

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 50 мг и 150 мг 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., Mattarelli G., Buchholz MH.// Eur. Urol. — 1994. — Vol. 26. — P. 120-122.
12. Cervenakov I., Kopecky 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., de Reijke 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 ГKB № 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 имела 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 сильвиевой щели и внутреннюю сонную артерию выделяли до развилки. Осуществляли препаровку сегмента A₁ передней мозговой артерии в направлении

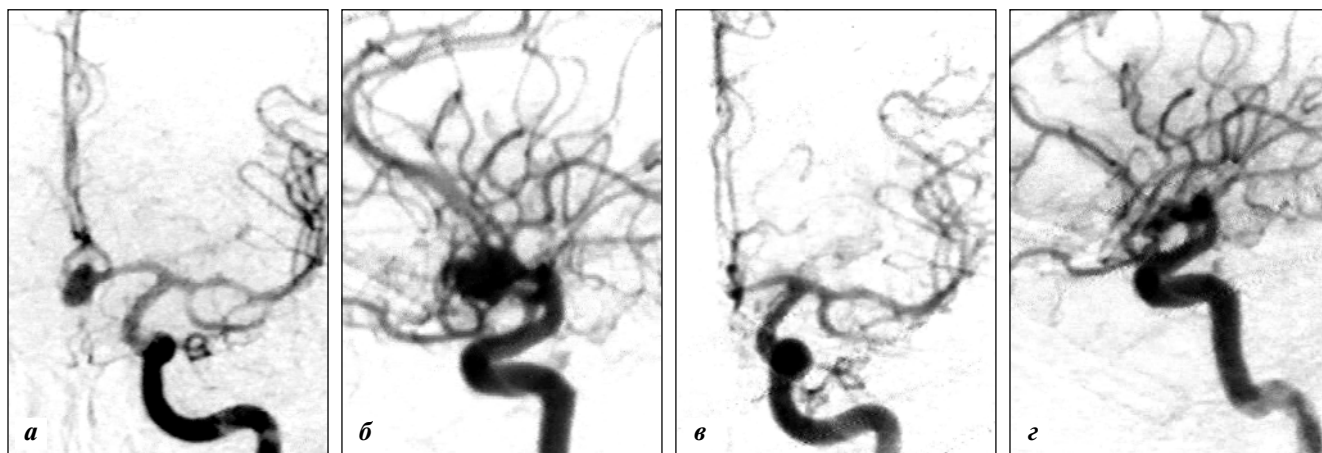


Рис. 1. Большая аневризма передней мозговой — передней соединительной артерий:

а, б — каротидная ангиография в прямой и боковой проекциях слева (в правой проекции передняя мозговая артерия и аневризма не контрастировались); в, г — левосторонняя каротидная ангиография после операции — аневризма выключена из кровотока.

к аневризме. В двух случаях для обнажения шейки аневризмы и выяснения ее взаимоотношений с передней соединительной артерией, отрезком A_2 передней мозговой артерии, возвратной артерий, фронтоорбитальной, фронтополярной артериями производили осторожное рассечение и эвакуацию незначительной части прямой извилины.

ПВК отрезка A_1 выполняли временными клипсами Aescular-Yasargil по возможности дистальнее и на участке, свободном от перфорирующих артерий. В одном случае, когда встретилась аплазия контрлатерального сегмента A_1 передней мозговой артерии и не было особых трудностей при выделении аневризмы, купол которой был направлен кпереди, ПВК производили только на момент наложения клипсы на шейку аневризмы (время клипирования — 3 мин.). Более длительное ПВК сегмента A_1 у этого больного при данном строении передних отделов виллизиева круга без коллатерального кровообращения на фоне управляемой артериальной гипотензии, по нашему мнению, было неоправданным. В другом случае с передней трифуркацией внутренней сонной артерии, но с куполом аневризмы, направленным вниз и спаянным со зрительным нервом, ПВК сегмента A_1 производили дважды — первый раз на 5, второй на 6 мин. Длительность реперфузии между окклюзиями составила не менее 10 мин. Более длительное ПВК здесь было обусловлено высоким риском интраоперационного разрыва аневризмы во время тракции мозга, диссекции аневризматического мешка. В третьем наблюдении при заполнении аневризмы из обоих каротидных бассейнов клипирование (6 мин.) выполняли только на стороне операции. В данном случае его производили для выделения шейки аневризмы и ее клипирования.

Исходы оценивали по клиническому состоянию больных к моменту выписки из стационара. В 2 случаях проведена послеоперационная контрольная каротидная ангиография (рис. 1, г, д). У всех пациентов

отсутствовали признаки мозгового инсульта, состояние их было удовлетворительным, имелись полная бытовая автономия и реальная возможность возобновления прежней трудовой деятельности.

Таким образом, ПВК несущей артерии при аневризмах передней мозговой — передней соединительной артерий не вызвали каких-либо ишемических осложнений. Однако, по возможности, следует ограничивать использование и время ПВК при артериальных аневризмах головного мозга. Это связано с тем, что остаются еще недостаточно изученными последствия не только длительного пребывания клипсы на артерии, но и последствия механического давления ее на сосудистую стенку.

Литература

1. Асатурян Г.А.// *Нейрохирургия*. — 2002. — № 3. — С. 13-19.
2. Крылов В.В., Евзиков Г.Ю., Шелковский В.Н. и др.// *Вопросы нейрохирургии*. — 1997. — № 2. — С. 7-11.
3. Giannotta S., Oppenheimer J., Levy M. et al.// *Neurosurgery*. — 1991. — Vol. 28. — P. 531-535.
4. Ito Z. *Microsurgery of cerebral aneurysms: Atlas*. — Tokyo, 1985.
5. Ogilvy C., Carter D., Kaplan S., et al.// *J. Neurosurgery*. — 1996. — Vol. 84. — P. 785-791.

Поступила в редакцию 27.03.03.

ANEURYSMS OF ANTERIOR CEREBRAL—ANTERIOR COMMUNICATING ARTERIES: PREVENTIVE TEMPORARY CLIPPING AT THE TIME OF OPERATION

A.V. Korobtsov, A.V. Lantukh, E.V. Derkacheva
Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok), Vladivostok State Medical University

Summary — In these researches there was given a description of a technique of preventive temporary clipping of carrier vessel applied for three patients with aneurysms of anterior cerebral — anterior communicating arteries. The duration of clipping varied from 3 to 11 minutes. It was used at the time of dissection and/or clipping of aneurysm. After operation in all cases there were no ischemic complications.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 2, p. 66-67.