

кровяным агаром (агар с добавлением донорской эритроцитной массы) в смеси с 2% водорастворимым рентгеновским контрастом гилак. Визуально оценивали качество заполнения канала по четкости границ двух сред.

Последовательно заполняли каналы контрастной массой в четырех стаканах с интервалом 3 ч. Через 24 ч после заполнения канала первого стакана была проведена МСКТ на компьютерном томографе Asteion 4 (Toshiba Medical Systems). Визуальный анализ изображений проводили на профессиональном мониторе RA301W (Япония), диагональ экрана 29,8 дюймов, разрешение 2560×1600 точек.

Сканировали тест-объект с агаром и сформированными каналами до и после их заполнения контрастной массой. При визуальном анализе изображений уровень электронного окна (Window Level) WL и ширину электронного окна (Window Width) WW выбирали согласно предустановленным параметрам программ Vitrea 2 и eFilm Medical, предназначенным для изучения мягких тканей: WL = 40, WW = 380. Денситометрические показатели агара изучали в четырех зонах интереса; они составили в среднем $51,2 \pm 13,6$ HU.

При визуальном анализе изображений уровень электронного окна WL и ширину электронного окна WW устанавливали согласно рекомендациям, исходя из условий наилучшего изучения определенной группы тканей. Уровень электронного окна WL устанавливали как можно ближе к уровню плотности исследуемой ткани.

Выводы

1. При одинаковом уровне электронного окна увеличение его ширины уменьшает контрастность изображения.

2. Наибольшее влияние на качество визуальной оценки границ шаровидных образований оказывает оптимизация выбора уровня электронного окна.

3. При оптимизации выбора электронного окна наибольшее влияние на качество интерпретации оказывает ширина примененного окна.

4. При нечетких, размытых границах шаровидных образований визуальная оценка является операторозависимой процедурой, необходима разработка и применение количественных методик их анализа.

Коровников А.Г., Сандыбаев М.Н.

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Региональный онкологический диспансер г. Семей, г. Семей, Республика Казахстан

По данным ВОЗ (2001), суициды среди больных со злокачественными новообразованиями составляют 15–18% от общего числа случаев аутоагрессии среди населения. При этом риск суицида у онкологических больных в 1,5 раза выше, чем в общей популяции, и в особенности увеличивается в терминальной фазе. Желание ускорить смерть в прогрессирующей и терминальной фазах составляет 17% (Breitbart W. и соавт., JAMA, 2000).

По мнению J. Holland и соавт. (1995) важными факторами, увеличивающими риск самоубийств у онкологических больных, являются наличие депрессии, чувство изоляции и заброшенности семьей и близкими, поздние стадии заболевания с выраженным болевым синдромом.

Отечественные исследователи (Зотов П.Б., Уманский С.М., 1997) при изучении проблемы суицидов у онкологических больных пришли к следующим выводам:

1. Хронический болевой синдром является одним из ведущих факторов риска суицида у больных с распространенными формами злокачественных новообразований. Отсутствие знаний и возможности оказания противоболевой терапии поддерживают суицидальные тенденции.

2. Психогенная депрессия увеличивает суицидальный риск у онкологических больных даже при отсутствии тяжелых соматических нарушений.

3. Большинство суицидентов перед совершением самоубийства сообщают о своих намерениях лечащим врачам или ближайшим родственникам.

По данным ряда авторов, основой суицидального поведения является тревожно-депрессивная симптоматика, которая развивается у 60–80% пациентов со злокачественными новообразованиями (Рахматуллин А.Г., 2001; Pramod D. и соавт., 2006; Grassi L. и соавт., 2006).

Особую роль в возникновении аутоагрессивного поведения играют вид противоопухолевого лечения и успешность социально-психологической адаптации больного после его проведения. Объемные оперативные вмешательства, приводящие к существенным косметическим дефектам, провоцируют выраженные эмоциональные реакции. Отсутствие психологической поддержки онкологического больного семьей способствует его изоляции, углублению депрессивных переживаний и возникновению суицидальных мыслей и тенденций.

Большое значение в формировании аутоагрессии имеет болевой синдром: практически все пациенты в терминальной стадии нуждаются в противоболевой терапии. Неконтролируемая боль расценивается больными как показатель отсутствия успеха противоопухолевого лечения и провоцирует некоторых из них рассматривать самоубийство как наиболее оптимальный выход из сложившегося положения и избавление от страданий.

Самоубийство у больных со злокачественными новообразованиями редко является спонтанным поступком. Для них характерно обдумывание своих действий в течение достаточно продолжительного времени — до 80% суицидентов до реализации аутоагрессии посещают онколога и косвенно или открыто сообщают о своих намерениях, дают понять членам семьи, что единственный выход из сложившегося положения — самоубийство. По мнению S.Valente и соавт. (1994), врачи, как правило, знают о депрессивном состоянии своих пациентов, но склонны преуменьшать степень дистресса онкобольных. В связи с этим многие исследователи отмечают необходимость активного выявления суицидальных мыслей у больных раком. S. Valente и соавт., S. Richards (1994) отводят большую роль в выявлении суицидальных тенденций как лечащим врачам, так и медицинским сестрам онкологических отделений. По их наблюде-

ниям до 60% медсестер правильно идентифицировали суицидальную настроенность пациентов.

Ведущее значение в профилактике суицидов у онкологических пациентов имеет коррекция их эмоционального состояния, чему способствует применение современных методов психотерапии. Психотерапия направлена на стабилизацию психического состояния независимо от стадии онкологического процесса и достигается путем формирования здоровой самооценки, адекватных эмоциональных методов защиты, приобретения коммуникативных навыков и опыта, оптимистического видения будущего.

Ряд исследователей подчеркивают важность сочетания психотерапевтического воздействия с психофармакотерапией (Cillivan R. и соавт., 1998; Evans D. и соавт., 2005; Gil Nuno P. и соавт., 2006). Известно так называемое морфинсберегающее действие антидепрессантов, позволяющее за счет синергизма снизить дозы опиатов в купировании как хронических болей, так и связанных с ними нарушений сна. Это свойство антидепрессантов успешно используется для усиления анальгезирующего эффекта при хроническом болевом синдроме у онкологических больных (Ермаков Н.Б., Жаврид Э.А., 2005).

Таким образом, обзор литературы показал, что ведущими факторами риска суицида у онкологических больных являются наличие тревожно-депрессивных нарушений, поздние стадии заболевания с выраженным болевым синдромом, чувство изоляции и отсутствие поддержки семьи.

Важная роль в профилактике суицидов принадлежит врачам и медицинским сестрам онкологических отделений, способным активно выявлять суицидальные тенденции онкологических больных. Эффективная коррекция эмоциональных нарушений может быть достигнута сочетанным применением психотерапии и психофармакотерапии. Для успешной профилактики аутоагрессивного поведения необходимо адекватное обезболивание. Большое значение имеет работа службы психосоциальной помощи и взаимодействие с членами семьи пациента.

Кудрявцев А.С., Ярмошук С.В., Дробязгин Е.А., Половников Е.С., Аникеева О.Ю., Чикинцев Ю.В.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И СРЕДОСТЕНИЯ

ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России; ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

В отделении онкологии и радиотерапии НИИПК им. академика Е.Н. Мешалкина за период с июня 2014 г. по март 2015 г. торакоскопические робот-ассистированные вмешательства на хирургической системе da Vinci модель Si выполнены 7 пациентам в возрасте от 42 до 72 лет (мужчин – 3, женщин – 4).

Врач садится за пульт, который дает возможность видеть оперируемый участок в 3D-изображении с

многократным увеличением и использует специальные джойстики, чтобы управлять инструментами, что позволяет проводить прецизионное выделение трубчатых структур и уменьшает травматичность вмешательства.

Показаниями к операции были: периферический рак верхней – 1 и средней – 1 доли правого легкого, опухоль переднего средостения – 1, рак почки с метастатическим поражением правого легкого – 2; двустороннее метастатическое поражение без первичного очага – 1; рак матки с метастатическим поражением левого легкого – 1.

Выполнены следующие оперативные вмешательства. При опухоли переднего средостения – тимэктомия. При метастатическом поражении легких – атипичная резекция S 1-2 левого легкого (2 пациента); комбинированная атипичная резекция C1-C2, C6 левого легкого (1); атипичная резекция C8 правого легкого (1). При периферическом раке легкого верхняя (1) и средняя (1) лобэктомия справа.

Введение оптики и инструментария у 3 пациентов было в левый гемиторакс, у 4 – в правый гемиторакс.

Длительность оперативного вмешательства с учетом времени установки портов для вмешательства при резекциях легкого составляла от 40 до 50 мин, лобэктомий – 3–3,5 ч, удаления тимомы – 1 ч 20 мин.

Осложнений в ходе вмешательства и в послеоперационном периоде не отмечено. Дренаж из плевральной полости удаляли при отсутствии сброса воздуха и экссудации из плевральной полости, не более 50 мл в сутки.

Длительность госпитализации пациентов при атипичной резекции легкого составила 5–9 сут, при лобэктомии – 10 сут, при тимоме – 6 сут.

Таким образом, первый опыт использования робот-ассистированных вмешательств в торакальной хирургии в условиях НИИПК позволяет сделать вывод об их относительной безопасности. Длительность вмешательства не превышает длительности торакоскопических или VATS-вмешательств.

Лазарев А.Ф.¹, Кобяков Д.С.², Авдалян А.М.¹, Бычкова Е.Ю.¹, Лушникова Е.Л.³, Непомнящих Л.М.³

ВЗАИМОСВЯЗЬ МАРКЕРОВ АПОПТОЗА (P53, BCL-2, BAX) С КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ И ВЫЖИВАЕМОСТЬЮ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

¹Алтайский филиал ФГБНУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина», г. Барнаул, Россия; ²Бюджетное учреждение «Когалымская городская больница», г. Когалым, Россия; ³ФГБНУ «Научно-исследовательский институт региональной патологии и патоморфологии», г.Новосибирск, Россия

Цель – исследовать экспрессию маркеров апоптоза (p53, bcl-2 и bax) во взаимосвязи с клинико-морфологическими параметрами и показателем 5-летней выживаемости при немелкоклеточном раке легкого (НМКРЛ).