

Во всех случаях отмечается образование центральных разрывов, что связано с выраженной деформацией органа.

При действии давящей силы сзади повреждается задний край диафрагмальной поверхности и висцеральная поверхность органа. Формирование разрывов печени в данной группе наблюдений связано с интенсивным придавливанием печени к передней брюшной стенке.

Приведенная морфологическая оценка разрывов печени, образующихся в исследованной группе, позволяет установить данный механизм тупой травмы и направление сдавливания, для чего необходимо выявить морфологические критерии, позволяющие различать местные и отдаленные разрывы.

В случаях падения на живот образуются множественные отдаленные повреждения. Расположение данных разрывов в месте, противоположном приложению силы, позволяет оценивать их как противоударные. Отсутствие местных и центральных разрывов при наличии выраженных противоударных разрывов соответствует формуле образования повреждений, характерных для падения с высоты: преобладание «внутренних повреждений над наружными».

Указанные особенности могут быть использованы при судебно-медицинской экспертизе тупой травмы живота.

Ключевые слова: тупая травма живота, характеристика разрывов печени

the posterior part of the diaphragmatic surface of the body can occur. In all cases, the central lacerations associated with severe deformation of the body take place. If pressure impacts posterior surface of the body the dorsal margin of the diaphragmatic surface and visceral surface of the body are damaged. Such lacerations of liver are associated with intense pressure down the liver to the anterior abdominal wall.

In cases of fall on the stomach multiple indirect damages developed. The location of these lacerations on the opposite side of the point of impact allows evaluate them as antipodal ruptures. The absence of local and central lacerations and presence of severe antipodal ruptures corresponds to the formula of damage characteristic of falls from a height: the prevalence of «internal damage over the external».

These features can be used in forensic examination of blunt trauma of the abdomen.

Key words: blunt abdominal trauma, rupture, lacerations

© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.65 – 006.6 – 07
DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2014.09086>
ISSN – 2073-8137

ДИАГНОСТИКА МЕСТНОЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО УРОАНДРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Т. И. Деревянко¹, И. А. Панченко^{1,2}, Э. С. Марабян², О. Н. Гармаш², А. И. Шпилов²

¹ Ставропольский государственный медицинский университет

² Краевой клинический специализированный уроандрологический центр, Ставрополь

Деревянко Татьяна Игоревна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой урологии, детской урологии-андрологии с курсом рентгенологии ИПДО Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 89624004832; e-mail: derevyanko2007@mail.ru

Панченко Игорь Андреевич, кандидат медицинских наук, главный врач ГАУЗ СК «Краевой клинический специализированный уроандрологический центр» (ККСУЦ), доцент кафедры урологии, детской урологии-андрологии с курсом рентгенологии ИПДО Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 89187513990; e-mail: pancher88@gmail.com

Марабян Эдуард Сурикович, врач уролог-андролог ККСУЦ; тел.: 89282259138; e-mail: edoha.doctor@mail.ru

Гармаш Олег Николаевич, врач уролог-андролог ККСУЦ; тел.: 89188719367; e-mail: oleg_garmash@mail.ru

Шпилов Андрей Иванович, врач уролог-андролог ККСУЦ; тел.: 89283151996

Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста.

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России РПЖ составлял в 2004 году 6,9 %, а в 2009 году – уже 10,7 %. В ряде стран РПЖ в структуре онкологических заболеваний выходит на 2–3 места после рака легкого и желудка. Среди причин смертности мужчин от злокачественных новообразований РПЖ в настоящее время занимает 2 место после

рака легкого. Ежегодно регистрируется более 600 000 новых случаев этого заболевания [4]. Прирост за последние 10 лет составил 155 %. В США РПЖ находится на 1 месте по заболеваемости – более 200 тысяч новых случаев в год – и на 2 месте в структуре смертности. В Европе РПЖ занимает 1–2 места в структуре заболеваемости (более 200 тысяч больных в год).

За период с конца 1970-х до начала 1990-х годов частота раковых заболеваний предстательной железы в России увеличилась приблизительно в 2 раза. Летальность на первом году жизни после установления диагноза составляет около 30 %, что свидетельствует о крайне низкой выявляемости заболевания в начальных его стадиях [2]. По величине прироста (темп прироста – 31,4 %) РПЖ занимает в России 2 место после меланомы кожи (35,0 %) и значительно превосходит злокачественные заболевания легких (5,0 %) и желудка (10,2 %). При анализе заболеваемости раком предстательной железы в России выясняется, что почти у 70 % больных он впервые выявляется в 3–4 стадии. Становится совершенно очевидным факт, что заболеваемость РПЖ в нашей стране намного выше за счет невыявленной местнолокализованной формы. Между тем надежды сократить число смертей от рака простаты основаны на двух тактиках – ранней диагностике и эффективном лечении в начальной стадии.

На данный момент наиболее ценным опухолевым маркером, исследование которого в сыворотке крови необходимо для диагностики и наблюдения за течением гиперплазии и рака предстательной железы, является простатспецифический антиген (ПСА). Начиная с 1987 года ПСА широко используется в диагностике рака простаты, установлении стадии процесса, оценке эффективности лечения. Параметры, оцениваемые этим тестом, показывают чувствительность до 70 % [3]. Определение ПСА увеличило частоту выявления рака простаты на ранних стадиях (местнолокализованная форма), при которых возможно радикальное излечение [1]. Только 12 % мужчин знают, что такое простатспецифический антиген. Лишь полтора процента мужчин требуют у врача провести им этот анализ. А ведь он не случайно входит в число обязательных при диспансеризации.

Целью нашего исследования явились разработка алгоритма диагностики местнолокализованной формы рака предстательной железы на основе определения специфичности маркера ПСА в различных возрастных группах, а также определение группы риска мужчин по возрасту с максимальной вероятностью выяв-

ления рака предстательной железы на основании результатов гистологического исследования ее биоптатов.

Материал и методы. В ГАУЗ СК «Краевой клинический специализированный уроandroлогический центр» совместно с кафедрой урологии, детской урологии-андрологии Ставропольского медицинского университета разработана и действует скрининговая программа раннего выявления онкологических заболеваний мочеполовой системы, в том числе рака предстательной железы. Внедрен алгоритм обследования мужчин среднего и пожилого возраста, который включает определение уровня сывороточного простатспецифического антигена и его фракций, пальцевое ректальное исследование, трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы с цветовым доплеровским картированием, уродинамические исследования, оценку выраженности симптомов нижних мочевыводящих путей по шкале IPSS (International Prostate Symptom Score).

За 2010–2014 гг. в клинко-диагностической лаборатории центра выполнено 6567 исследований сывороточного ПСА и его фракций, 3670 трансректальных ультразвуковых исследований простаты (ТРУЗИ), в урологическом стационаре проведено 415 мультифокальных биопсий предстательной железы (11,3 % случаев).

В центре разработан и утвержден медико-экономический стандарт, согласно которому обязательному скрининговому исследованию концентрации ПСА в сыворотке крови подвергаются все обратившиеся пациенты в возрасте старше 40 лет (40–59 лет – 1 раз в год, > 60 лет – 2 раза в год). Мужчины с повышенным уровнем ПСА (> 4 нг/мл) в плановом порядке направляются в урологический стационар центра для проведения мультифокальной трансректальной биопсии предстательной железы под контролем ТРУЗИ (биопсийная автоматическая система Magnum, ультразвуковой аппарат экспертного класса GE Logiq C2).

Результаты. Пациенты разделены на группы по возрасту, концентрации ПСА (фракции) в сыворотке крови, картине ТРУЗИ и результатам пальцевого ректального исследования.

Корреляции картины ТРУЗИ и уровня ПСА крови на выявление местнолокализованной формы рака простаты не отмечено. Пальцевое ректальное исследование было информативным только при местнораспространенной форме. Взаимосвязь различных форм патологии предстательной железы и уровня общего ПСА представлена в таблице 1.

Таблица 1
Зависимость выявления различных форм заболеваний предстательной железы от возраста и уровня ПСА (общий) крови

Нозология, уровень ПСА, нг/мл	Возраст, лет			Итого (n=415)
	50–59 (n=85)	60–69 (n=170)	70 и старше (n=160)	
Аденокарцинома	23	79	96	198
0–4	0	0	1	1
4–10	7	16	34	57
10 и более	10	37	53	100
ПИН	8	19	15	42
0–4	0	0	0	0
4–10	1	4	1	6
10 и более	7	15	14	36
ДГПЖ, хронический простатит	43	72	56	171
0–4	0	0	0	0
4–10	24	24	10	58
10 и более	24	46	43	113

При анализе результатов определяется зависимость выявления местнолокализованной формы рака предстательной железы и ПИН от возраста в «серой» зоне (табл. 2).

Таблица 2
Выявление рака предстательной железы в зависимости от возраста при ПСА 4–10 нг/мл («серая» зона)

Возраст, лет	50–59	60–69	70 и старше	Итого
Количество больных	32	44	45	121
Аденокарцинома	7 (21,8 %)	16 (36,4 %)	34 (76 %)	57 (47 %)

У пациентов в возрасте 40–49 лет повышение концентрации ПСА (общий) было связано либо с нарушением методологии забора крови, либо с активным воспалительным процессом в предстательной железе. При контрольном обследовании уровень ПСА крови (общий) у этих больных находился в пределах нормы.

Литература

1. Лоран, О. Б. Дифференциальная диагностика опухолей предстательной железы с помощью определения уровня простат-специфического антигена сыворотки крови / О. Б. Лоран, Д. Ю. Пушкар, В. П. Степанов, Л. В. Крохотина. – М., 2000. – 17 с.
2. Максимов, В. В. Дифференциально-диагностическое значение простатического специфического антигена при гиперплазии предстательной железы / В. В. Максимов, А. А. Камалов, В. К. Карпов [и др.] // Урология и нефрология. – 2001. – № 2. – С. 37–40.
3. Пушкар, Д. Ю. Простатспецифический антиген и биопсия предстательной железы / Д. Ю. Пушкар. – М., 2003. – 15 с.
4. Чиссов, В. И. Заболеваемость раком предстательной железы в Российской Федерации / В. И. Чиссов, И. Г. Русаков // Экспериментальная и клиническая урология. – 2011. – № 2–3. – С. 6.

Таким образом, отмечен рост выявления рака простаты в «серой» зоне при увеличении возраста, однако и в первой возрастной группе (50–59 лет) остается высоким процент выявляемости. Следует отметить, что и у пациентов старше 70 лет (по нашим данным) может быть применена норма ПСА (общий) крови до 4 нг/мл.

При ПСА выше 10 нг/мл, по нашим данным, процент выявления ранних форм рака простаты не выше, чем в «серой» зоне, так как преобладают местнораспространенные формы заболевания (табл. 3).

Таблица 3
Выявление рака предстательной железы в зависимости от возраста при ПСА более 10 нг/мл

Возраст, лет	50–59	60–69	70 и старше	Итого
Количество больных	41	98	110	249
Аденокарцинома	10 (24,4 %)	37 (37,8 %)	53 (48,2 %)	100 (40 %)

Заключение. ПСА (общий) является основным индикатором дифференциальной диагностики патологии предстательной железы, показателем ранней диагностики местнолокализованной формы рака. Полученные данные свидетельствуют о высокой специфичности общего ПСА в возрастной группе мужчин от 50 до 59 лет для выявления местнолокализованных форм РПЖ. При уровне общего ПСА крови более 4 нг/мл в любом возрасте обязательна трансректальная мультифокальная биопсия простаты. Определение уровня ПСА крови в возрасте 40–49 лет необходимо для дифференциальной диагностики онкопатологии и активного воспалительного процесса, но нецелесообразно для скрининга.

References

1. Loran O. B., Pushkar D. Ju., Stepanov V. P., Krohotina L. V. *Differencialnaya diagnostika opuholey predstatelnoy zhelezi s pomoshyu opredeleniya urovnya prostat-specificheskogo antigena sivorotki krovi.* M.; 2000. 17 p.
2. Maksimov V. V., Kamalov A. A., Karpov V. K. *Urologiya i nefrologiya.* – *Urology and nephrology.* 2001;2:37-40.
3. Pushkar D. Ju. *Prostatspecificheskiy antigen i biopsiya predstatelnoy zhelezi.* M.; 2003. 15 p.
4. Chissov V. I., Rusakov I. G. *Eksperimentalnaya i klinicheskaya urologiya.* – *Experimental and Clinical Urology.* 2011;2-3:6.

ДИАГНОСТИКА МЕСТНОЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО УРОАНДРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
Т. И. ДЕРЕВЯНКО, И. А. ПАНЧЕНКО,
Э. С. МАРАБЯН, О. Н. ГАРМАШ, А. И. ШИПИЛОВ

DIAGNOSIS OF LOCALISED PROSTATE CANCER IN A SPECIALISED UROANDROLOGICAL CENTER
DEREVYANKO T. I., PANCHENKO I. A.,
MARABYAN E. S., GARMASH O. N., SHIPILOV A. I.

Рак предстательной железы (РПЖ) — одно из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста. Авторами разработана скрининговая программа раннего выявления онкологических заболеваний мочеполовой системы, в том числе рака предстательной железы. Основным индикатором дифференциальной и ранней диагностики местнолокализованной формы рака простаты является уровень общего ПСА.

Prostate cancer (PR) is the most common malignant tumour in middle-aged and old men. In SRSUAC (Stavropol Regional Specialised Uroandrological Center) in common with the Department of Urology, Pediatric Urology-Andrology a screening program of identification of initial forms of prostate cancer is developed and works. PSA (gen.) is a main indicator of differential diagnostics and early diagnostics of localised prostate cancer.

Ключевые слова: местнолокализованный рак предстательной железы, простатспецифический антиген

Key words: localised prostate cancer, PSA

© И. А. Викторова, Н. В. Коншу, 2014
УДК 612.75: 611.018.2 – 007.17:616.08
DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2014.09087>
ISSN – 2073-8137

ОСТЕОАРТРОЗ У ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬЮ СУСТАВОВ: СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТИПА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ

И. А. Викторова, Н. В. Коншу

Омская государственная медицинская академия

Распространенность гипермобильности суставов (ГМС) и тесно связанного с ней синдрома гипермобильности суставов (СГМС) варьирует от 6 до 31,6 % в зависимости от возраста, пола, расовой принадлежности [1, 2, 4]. Дискутабельным является вопрос роли ГМС при остеоартрозе (ОА) [3]. Большинство авторов придерживаются мнения, что ГМС является фактором риска развития ОА [8, 11], однако другие исследования не подтверждают этот тезис [9, 10]. У пациентов с СГМС, основным клиническим проявлением которого является суставная боль, диагностика раннего ОА представляется актуальной, так как в таком случае четко верифицировать начало ОА трудно, и он диагностируется лишь в «тяжелых» случаях, когда произошли структурные изменения в суставах.

Биохимических маркеров для целей раннего выявления, прогнозирования и повышения эффективности лечения [6]. Всё большее внимание привлекают биомаркеры деградации коллагена II типа, среди которых лидирующие позиции занимают С-концевые телопептиды, образующиеся при деградации коллагена II типа (СТХ-II). Определение СТХ-II имеет ценность для диагностики ранних (дорентгенологических) стадий ОА [7].

В последнее время одним из основных направлений изучения ОА является определение

Цель – стратифицировать риск возникновения и тип прогрессирования ОА у пациентов с семейной ГМС на основании клинических, биохимических данных.

Материал и методы. Исследование было проведено в два этапа.

Первый этап заключался в выявлении клинических маркеров риска возникновения и определении тяжести течения ОА у пациентов с семейной ГМС в исследовании «случай – контроль». Критерии включения в I этап: 1) пациент с ГМС и документированным диагнозом ОА; 2) письменное информированное согласие пациента на участие в исследовании; 3) отягощенный семейный анамнез (наличие родственников с ГМС и ОА). Критерии исключения: 1) другие ревматические заболевания; 2) наличие в анамнезе травм или операций на суставах. Для выявления клиниче-

Викторова Инна Анатольевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней и поликлинической терапии Омской государственной медицинской академии;
тел.: 89069900907; e-mail: vic-inna@mail.ru

Коншу Надежда Вячеславовна, аспирант кафедры внутренних болезней и поликлинической терапии Омской государственной медицинской академии;
тел.: 89609873030; e-mail: nadias@mail.ru