

Міністерство охорони здоров'я України  
Харківська медична академія післядипломної освіти  
Харківське медичне товариство

# МЕДИЦИНА ХХІ СТОЛІТТЯ

Матеріали науково-практичної конференції  
молодих вчених, присвяченої 90-річчю ХМАПО



Харків - 2013

Міністерство охорони здоров'я України  
Харківська медична академія післядипломної освіти  
Харківське медичне товариство

---

# МЕДИЦИНА ХХІ СТОЛІТТЯ

---

Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених,  
присвяченої 90-річчю ХМАПО

27 листопада 2013 року. – Харків, 2013. – 116 с.

Відповідальні за випуск:  
Шалімова А.С., Корженко Д.О.

Харків 2013 р.

## ІМУНОГІСТОХІМІЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ПУХЛИННОЇ ЕКСПРЕСІЇ ОНКОПРОТЕЇНА Vcl-2 У ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІ

*Лисенко С. А.*

**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології**

Дослідженнями останніх років доведено прогностичне значення експресії Vcl-2 для таких пухлин, як рак молочної залози, жовчного міхура, рак гортані, рак легені (РЛ), неходжкінської лімфоми та тимоми.

Мета роботи: дослідження пухлинної експресії Vcl-2 у хворих на РЛ при наявності або відсутності у них паранеопластичного ревматологічного синдрому (ПНРС).

Матеріали і методи. Для дослідження було взято операційний пухлинний матеріал від 120 хворих: 47 пацієнтів на РЛ з ПНРС та 73 - без проявів даного синдрому. У всіх випадках виконано якісну та кількісну імуногістохімічну оцінку експресії Vcl-2. В якості первинних антитіл використано моноклональні антитіла (клон 124) фірми «DAKO», Данія. Для візуалізації продуктів реакції використано систему EnVision+ і хромоген DAB+ фірми «DAKO», Данія.

Результати. Встановлено, що у категорії хворих на РЛ з проявами ПНРС значно рідше (на 69,2%) відзначається експресія Vcl-2 (27,3% проти 46,2%), а також спостерігається достовірно нижче (на 43,9%) середній рівень експресії Vcl-2 ( $51,5 \pm 5,8\%$ ) на відміну від аналогічних показників у хворих на РЛ без симптомів даного синдрому ( $74,1 \pm 6,7\%$ ).

Знижена експресія онкопротеїна Vcl-2 в пухлинних клітинах хворих РЛ з проявами ПНРС частіше асоціюється з такою гістологічною формою, як аденокарцинома; і виявляється в 2,37 рази рідше, ніж експресія Vcl-2 в пухлинних клітинах аденокарцином у хворих без ПНРС.

Висновки. Наявність проявів ПНРС у хворих на РЛ супроводжується пониженою експресією онкопротеїна Vcl-2 і свідчить про більш високу злоякісність і агресивність пухлин. Виявлення ПНРС у хворих на РЛ веде до більш повної оцінки прогнозу і сприяє подальшій індивідуалізації лікування пацієнтів.

## МЕСТО ПРОЛОНГИРОВАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ САНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

*Лупальцов В.И., Ягнюк А.И., Ворощук Р.С.,  
Потихенская Х.А., Таран А.О., Шевченко Я.А.*

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Актуальность.** В абдоминальной хирургии распространенный гнойный перитонит (РГП), обуславливающий развитие абдоминального сепсиса (АС), остается одним из самых часто встречаемых и тяжелых осложнений заболеваний органов брюшной полости. Несмотря на постоянное совершенствование хирургических вмешательств, методов детоксикации и интенсивной терапии результаты лечения АС нельзя признать удовлетворительными. У лиц пожилого и старческого возраста АС при РГП протекает особенно тяжело, а результаты лечения характеризуются высокой частотой послеоперационных осложнений и смертельных исходов. Исход лечения при РГП зависит от адекватной санации брюшной полости как при первичной операции, так и, не в последнюю очередь, пролонгированной санации брюшной полости (ПСБП) в послеоперационном периоде. И если необходимость устранения источника перитонита у данной категории больных наименее травматичным и технически простым способом общепризнанна, то при решении тактических задач послеоперационной санации брюшной полости единого мнения у хирургов нет.

**Цель исследования** – изучить результаты лечения абдоминального сепсиса при разлитом гнойном перитоните у лиц пожилого и старческого возраста при пролонгированной санации брюшной полости.

**Материал и методы.** В исследование включены 53 больных старше 60 лет с вторичным РПП, причинами которого были прободная гастродуоденальная язва, острый аппендицит, деструктивный холецистит, острая механическая кишечная непроходимость, перфорации тонкой или толстой кишки. Рандомизация больных проводилась на основании фазы АС (сепсис, тяжелый сепсис, септический шок), характеристики экссудата брюшной полости по классификации В. С. Савельева и соавт. (2000). Мужчин было 17(32,1%) женщин 36(67,9%), средний возраст 69,2±8,1 лет. Все больные оперированы согласно общепринятых принципов лечения РПП с учётом значений Мангеймского индекса перитонита (МИП). В зависимости от способа послеоперационного ведения больные разделены на две группы. В группе сравнения (32 больных) применен полузакрытый (дренирование по Петрову), а в основной (21 больной) - полукрытый способ (ПСБП с этапными санациями в сочетании с непрерывным перитонеальным лаважом в между операциями). Трубки для перитонеального лаважа устанавливались в малый таз, латеральные боковые каналы, поддиафрагмальные и подпечёночное пространства и в область первичного очага. В состав раствора для промывания брюшной полости входил раствор Рингера и новокаин. Проведение ПСБП прекращали при появлении объективных признаков купирования перитонита. Функциональное состояние органов и систем оценивали по шкале SOFA. Клинико-лабораторное обследование включало проведение общеклинических и биохимических анализов крови, анализа мочи, бакпосева экссудата. Инструментальные методы исследования включали рентгенологическое исследование и УЗ-сканирование брюшной полости и забрюшинного пространства, мониторинг внутрибрюшного давления. Статистическая обработка полученных данных проводилась методами вариационной статистики

**Результаты и их обсуждение.** Согласно величины МИП в обеих группах преобладали пациенты со II степенью тяжести перитонита. У большинства больных РПП сопровождался явлениями органной недостаточности жизнеобеспечивающих систем организма, что проявилось признаками тяжёлого АС у 12 (57,1%) больных основной группы и 19 (59,4%) группы сравнения. Септический шок отмечены у 5 (23,8%) больных основной и 7(21,9%) группы сравнения. Согласно шкалы SOFA наличие исходной моно- или полиорганной недостаточности было констатировано у всех больных (количество баллов выше 2 по одной или нескольким системам органов).

У больных основной группы показаниями к применению ПСБП в виде этапных санаций через 24-48 часов после первичной операции на фоне непрерывного лаважа брюшной полости были высокая бактериальная контаминация, множественные межпетельные абсцессы, полиорганная недостаточность (ПОН) с вовлечением до трех органов и систем, сомнение в состоятельности наложенных кишечных швов.

В 1 сутки после операции в обеих группах отмечалось усугубление тяжести ПОН согласно шкале SOFA. Дальнейшая динамика ПОН в группах зависела от метода ведения больного. С 3 суток применение ПСБП позволило не только снизить выраженность проявлений ПОН в основной группе, но и значительно уменьшить среднее количество вовлеченных в ПОН систем органов. Такая тенденция сохранялась и в последующие 7, 14, 21 сутки после операции, что подтверждалось положительной динамикой клинических и биохимических показателей, данными УЗИ.

Интраабдоминальные осложнения, потребовавшие повторных вмешательств, наблюдались у 15 (46,9%) больных группы сравнения и у 8 (38,1%) основной группы. При этом не выявлено осложнений, которые можно связать с проведением ПСБП. Сравнительный анализ экстраабдоминальных осложнений показал заметное их уменьшение со стороны послеоперационной раны при использовании ПСБП. Но нагноение раны оставалось наиболее частым осложнением, как у больных основной группы, так и группы сравнения - 22(68,8%) и 10 (47,6%) случаев, соответственно. Умерло 16 больных (5 - в основной и 11- в группе сравнения). Причинами смерти были прогрессирующий перитонит и ПОН, инфаркт миокарда, тромбоз болия легочной артерии.

**Вывод.** Применение ПСБП при РПП и развитии АС и септического шока у больных пожилого и старческого возраста может являться методом выбора послеоперационного ведения и позволяет снизить количество осложнений со стороны брюшной полости и послеоперационной раны, но значительно не влияя на послеоперационную летальность.