

роны головного мозга был обусловлен объемом проводимой инфузионно-трансфузионной терапии, а также адекватностью и своевременностью предпринятого хирургического вмешательства.

Выводы.

Характерной особенностью сочетанной черепно-мозговой травмы является атипичное, малосимптомное клиническое течение синдрома компрессии головного мозга при различных компримирующих факторах. Наличие травматического шока и кровопотери способствует развитию псевдоцеребральных синдромов, имитирующих клинические проявления компрессии и дислокации головного мозга, что диктует необходимость широкого использования нейровизуализации.

---

### **ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ В СТРУКТУРЕ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ**

*И.В. Щербакова, А.А. Самохин*

Московский ГМСУ, г. Москва, Россия

---

В последние годы получен ряд данных, свидетельствующих о высокой коморбидности злокачественных новообразований с депрессивными и тревожными расстройствами. Установлено, что сопутствующие эмоциональные расстройства отрицательно сказываются на качестве жизни и адаптационных возможностях пациента, ухудшают течение и прогноз онкологического заболевания. В то же время вероятность распознавания онкологами эмоциональных расстройств остается низкой, поскольку многие интернисты, в том числе и врачи-онкологи, рассматривают тревогу, депрессивное настроение и суицидальные высказывания пациентов, как «нормальную» психологическую реакцию личности на факт установления диагноза. Выявление аффективной патологии осложняется тем, что некоторые симптомы рака и депрессии перекрываются, например: потеря веса, снижение аппетита, анергия, астенические симптомы. Кроме того, в качестве диагностических инструментов чаще всего используются стандартизированные критерии большого депрессивного эпизода, что ограничивает возможности диагностики пограничных аффективных расстройств. Это определило цель настоящего исследования – изучить психоэмоциональное состояние больных, прооперированных по поводу рака толстой кишки. Материал и методы. Всего обследовано 103 пациента онкохирургического отделения ГКБ №40 г. Москвы, прооперированных по поводу колоректального рака, которые отвечали критериям пограничных психических расстройств (по Александровскому Ю.А.). Средний возраст больных: 76 мужчин и 27 женщин составил  $61,4 \pm 5,3$  лет. Ос-

новным методом исследования был клинико-психопатологический, дополнительным методом – психометрический. Последний использовали для количественной оценки выраженности психопатологических проявлений, в первую очередь тревожных и депрессивных. Для этого были выбраны стандартизированные психометрические шкалы: М. Гамильтона для оценки депрессии (HDRS-21) и М. Гамильтона для оценки тревоги (HARS), состоящей из 14 пунктов.

Результаты и обсуждение.

Клиническое обследование выявило полиморфную симптоматику невротического уровня. У всех больных присутствовала астеническая симптоматика различной интенсивности в форме гиперестезии, утомляемости, истощаемости, эмоциональной лабильности, нарушений сна и вегетативных расстройств. Типичными для всех обследованных были депрессивные и тревожные нарушения, достигающие и не достигающие (в качестве включений) уровня нозологической значимости. Доминирующие в клинической картине расстройства определили ведущие психопатологические синдромы: астено - депрессивный (37,86%), тревожно-депрессивный (33,00%), депрессивно-ипохондрический (11,65%), тревожно-ипохондрический (5,82%), тревожно-фобический (8,73%), и обсессивно-фобический (3,88%). Выводы.

Таким образом, синдромальная структура пограничных психических расстройств у больных колоректальным раком в послеоперационном периоде образована преимущественно тревожной и/или депрессивной симптоматикой. Клинические результаты подтвердили данные психометрических методов исследования: усредненные значения по шкалам HDRS-21 и HARS для всех обследованных составили  $12,6 \pm 2,4$  и  $18,5 \pm 3,6$  баллов.

Полученные данные позволяют сделать заключение о преобладании клинически значимых депрессивных и тревожных нарушений у пациентов, прооперированных по поводу рака толстой кишки. Этот контингент больных нуждается в консультации и лечении у психиатра с первых дней госпитализации в специализированное отделение онкологической хирургии.

---

## **ХИРУРГИЯ ОНКОЛОГИЯ**

---

### **ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ С ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМОЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*В.Ю. Барсуков, Н.П. Чеснокова,*

Т.Д. Селезнева, Е.В. Зяблов

Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского, Россия

E-mail авторов: std\_80@mail.ru

Несмотря на значительное количество работ, посвященных патогенезу неоплазий, до настоящего момента не систематизированы представления о роли отдельных субпопуляций, а именно, CD8 и CD4-T-лимфоцитов, а также В-лимфоцитов в механизмах прогрессирующего характера патологии и в частности, при отечно-инфильтративной форме рака молочной железы (РМЖ).

Цель исследования: изучить показатели клеточного и гуморального иммунитета при отечно-инфильтративной форме РМЖ в динамике заболевания до и после проведения различных этапов адекватной комплексной терапии.

Материалы и методы.

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 34 больных с отечно-инфильтративной формой РМЖ, находившихся на лечении в отделении онкологии НУЗ ДКБ г.Саратова с 2005 по 2011 гг. Контрольную группу составили 34 практически здоровых женщин. Иммунологическая картина больных РМЖ была представлена в иммунограмме количеством Т-лимфоцитов (CD3), В-лимфоцитов (CD19), Т-хелперов (CD4), цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8), их отношением. Количественное содержание В-лимфоцитов (CD19) сопоставляли с функциональной активностью их субпопуляции на основании определения уровня сывороточных иммуноглобулинов различных классов: IgG, IgA и IgM.

Определение иммуноглобулинов классов G, A, M (IgG, IgA, IgM) осуществлялось при помощи радиальной иммунодиффузии по методу Манчини, определение уровня субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови проводилось методом непрямой иммунофлюоресценции с помощью моноклональных антител производства «Медбиоспектр» (Москва).

Результаты и обсуждение.

В исследуемой группе больных зарегистрировано прогрессирующее снижение процентного содержания CD3 Т-лимфоцитов ( $45,12 \pm 1,21$ ,  $P < 0,001$ ), CD4 Т-лимфоцитов ( $20,56 \pm 1,54$ ,  $P < 0,001$ ) по отношению к контрольной группе. В то же время, отмечено достоверное увеличение процентного содержания CD8 Т-лимфоцитов по сравнению с контрольной группой наблюдения ( $29,41 \pm 0,54$ ,  $P < 0,001$ ). Одновременно снижался показатель соотношения CD4/CD8 Т-лимфоцитов ( $0,71 \pm 0,033$ ,  $P < 0,001$ ).

Между тем, возникало максимальное подавление активности В-зависимого иммунитета: содержание в крови IgG ( $9,85 \pm 0,187$ ,  $P < 0,001$ ), IgA ( $1,95 \pm 0,026$ ,  $P < 0,001$ ), IgM ( $0,98 \pm 0,013$ ,  $P < 0,001$ ), а также уровня CD19-Т-лимфоцитов ( $14,72 \pm 1,025$ ,  $P < 0,001$ ) было заметно ниже контрольных величин.

Спустя сутки после 3 курсов неoadъювантной полихимиотерапии (НПХТ) по схеме FAC уровень CD3-Т-лимфоцитов ( $41,26 \pm 1,34$ ,  $P < 0,001$ ), уровень CD4-Т-лимфоцитов ( $18,59 \pm 1,57$ ,  $P < 0,001$ ), соотношения CD4/CD8-Т-лимфоцитов ( $0,57 \pm 0,028$ ,  $P < 0,001$ ) снижался по сравнению с таковыми показателями нормы. В то же время уровень CD8-Т-лимфоцитов превышал показатели контроля ( $32,71 \pm 0,76$ ,  $P < 0,001$ ). Использование НПХТ в этой группе больных приводило к критическому снижению уровня всех исследуемых иммуноглобулинов (IgG ( $6,79 \pm 0,231$ ,  $P < 0,001$ ), IgA ( $1,78 \pm 0,017$ ,  $P < 0,001$ ), IgM ( $0,75 \pm 0,016$ ,  $P < 0,001$ )) и CD19- В-лимфоцитов ( $10,53 \pm 1,026$ ,  $P < 0,001$ ).

Заключение.

Оценивая выше изученные метаболические параметры иммунного статуса у больных с отечно-инфильтративной формой РМЖ, следует заключить, что выявленные сдвиги: снижение CD19-В-лимфоцитов, IgG, IgA, IgM, CD3-Т-лимфоцитов, CD4-Т-лимфоцитов, соотношения CD4\CD8, с одновременным увеличением CD8-Т-лимфоцитов, имеют очевидную диагностическую и прогностическую значимость. Использование адекватной полихимиотерапии обеспечивает не только элиминацию опухолевых клеток в периоды проведения терапевтических мероприятий, но за счет подавления иммунной системы способствует развитию промоции и метастазированию малигнизированных клеток, не подвергшихся эрадикации.

## МИНИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ КОЖИ

Н.А. Белушенко

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

E-mail авторов: nataliyabelushenko@mail.ru

В последние годы увеличилась заболеваемость доброкачественными опухолями кожи. В нашей клинике лечение этой патологии включает: иссечение опухоли, электрокоагуляцию и криодеструкцию. В послеоперационном периоде, периодически, наблюдаются воспаление и диастаз краёв послеоперационной раны. Т.о. возникает вопрос: если эту опухоль прооперировать другим способом, возникли бы осложнения и какой был бы косметический эффект?

Цель исследования: изучая особенности послеоперационных ран установить оптимальный способ лечения опухолей кожи. Выявить причины раневых осложнений. Минимизировать вероятность послеоперационных рецидивов.

Материалы и методы.

Обследовано 400 больных с различными опухолями кожи. 260(65%) больных были в возрасте от 18