М., 2000. — С. 15.
3. Гарин А.М.//IV Ежегодная Российская онкологическая конференция. — М., 2000. — С. 146-147.
4. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения России в 1998 году/ Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Л.А. Ременник. — М., 1999.
5. Матвеев Б.П., Бухаркин Б.В., Матвеев В.Б. Рак предстательной железы. — М.: Рича, 1999.
6. Матвеев Б.П. Роль касодекса 50мг и 150мг в терапии поздних стадий рака предстательной железы: Пособие для врачей. — М., 2001.
7. Матвеев Б.П., Бухаркин Б.В.// IV Ежегодная Российская онкологическая конференция. — М., 2000. — С. 104-105.
8. Русаков И.Г., Алексеев Б.Я.//Современная онкология. — 2000. — Т. 2, №3. — С. 92-94.
9. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ: Состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность/ Под ред. Н.Н. Трапезникова, Е.М. Аксель. — М., 2001.
10. Химиотерапия злокачественных опухолей/ Под ред. Н.И. Переводчиковой. — М., 2000.
11. Buchholz NP., Mattareli G., Buchholz MH.// Eur. Urol. — 1994. — Vol. 26. — P. 120-122.
12. Cervenakov I., Koceny M., Jancar M., Chovan D. et al.// International Urology and Nephrology. — 2000. — Vol. 32.-P. 77-79.
13. Kaisary A.V., Tyrrel C.J., Peeling W.B., Griffiths K.// Br. J. Urol. — 1991. — Vol. 67. — P. 502-508.
14. Schroder F.H., Whelan P., deReijke Th.M. et al.//Современная онкология. — 2000. — Т. 2, №4. — С. 131-133.

Поступила в редакцию 05.05.03.

FUNDAMENTALS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PROSTATE GLAND CANCER
L.I. Gurina, V.M. Nagorny, G.N. Alekseeva
Primorsky Regional Oncologic Dispensary (Vladivostok),
Vladivostok State Medical University, Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok)

Summary — This study describes principal phases and diagnostic techniques of detection of the disease stages as well as shows up criteria of objective and subjective effect of the tumor treatment, indications for monotherapy, highest possible androgenic blockade, their advantages and the most frequent complications.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 3, p. 63-66.

УДК 616.133.33'007.64'089

А.В. Коробцов, А.В. Лантух, Е.В. Деркачева

АНЕВРИЗМЫ ПЕРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ - ПЕРЕДНЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ АРТЕРИЙ: ПРЕВЕНТИВНОЕ ВРЕМЕННОЕ КЛИПИРОВАНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток), Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: аневризма, артерия, превентивное временное клипирование.

В хирургии церебральных аневризм временное клипирование несущей артерии выполняется, как правило, при интраоперационном разрыве аневризмы и профузном кровотечении. Предварительное, превентивное временное клипирование (ПВК) несущей артерии в самые ответственные моменты операции — выделения и клипирования аневризмы для снижения риска ее разрыва — производится реже и имеет как своих сторонников [1,2,3,5], так и противников [4]. Последние авторы связывают ПВК несущего сосуда с развитием инфаркта мозга. Безусловно, имеет значение время максимальной длительности ПВК определенного сосуда.

Операции на аневризмах передней мозговой — передней соединительной артерии наиболее сложны среди пособий на аневризмах передней части артериального круга большого мозга. В 2002 г. в нейрохирургическом отделении ГКБ № 2 оперировано трое больных с аневризмами этой локализации, у которых во время операции использовали временное клипирование несущего сосуда. Один больной оперирован в остром периоде субарахноидального кровоизлияния, двое — в так называемом «холодном». Клиническое состояние пациентов перед операцией оценивалось по шкале Hunt и Hess от II до III ст. тяжести. В двух случаях имелась передняя трифуркация внутренней сонной артерии слева (рис. 1, а, б).

Индукция в наркоз осуществлялась тиопенталом натрия, поддержание анестезии — ингаляцией паров фторотана, миоплегия проводилась ардуаном, анальгезия — фентанилом. С целью создания управляемой гипотензии на этапе диссекции аневризмы применялась инфузия изокета — систолическое артериальное давление в среднем снижали до 70/80 мм рт. ст.

На операционном столе больному устанавливали люмбальный дренаж для обеспечения релапса мозга. Голову жестко фиксировали скобой Mayfield'Kees. Операцию выполняли под бинокулярной лупой с четырехкратным увеличением.

Для подхода к аневризме использовали лобно-височный (птериональный) доступ. У двух больных с передней трифуркацией внутренней сонной артерии доступ осуществлялся со стороны несущей аневризму артерии слева, у одного — справа. Последовательно визуализировали зрительный нерв и после вскрытия цистерн выделяли зрительный нерв и сонную артерию. Препарировали проксимальные отделы Sylvianовой щели и внутреннюю сонную артерию выделяли до развилки. Осуществляли препаровку сегмента А1 передней мозговой артерии в направлении

гическом отделении ГКБ № 2 оперировано трое больных с аневризмами этой локализации, у которых во время операции использовали временное клипирование несущего сосуда. Один больной оперирован в остром периоде субарахноидального кровоизлияния, двое — в так называемом «холодном». Клиническое состояние пациентов перед операцией оценивалось по шкале Hunt и Hess от II до III ст. тяжести. В двух случаях имелась передняя трифуркация внутренней сонной артерии слева (рис. 1, а, б).