

неоспоримым «золотым стандартом» является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), которая становится рутинной, «традиционной» операцией и с успехом выполняется во многих стационарах.

Цель работы: показать возможности изменения техники ЛХЭ, модифицируя количество введенных троакаров и интраоперационное распределение рабочей нагрузки на каждый из них.

Материалы и методы.

В клинике ГБ № 20 им. И.С. Берзона г. Красноярска ЛХЭ выполнена на момент исследования у 267 пациентов. Традиционное количество лапаропортов изменено у 45 больных (20,9%): у 32 пациентов с желчнокаменной болезнью и у 13 с полипами желчного пузыря.

Результаты и обсуждения.

Сущность ЛХЭ из 3 доступов заключается в следующем: первый порт -10 или 6-мм троакар устанавливаем на 1 см ниже пупочного кольца по средней линии – для введения телескопа; второй - после проведения обзорной лапароскопии устанавливаем второй 10-мм-вый порт – по средней линии, отступя от мечевидного отростка одну четверть расстояния между ним и пупком – для выполнения всех этапов холецистэктомии; третий порт 5-мм-вый – устанавливаем по правой переднеаксилярной линии ниже реберной дуги на 2-4 см. Через этот лапаропорт проводится эндограспер, которым производится тракция шейки и Гартмановского кармана желчного пузыря, а на этапе выделения желчного пузыря из ложа с помощью ротации и тракции без фиксации за дно желчного пузыря. Тракцию пузыря за дно проводим эндограспером, проведенным через 3-ий лапаропорт. Разделение спаек производим и коагуляционным крючком. Идентификацию пузырного протока с помощью эндодиссектора производим через второй троакар (эпигастральный), используя переходник с 10 мм на 5 мм. Эндодиссектором производим дальнейшую препаровку и выделение элементов треугольника Кало, подготавливаем к клипированию пузырный проток и артерию. Убираем переходник из второго троакара и производим клипирование пузырного протока и артерии. Желчный пузырь захватывается эндограспером через 3-ий троакар за шейку или Гартмановский карман и, «закручивая» кверху-наружу, производится его постоянная тракция. После отделения желчного пузыря через 2-ой троакар вводится эндограспер и желчный пузырь извлекается из брюшной полости через 10 мм (эпигастральный) троакар. При наличии в просвете крупных (более 10 мм) конкрементов прибегаем либо к расширению раны апоневроза, либо к фрагментации конкрементов в просвете пузыря. При напряженном желчном пузыре, особенно в момент извлечения его из брюшной полости, для уменьшения его объема производим пункцию, эвакуируем желчь, затем удаляем желчный пузырь из брюшной полости под визуальным контролем. Производим ревизию ложа желчного пузыря, при необходимости санацию подпеченочного пространства, выполняем десуфляцию. Длительность модифицированной операции не превышала времени традиционной ЛХЭ. Необходимости конверсий не возник-

ло. Послеоперационный период при модификации техники ЛХЭ у всех детей протекал без осложнений.

Таким образом, накопление опыта выполнения традиционной ЛХЭ позволяет успешно выполнять модифицированную холецистэктомию. ЛХЭ из 3 доступов не сужает технические возможности оператора не только при технически простых вариантах холелитиаза, но и в случаях интраоперационных осложнений, не ограничивает долженствующий объем операции даже при спячном процессе, усиливает эффект малоинвазивности вмешательства, является перспективной оперативной технологией.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА ЛИМФОДИСЕКЦИИ

А.Ф. Ховари, Н.А. Шаназаров

МНПЦ, г. Томск, Россия
Тюменская ГМА, г. Тюмень, Россия

Почечно-клеточный рак (ПКР) - в настоящее время общепринятый термин для обозначения рака, развившегося из эпителия почечных канальцев. Среди урологических опухолей рак почки занимает третье место после новообразований предстательной железы и мочевого пузыря, а по смертности находится на первом месте. Известно, что рак почки обладает высоким метастатическим потенциалом в любые органы и ткани организма. Устойчивость рака почки к цитотоксической химиотерапии во многом связана с высоким уровнем экспрессии гена лекарственной устойчивости (MDR-1). В связи с этим для большинства больных единственной возможностью и надеждой на излечение является использование радикального метода лечения - нефрэктомии. Операция показана во всех случаях, когда пораженная почка удалима, функциональная способность контрлатеральной почки сохранена и нет противопоказаний к операции. Вместе с тем, нет достаточно четкой формулировки показаний и противопоказаний к выполнению расширенной лимфодиссекции при ПКР, что делает все научные исследования, направленные на решение проблемы повышения эффективности хирургического лечения почечно-клеточного рака, актуальными.

Цель исследования: оценить эффективность разработанной расширенной лимфодиссекции в хирургическом лечении почечно-клеточного рака.

Материал и методы.

Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 150 пациентов с почечно-клеточным раком, которым была произведена нефрэктомия. Пациенты были разделены на 3 группы в соответствии с проведенными объемами лимфодиссекции. Первую группу составили пациенты, которым была произведена простая (без лимфодиссекции) нефрэктомия, вторую группу составили пациенты, у которых нефрэктомия была дополнена селективной лимфодиссекцией. В третьей группе больных производилась нефрэктомия с расширенной лимфодиссекцией.

Результаты исследования.

Проводя сравнительную оценку непосредственных результатов хирургического лечения ПКР в зависимости от объема произведенной лимфодиссекции и хирургического доступа, мы должны отметить, что в группе больных с расширенной лимфодиссекцией по сравнению с другими группами отмечается наиболее низкое число осложнений при отсутствии послеоперационной летальности. Изучая отдаленные результаты хирургического лечения нами было выявлено, что объем произведенной лимфодиссекции также имеет значение. В группе пациентов, которым лимфодиссекция не была произведена, отдаленные результаты оказались статистически достоверно ниже, чем в группах, где лимфаденэктомия была выполнена.

Выводы.

При местнораспространенном ПКР выполнение нефрэктомии с расширенной лимфодиссекцией не увеличивает число послеоперационных осложнений в сравнении с нефрэктомией без лимфодиссекции и при селективной лимфодиссекции. Проведение нефрэктомии с расширенной лимфодиссекцией позволяет достоверно улучшить отдаленные результаты лечения. Совершенствование методики выполнения расширенной лимфодиссекции при почечно-клеточном раке, а также небольшое количество послеоперационных осложнений позволяют рекомендовать ее к применению у всех больных почечно-клеточным раком.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

И.М. Шестопалова, Г.А. Ткаченко

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва, Россия

E-mail авторов: mitg71@mail.ru

Несмотря на определенные успехи в терапии онкологических больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца (ИБС), лечение таких пациентов, по-прежнему, остается одной из сложных клинических проблем, в том числе из-за нервно-психических нарушений, которые оказывают существенное влияние на развитие сердечно-сосудистых осложнений. Возникновение этих нарушений связаны с преморбидными особенностями личности, взаимно отягощающим течением онкологического и кардиологического заболеваний, этапом противоопухолевого лечения. Для терапии преобладающих тревожных, депрессивно - ипохондрических и сомнических расстройств во многих случаях показана психологическая коррекция.

Цель исследования: изучение эффективности психологической коррекции для снижения уровня тревожности, нормализации эмоционального состояния и терапии инсомнии у онкологических больных с ИБС в условиях специализированного стационара.

Материал и методы исследования.

Психологическая коррекция включала комбинацию аутосуггестивных ресурсных техник с поддерж-

кой аудиальной модальности восприятия специальными музыкальными композициями и звуками.

Обследованы 40 больных злокачественными новообразованиями торако-абдоминальной локализации и сопутствующей ИБС, которым планировалось проведение хирургического лечения в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. Средний возраст больных $61,75 \pm 5,76$ года. Для анализа было сформировано две группы. Первая группа больных – 20 человек, каждому из которых был проведен курс из 10 сеансов психотерапии. Контрольная группа – 20 человек – без психологической поддержки.

Психологическое состояние больных при госпитализации и после проведения курса коррекционной терапии оценивалось с помощью тестов: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН).

Результаты исследования.

При первичном обследовании все больные имели высокий уровень тревожности, выраженные эмоциональные расстройства, 40% больных страдали психо-генно обусловленной инсомнией. На фоне проведения сеансов психотерапии уровень тревожности достоверно снизился у больных первой группы ($p < 0,05$), у 60% больных этой группы уровень тревожности нормализовался. В контрольной группе показатели уровня тревожности существенно не менялись, в отдельных случаях отмечалось повышение.

Значительное улучшение психоэмоционального состояния отмечают 90% больных первой группы (САН), у 60% больных, страдающих инсомнией, был восстановлен нормальный сон. В контрольной группе показатели анализируемых шкал не менялись.

Выводы.

Настоящим исследованием показана эффективность психологической коррекции в улучшении эмоционального состояния, снижении тревожности, возможности безлекарственной терапии инсомнии у больных злокачественными новообразованиями торако-абдоминальной локализации с сопутствующей ИБС.

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ДЛЯ ОЦЕНКИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

И.В. Щербаклова, А.М. Бардеништейн, А.А. Самохин

МГМУ, г. Москва, Россия

E-mail авторов: irinash62@mail.ru

В последние годы накопилось достаточное количество фактов, свидетельствующих об актуальности психосоматического подхода к оценке состояния онкологических больных. По данным статистики, от 35% до 50% пациентов с опухолями обнаруживают обусловленные болезнью психические расстройства, среди которых основную долю составляют аффективные заболевания - депрессивные и тревожные. Ведущим патогенетическим фактором при формировании эмо-