

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.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).

Материал и методы. Исследованы 237 операционных материалов НМКРЛ, средний возраст больных 59 лет, 203 мужчины и 34 женщины. Патогистологическая характеристика опухолей определена согласно классификации TNM 7-го пересмотра. Иммуногистохимическим методом определяли p53 (клон DO-7), bcl-2 (клон 124) и baх (клон SP47) в автоматическом стейнере Ventana XT. В каждом случае исследовали 1000 клеток в 5–7 полях зрения при увеличении в 400 раз. Определяли индекс метки – количество положительно окрашенных клеток от общего количества подсчитанных клеток в процентах. Индекс метки p53, bcl2, baх более 10% считался положительной экспрессией (+) антигена в опухоли, менее 10% – отрицательной экспрессией (-). Статистический анализ проведен в программе STATISTICA 6.0. При проверке статистических гипотез применяли двусторонний точный критерий Фишера для таблиц 2×2, коэффициент корреляции рангов Спирмена. Определяли общую скорректированную выживаемость больных за 5-летний период после операции, использовали метод Каплана–Мейера, регрессионную модель Кокса. Достоверность оценивали при $p < 0,05$.

Результаты. При анализе уровня экспрессии p53, bcl-2 и baх в зависимости от морфологических параметров НМКРЛ корреляции между ними не обнаружено ($p < 0,3$). Найдено статистически значимое увеличение количества случаев с +p53 при плоскоклеточном раке по сравнению с аденокарциномой ($p < 0,05$). Отмечается значимое увеличение +bcl-2 в группе опухолей без поражения лимфатических узлов по сравнению с опухолями с наличием лимфогенных метастазов ($p < 0,05$), при НМКРЛ I стадии по сравнению с НМКРЛ II–III стадии ($p < 0,01$), а также при плоскоклеточном раке по сравнению с аденокарциномой ($p < 0,05$). Количество случаев с +baх значимо выше при аденокарциноме по сравнению с плоскоклеточным раком ($p < 0,05$). При НМКРЛ гистогенез имел слабую корреляцию с p53 ($r = 0,15$; $p < 0,05$), bcl-2 ($r = 0,15$; $p < 0,05$) и baх ($r = 0,16$; $p < 0,01$), показатель N и стадия процесса – с bcl-2 ($r = 0,15$; $p < 0,05$ и $r = 0,18$; $p < 0,01$).

Общая 5-летняя скорректированная выживаемость больных НМКРЛ составила $40,4 \pm 3,5\%$. Показатели выживаемости больных НМКРЛ имели статистически значимые различия в зависимости от экспрессии p53 ($p = 0,03$) и bcl-2 ($p = 0,004$). Отдаленная выживаемость при +baх имела тенденцию к снижению, однако отличия не значимы. При анализе взаимосвязи уровня отдаленных результатов лечения больных НМКРЛ и коэкспрессии антигенов выявлено, что показатели 5-летней выживаемости уменьшались в ряду иммунофенотипов опухоли: 1) -p53/+bcl-2, -p53/-bcl-2, +p53/+bcl-2 и +p53/-bcl-2; 2) -p53/-baх, -p53/+baх, +p53/-baх и +p53/+baх; 3) +bcl-2/-baх, +bcl-2/+baх, -bcl-2/-baх и -bcl-2/+baх. При анализе парной коэкспрессии p53 и bcl-2 статистически значимые различия показателей выживаемости больных получены только для иммунофенотипа -p53/+bcl-2 ($p < 0,001$). При анализе парной коэкспрессии p53 и baх больные с иммунофенотипом +p53/+baх имели наихудший 5-летний показатель; отличия значимы по сравнению с иммунофенотипами -p53/-baх и -p53/+baх ($p < 0,05$). При анализе парной коэкспрессии bcl-2 и baх отмечается тенденция к снижению выживаемости при +baх

в опухолях с +bcl-2 или -bcl-2 иммунофенотипом.

При проведении однофакторного регрессионного анализа с выживаемостью больных НМКРЛ были связаны экспрессия p53 ($\chi^2 = 4,6$, $\beta = 0,38$, стандартная ошибка 0,18, $p = 0,03$) и экспрессия bcl-2 ($\chi^2 = 8,5$, $\beta = 0,75$, стандартная ошибка 0,28, $p = 0,008$). Показатель N, наибольший размер опухоли, дифференцировка имели независимую взаимосвязь с выживаемостью больных НМКРЛ при многофакторном регрессионном анализе ($\chi^2 = 95,5$; $p < 0,001$).

Заключение. Отмечается взаимосвязь экспрессии p53, bcl-2 и baх с некоторыми клинико-морфологическими параметрами НМКРЛ. Выживаемость больных НМКРЛ взаимосвязана с экспрессией p53, bcl-2 и не зависит от экспрессии baх. Выживаемость больных НМКРЛ взаимосвязана также с взаимным содержанием bcl-2, p53 и baх: продолжительнее при иммунофенотипе -p53/+bcl-2, короче при иммунофенотипе +p53/+baх. При однофакторном регрессионном анализе bcl-2 и p53 являлись факторами прогноза. Многофакторный регрессионный анализ не выявил взаимосвязи bcl-2, p53 и baх с прогнозом НМКРЛ.

Лазарев А.Ф.¹, Мамонтов К.Г.¹, Котельников А.Г.², Лубенников В.А.¹, Хайс С.Л.¹, Балугева Н.В.¹, Лазарев С.А.¹

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

¹Алтайский филиал ФГБНУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина», г. Барнаул, Россия; ²ФГБНУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина», г. Москва, Россия

Большинство больных с метастазами колоректального рака в печени имеют множественные биллобарные метастазы, размеры метастаза более 5 см, что сокращает возможности резекционной хирургии. Как правило, таким больным назначается длительная химиотерапия. После 4–6 мес лечения большинство больных переводят на менее интенсивную, так называемую поддерживающую терапию. Результаты такого лечения не могут считаться удовлетворительными, поскольку едва достижима 3-летняя выживаемость. Достоверно лучшие результаты общей выживаемости наблюдаются у пациентов, получавших послеоперационную химиотерапию, поэтому комбинированное лечение признается современным стандартом лечения. Больные с неблагоприятным прогнозом составляют наиболее многочисленную группу, которая подвергается исключительно системной химиотерапии, даже когда метастазы представляются изначально резектабельными. Стратегия лечения операбельных пациентов с неблагоприятными факторами прогноза не разработана и является объектом изучения с точки зрения как выработки показаний к хирургическому лечению, так и определения роли периперационной химиотерапии.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с резектабельными метастазами