

необходимость прибегать к многократному постоянному введению анальгетиков, в том числе наркотических. При длительном одностороннем проявлении боль формирует достаточно стойкий патологический ирритативный структурно-функциональный комплекс, именуемый генератором патологически усиленного импульса.

Нами проведено оперативное лечение 7 пациентов с метастатическим поражением одного-двух позвонков. Средний возраст больных составил $67,6 \pm 1,03$ лет. У всех больных имелась сопутствующая сосудистая и легочная патология, а у 3 хронические заболевания желудочно-кишечного тракта. В 57,2% случаев ($n=4$) диагностированы метастазы грудного отдела позвоночника, в 42,8% ($n=3$) наблюдений - поясничного. Показатель Карновского до начала специализированного лечения составил $3,75 \pm 0,15$. Для протезирования использовался пористый никелид титана, который является качественно новым имплантационным материалом, хорошо переносится тканями организма, обладает высокой биоинертностью и нетоксичен. В пористую структуру имплантата успешно врастает костная ткань, а между костью и имплантатом формируется связь без соединительно-тканного промежуточного слоя с образованием очень прочного соединения в зоне контакта имплантата и кости реципиента.

Хирургическое лечение проводилось в два этапа. При неврологических расстройствах или высокой угрозе их развития на первом этапе осуществлялась стабилизирующая операция на позвоночнике у 2 больных (28,6%) в объеме переднего спондилодеза с задней стабилизацией, а вторым этапом - оргоануносящая операция на почке. Остальным 71,4% больным первым этапом выполнялась расширенная нефрэктомия, затем металлоостеосинтез на позвоночнике. Объем кровопотери во время операции составлял $370 \pm 58,5$ мл. У всех пациентов достигнута необходимая стабилизация поврежденного позвоночного сегмента, что подтверждено клинически (отсутствие болевого синдрома) и рентгенологически (формирование надежного костно-металлического блока). Двум больным спондилодез выполнен на двух сегментах позвоночника. В одном случае передний спондилодез дополнялся задней стабилизацией позвоночника (спинальными системами В.Д. Усикова). Осложнений, связанных с отторжением имплантата или его миграцией не отмечено. Послеоперационной летальности не отмечалось. Показатель Карновского после проведенного специализированного лечения составил $1,95 \pm 0,1$. Нагноения операционных ран не было. У всех больных восстановлена ось позвоночника. Ограничения режима в послеоперационном периоде были минимальными. Медикаментозная поддержка у оперированных пациентов с костным метастатическим поражением включала в обязательном порядке бисфосфонаты различных поколений (аредия, бондронат и др.). На момент контроля все пациенты живы; время пребывания в стационаре составило $34,7 \pm 1,5$ дня.

Таким образом, генерализованный рак почки с наличием костных метастазов не является противопоказанием к активному хирургическому лечению. На небольшой группе пациентов нам удалось добиться значительной (а иногда и полной) отсрочки во времени нейрогенных расстройств, что заметно улучшает «качество жизни» этой тяжелой категории больных раком почки. Активная хирургическая тактика по поводу отдаленных метастазов, позволяет увеличить продолжительность жизни этих больных.

Лечение гормонорезистентного рака предстательной железы

Копыльцов Е.И., Леонов О.В., Голубь Н.Н., Харченко Т.В.

Омский областной клинический онкологический диспансер, г. Омск.

В настоящее время, не смотря на наличие, огромного арсенала разнонаправленных лекарственных средств эффективность терапии РПЖ имеет определенный предел, после которого в опухоли начинает преобладать пул гормон нечувствительных клеток. Кроме