

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., Чикинев 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. торакаскопические 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 торакаскопических или VATS-вмешательств.

*Лазарев А.Ф.<sup>1</sup>, Кобяков Д.С.<sup>2</sup>, Авдалян А.М.<sup>1</sup>, Бычкова Е.Ю.<sup>1</sup>, Лушникова Е.Л.<sup>3</sup>, Непомнящих Л.М.<sup>3</sup>*

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

<sup>1</sup>Алтайский филиал ФГБНУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина», г. Барнаул, Россия; <sup>2</sup>Бюджетное учреждение «Когалымская городская больница», г. Когалым, Россия; <sup>3</sup>ФГБНУ «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).