

дня). Медицина выполняет мировоззренческий маневр, разрешающий так нужный ей контакт с психологией.

4. Студенты получают возможность теоретически рефлексивно соотнести методологические коллизии взаимосвязи психологии и медицины только на 6 курсе на истории психологии, когда профессиональное мировоззрение во многом сформировано не в пользу психологии. Единственная методологическая дисциплина, являющаяся необходимой структурной составляющей психологической науки, позволяющая разобраться в системных противоречиях образования в области психического здоровья, сформировать научное мировоззрение психиатра, обесценивается и профанируется.

Выводы. В случае исключения истории психологии из образовательного стандарта в учебных программах по психологии для будущих врачей в области психического здоровья должна сохраняться возможность сформировать основы теоретического психологического мышления, методологической рефлексии, позволяющей определять, понимать и осваивать методы разрешения проблем соотношения психологии и медицины. Студенты должны иметь возможность изучения методологических основ психологической науки, понимаемых не только как освоение методов научного психологического познания, но как метатеоретические приемы формулирования предмета психологии. Такая возможность позволит студентам стать субъектами профессиональной деятельности, не только ее исполнителями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников, М. М. Методологические предпосылки и основания нематериальной теории психики / М. М. Решетников // Методология и история психологии. – 2018. – Вып. 3. – С. 28–46.

КРИОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО РАКА И МЕТАСТАЗОВ ПЕЧЕНИ

Ханевич М. Д.¹, Диникин М. С.¹, Манихас Г. М.¹,
Диникин М. С.², Манихас Г. М.²

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова

Актуальность. В качестве основной радикальной операции при раке и метастатическом поражении печени продолжает оставаться гемигепатэктомия. При этом более чем у 50% пациентов выполняется расширенный объем

операции. Однако оставляемая часть печени не всегда может выполнять полноценную детоксикационную функцию. Развивающаяся в раннем послеоперационном периоде у такого рода пациентов печёночная недостаточность является основной причиной летальных исходов. В тоже время недостаточный объём удаляемой поражённой опухолью части печени с оставлением опухолевой ткани неизбежно приводит к рецидиву заболевания. Для улучшения абластичности хирургического вмешательства в настоящее время используются различные виды термовоздействия. Наиболее перспективным из них оказалось криовоздействие на раневую поверхность оставшейся части печени [1].

Цель. Цель исследования состояла в изучении эффективности интраоперационного криовоздействия на раневую поверхность оставляемой части печени при расширенных R1 гемигепатэктомиях у пациентов с гепатоцеллюлярным раком и метастатическим поражением печени.

Методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 49 пациентов, которым по поводу опухолей печени были выполнены расширенные гемигепатэктомии с использованием криовоздействия на раневую поверхность оставшейся части печени. У 29 пациентов в дооперационном периоде путем чрезкожной пункционной биопсии был установлен гепатоцеллюлярный рак, у 20 пациентов – обширное поражение печени метастазами колоректального рака. Мужчин было 28, женщин – 21. Возраст пациентов колебался от 42 до 70 лет. Согласно Международной классификации опухолей по системе TNM (8-я редакция, 2017 год) основную группу пациентов гепатоцеллюлярным раком составили пациенты с 3А стадией заболевания – 16 человек, с 3Б стадией было 7 человек и 4А стадией – 6 человек. Цирроз печени у пациентов был установлен в 18 (47,4%) случаях. Во всех случаях метастатического поражения опухолевые узлы локализовались в правой половине печени, локализуясь преимущественно в IV, V и VIII сегментах. На основании отпечатков и микросрезов с раневой поверхности печени у всех пациентов были выявлены опухолевые комплексы.

Разработанная криогенная технология раневой поверхности печени состояла в использовании аппликаторов диаметром 50 мм. В качестве криосистемы применялась криоустановка «КРИО – МТ» (Россия) или аппликаторы из никелида титана [2]. Экспозиция холодом составляла 5–6 минут. Криовоздействие осуществляли трёхкратно, соблюдая принцип: «быстрое охлаждение, самостоятельное медленное оттаивание».

Результаты и их обсуждение. Анализ исследования отпечатков и тонких срезов с поверхности печени (до криовоздействия, после первого, второго и третьего сеансов применения холода) показал, что при выполнении R1 резекций надежный эффект может дать двукратная заморозка. После однократной заморозки раковые клетки были обнаружены в 18 (36,7%) случаях. Повторная заморозка привела к разрушению оставшихся опухолевых комплексов. В ближайшем послеоперационном периоде у

19 (38,8%) пациентов развилась печеночная недостаточность. У 13 пациентов она носила тяжелый прогрессирующий характер с летальным исходом.

Отдаленные результаты (более 7 лет) прослежены у 20 пациентов с гепатоцеллюлярным раком и 16 – с метастазами колоректального рака. Рецидив заболевания возник у 12 (33,3%) пациентов. Во всех случаях он был выявлен в первые 3 года после операции. Более пяти лет прожили 10 (27,8%) пациентов.

Выводы.

1. При выполнении расширенных гемигепатэктомий, ввиду необходимости оставления 30–40% печёночной ткани, у пациентов со злокачественными опухолями печени возникает высокая вероятность нарушения абластичности хирургического вмешательства с оставлением опухолевых комплексов на поверхности оставшейся части печени, а уменьшение объёма оставляемой печёночной ткани может привести к развитию тяжёлой печёночной недостаточности.

2. С помощью многократного криовоздействия, которое следует выполнять после проведения микроскопии отпечатков и тонких срезов с раневой поверхности оставшейся части печени и установления R1 резекции, можно в значительной степени улучшить абластичность хирургического вмешательства и как следствие увеличить безрецидивный период до 5 и более лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Криохирurgia опухолей печени / Н. В. Мерзликин, В. Ф. Цхай, Н. А. Бражникова, Т. Б. Комкова [и др] // Сибирский онкологический журнал. – 2018. – Т. 17, № 2. С.41-48.
2. Хирургическое лечение опухолей печени и поджелудочной железы с использованием криохирургической техники / Под. ред. проф. М. Д. Ханевича. – СПб.: Аграф +, 2017. – 128 с.

РОЛЬ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ОЦЕНКЕ СПИНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНОМ ЦЕРВИКАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

**Хомушко И. С., Ильяевич И. А., Мазуренко А. Н.,
Картыжова А. А.**

Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии

Актуальность. Дегенеративный стеноз шейного отдела позвоночного канала (ПК) может сопровождаться раздражением или компрессией нервных и сосудистых структур спинного мозга (СМ), что является основным фактором риска развития вертеброгенной цервикальной миелопатии [1, с. 97]. Основными методами обследования при данной патологии являются неврологический осмотр и магнитно-резонансная томография (МРТ), позволяющая