

(83,0%) и лапаротомий в 28 (32,2%) случаях, которые зачастую выступали фатальным звеном в патогенезе травматического шока. Используемая мини-инвазивная методика восстановления каркасности груди под торакоскопическим контролем надежно стабилизировала грудную стенку, избегая широкого рассечения травмированных мягких тканей. У всех оперированных благодаря восстановлению экскурсии грудной клетки купировалась дыхательная недостаточность; коррекция парадоксального дыхания устраняла флотацию средостения и сопутствующую патологическую шокогенную импульсацию; осложнений не наблюдалось. Внедрение мини-инвазивных технологий продемонстрировало свою незаменимость в случаях тяжелой шокогенной травмы, когда неоправданные открытые вмешательства выступают как фатальное звено в патогенезе травматического шока.

Литература

1. Абакумов М.М. Основные аспекты диагностики и лечения травмы груди / М.М. Абакумов, А.Н. Погодина, В.И. Картавенко // Актуальные проблемы диагностики и лечения повреждений лёгких и его осложнений при закрытой травме груди: матер. городской науч.-практ. конф. – М., 2003. – С. 5–10.

Абакумов М.М. Main aspects in diagnostics and treatment of chest injury / M.M. Abakumov, A.N. Pogodina, V.I. Kartavenko // Actual problems in diagnostics and treatment of pneumothorax damage and its complications at closed chest injury: materials of town scientific and practical conference. – М.– 2003. – Р. 5–10.

2. Багдасарова Е.А. Особенности хирургической тактики при левосторонних торакo-абдоминальных ранениях / Е.А. Багдасарова, В.В. Багдасаров, А.Э. Абагян // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2006. – №4. – С.63–66.

Багдасарова Е.А. Features of surgical tactics at the left-side thoraco-abdominal injuries / E.A. Bagdasarova, V.V. Bagdasarov, A.E. Abagjan // Grudnaya i serdechno-sosudistaya khirurgiya. – 2006. – №4. – Р.63–66.

3. Диагностика и лечение посттравматического свернувшегося гемоторакса / А.С. Ермолов [и др.] // Хирургия. – 2002. – № 10. – С. 4–9.

Diagnostics and treatment of posttraumatic convoluted haemothorax / A.S. Ermolov [et al.] // Khirurgiya. – 2002. – № 10. – Р. 4–9.

4. Медицинская помощь пострадавшим с закрытой травмой живота на догоспитальном

этапе / Н.А. Ефименко [и др.] // Военно-медицинский журнал – 2005. – № 2. – С. 21–26.

Medical help for patients with closed abdominal injury on pre-hospital stage / N.A. Efimenko [et al.] // Voenno-meditsinski zhurnal. – 2005. – №2. – Р. 21–26.

5. Хирургическая тактика и перспективы эндохирургии закрытых повреждений живота при тяжелой сочетанной травме / А.Н. Алимов [и др.] // Хирургия. – 2006. – № 6. – С. 34–36.

Surgical tactic and perspectives in endosurgery of closed abdomen injury at heavy polytrauma / A.N. Alimov // Khirurgiya. – 2006. – №6. – С.34–36.

6. Шокогенная травма и травматическая болезнь / Ю.Б. Шалот [и др.] // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН: матер. Первого съезда хирургов Сибири и ДВК. – 2005. – № 3. – С. 94–102.

Shockogenic trauma and traumatic disease / Y.B. Shapot [et al.]. Materials of the First surgical congress of Siberia and FED // Bull. VSNC SB RAMS. – 2005. – № 3. – Р. 94–102.

7. Mitchell A. Air versus ground transport of major trauma patients to a tertiary trauma centre: a province-wide comparison using TRISS analysis / A. Mitchell, J. M. Tallon, B. Sealy // Can. J. Surg. – 2007. – Vol. 50 (2). – Р. 129–133.

8. Morbidity from rib fractures increases after age 45 / J. B. Holcomb [et al.] // J. Am. Coll. Surg. – 2003. – Vol. 196, № 4. – Р. 549–555.

9. Surgical management of traumatic pulmonary injury / J. Huh [et al.] // Am. J. Surg. – 2003. – Vol. 186, № 6. – Р. 620–624.

П.И. Захаров, А.В. Тобохов

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА С СОЧЕТАНЫМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ И СОННЫХ АРТЕРИЙ

УДК 617-089-8:611.133

Проведен анализ результатов хирургического лечения пациентов с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий, которым выполнены поэтапные и одномоментные операции. На основании полученных результатов предложена стратегия хирургической тактики ведения данной категории пациентов.

Ключевые слова: сочетанное поражение, коронарные и сонные артерии, постинфарктная аневризма левого желудочка, одномоментные и поэтапные операции.

This article illustrates surgical treatment results analysis of patients with the combined disease of coronary and carotid arteries. The patients underwent a multi-step or a single-step surgery. On the basis of received results, a strategy of surgical tactics has been offered on how to treat this category of patients.

Keywords: combined disease, coronary and carotid arteries, postinfarction aneurysm of left ventricle, single-step and multi-step surgeries.

Цель данной работы – изучить результаты этапных и одномоментных операций на сонных и коронарных артериях для выработки оптимальной стратегии ведения пациентов с сочетанными гемодинамически значимыми поражениями сонных и коронарных артерий.

ЗАХАРОВ Петр Иванович – к.м.н., руковод. отдела сердечно-сосудистой хирургии, зав. отделением Клинич. центра РБ №1-НЦМ, гл. внештат. кардиохирург МЗ РС(Я); **ТОБОХОВ Александр Васильевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, avtobohov@mail.ru.

Материалы и методы исследования. За период с 2001 по 2011 г. нами прооперировано 98 пациентов мужского пола с сочетанными гемодинамически значимыми поражениями коронарных и сонных артерий в возрасте от 42 до 69 лет (средний возраст 54,3 года). Из них 69 пациентам (1-я группа) выполнены поэтапные, остальным 29 (2-я группа) – одномоментные операции на сонных и коронарных артериях. Достоверного отличия по возрасту между группами не было ($p = 0,57$). Большинство пациентов в обеих группах относились к III и IV функциональным

классам (ФК) стенокардии (табл.1). Среди пациентов 1-й группы преобладали больные со стенокардией II-III ФК (81,2%), среди 2-й группы – III и IV ФК (86,2%). Следует отметить, что во 2-й группе оперированных с нестабильной стенокардией – 13,8%, а в 1-й группе – всего 1,4%. Пациентов, оперированных со II ФК стенокардии, в 1-й группе – 26,1%, а во 2-й группе их не было. Таким образом, большинство оперированных в обеих группах – пациенты с III и IV ФК стенокардии (76,6%).

По степени хронической сосудистой мозговой недостаточности (ХСМН)

Таблица 1

Распределение пациентов с сочетанным поражением сонных и коронарных артерий по ФК стенокардии, абс. число (%)

ФК стенокардии	Группа		Всего
	1-я	2-я	
О – I			
II	18 (26,1)		18 (18,3)
III	38 (55,1)	9 (31,0)	47 (48,0)
IV	12 (17,4)	16 (55,2)	28 (28,6)
Нестабильная стенокардия	1 (1,4)	4 (13,8)	5 (5,1)
Итого	69 (100)	29 (100)	98 (100)

большинство пациентов относились к II стадии (табл. 2).

Следует отметить, что пациентов, оперированных в асимптомной стадии ХСМН, во 2-й группе было 31,0%, а в 1-й – всего 17,4%. Процент оперированных в III и IV стадиях ХСМН в обеих группах был примерно одинаковым. Всего в асимптомной стадии ХСМН оперировано 21,5% пациентов, во II стадии – 61,2, в III – 12,2, в IV – 5,1%.

Объем выполненных операций при сочетанных поражениях сонных и коронарных артерий в обеих группах отражен в табл.3.

Как видно из табл.3, пациентам 1-й группы каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) и аортокоронарное шунтирование (АКШ) выполнены в 42 случаях, а пациентам 2-й группы – в 19.

АКШ, резекция аневризмы левого желудочка (РАЛЖ) пациентам 1-й группы выполнены в 18 случаях, а пациентам 2-й группы – в 7.

АКШ, тромбэктомия из левого желудочка (ТЛЖ), РАЛЖ и КЭАЭ выполнены 9 пациентам 1-й группы и 3 2-й группы.

Следует отметить, что во 2-й группе одномоментно КЭАЭ и АКШ на работающем сердце выполнены 3 (15,8% в данной подгруппе) пациентам. Для уменьшения риска развития нарушения мозгового кровообращения при одномоментных операциях сперва выполняли каротидную эндартерэктомию, затем реваскуляризацию миокарда.

Пациентам 1-й группы первым этапом выполняли КЭАЭ, затем через 10–15 дней – операцию на сердце. Двухсторонняя КЭАЭ выполнена 7 пациентам 1-й группы, при этом 4 из них одномоментно выполнена двухсторонняя КЭАЭ, остальным 3 – поэтапно, с интервалом между операциями 7 дней.

Трем пациентам из 2-й группы выполнена редрессация кинкинга ВСА. Объемы вмешательств на сонных артериях показаны в табл.4.

Как видно из таблицы, в обеих группах большинство выполненных операций на сонных артериях – пластика сонной артерии заплатой из аутоветы, КЭАЭ с наложением линейного шва на артерию и эверсионная КЭАЭ.

Результаты и обсуждение. Все выписанные из стационара пациенты в обеих исследуемых группах отмечали значительное улучшение самочувствия и снижение ФК стенокардии, большинство пациентов при выписке относились к 0-I ФК стенокардии (табл.5). Эти результаты соответствуют данным других авторов [2,5,8].

В 1-й группе у 1 пациента после периперационного инфаркта мио-

карда с развитием прогрессирующей сердечной недостаточности наступил летальный исход в ближайшем послеоперационном периоде. Во 2-й группе умерли 2 больных: 1 – в результате инфаркта миокарда в периперационном периоде с развитием в ближайшем послеоперационном периоде полиорганной недостаточности на фоне желудочно-кишечного кровотечения и 1 – в результате ишемического инсульта с развитием отека мозга.

Сократительная функция миокарда в ближайшем послеоперационном периоде в обеих группах не снизилась (табл. 6).

По данным эхокардиографии (ЭХОКГ), кинетика левого желудочка в обеих группах улучшилась. Анализируя данные до- и послеоперационного периода, можно достоверно убедиться, что адекватная реваскуляризация

Таблица 3

Объем выполненных операций при сочетанных поражениях сонных и коронарных артерий, абс. число (%)

Операции	Группа		Всего
	1-я	2-я	
АКШ + КЭАЭ	42 (60,9)	19 (65,6)	61 (62,2)
АКШ + РАЛЖ + КЭАЭ	18 (26,1)	7 (24,1)	25 (25,5)
АКШ + ТЛЖ + РАЛЖ + КЭАЭ	9 (13,0)	3 (10,3)	12 (12,3)
Итого	69 (100)	29 (100)	98 (100)

Примечание. В табл. 3 и 9 АКШ, резекция аневризмы левого желудочка (РАЛЖ) пациентам 1-й группы выполнены в 18 случаях, а пациентам 2-й группы – в 7. АКШ, тромбэктомия из левого желудочка (ТЛЖ), РАЛЖ и КЭАЭ выполнены 9 пациентам 1-й группы и 3 – 2-й группы.

Таблица 4

Объем операций на сонных артериях, абс. число (%)

Операция	Группа		Всего
	1-я	2-я	
Пластика СА	39 (56,5)	15 (51,7)	54 (55,1)
Линейный шов на СА	12 (17,4)	8 (27,6)	20 (20,4)
Эверсионная КЭАЭ	14 (20,3)	5 (17,2)	19 (19,4)
Протезирование ВСА	1 (1,4)		1 (1,0)
Редрессация ВСА	3 (4,4)	1 (3,5)	4 (4,1)
Итого	69 (100)	29 (100)	98 (100)

Таблица 5

Результаты в ближайшем послеоперационном периоде после сочетанных операций на сонных и коронарных артериях, абс. число (%)

ФК стенокардии	1-я группа			2-я группа		
	до операции	п/операции	летальность	до операции	п/операции	летальность
О – I						
II	18 (26,1)	7 (10,2)			2 (6,8)	
III	38 (55,1)	1 (1,4)		9 (31,0)	1 (3,4)	1
IV	12 (17,4)			16 (55,2)		1
Нестабильная стенокардия	1 (1,4)		1 (1,4)	4 (13,8)		
Всего	69 (100)	68 (98,6)	1 (1,4)	29 (100)	27 (93,2)	2 (6,8)

Таблица 6

Динамика сократительной функции миокарда до и после операции по данным ЭХОКГ

Показатель	1-я группа		2-я группа	
	До операции	После операции	До операции	После операции
ФВ, %	54,2 ± 4,5	54,8 ± 3,1	54,7 ± 3	55,1 ± 2,9
КСО, мл	64,7 ± 10	61,1 ± 12,1	66 ± 11,5	67,8 ± 9
КДО, мл	142 ± 19	131 ± 21,5	151 ± 21,4	153 ± 24

Таблица 8

Осложнения в ближайшем п/о периоде, абс. число (%)

Осложнения	1-я группа	2-я группа
Кровотечения	2 (2,9)	1 (3,4)
ОИМ	1 (1,4)	1 (3,4)
ОСН	1 (1,4)	
НРС	2 (2,9)	1 (3,4)
Легочные осложнения	3 (4,3)	1 (3,4)
ОНМК	1 (1,4)	2 (6,9)
ТИА	1 (1,4)	1 (3,4)
Нестабильность грудины	2 (2,9)	1 (3,4)
Нагноение ран	3 (4,3)	1 (3,4)
Полиорганная недостаточность	1 (1,4)	
Всего	17 (24,6)	9 (31,0)

миокарда приводит к увеличению зон нормокинеза и уменьшению гипокинетических зон. Таким образом, улучшается как систолическая, так и диастолическая функция левого желудочка.

Анализ результатов на сонных артериях в ближайшем послеоперационном периоде в обеих группах приведен в табл.7.

У большинства пациентов в обеих группах после операции КЭАЭ в ближайшем послеоперационном периоде наступило улучшение (табл.7). У некоторых пациентов, чаще во 2-й группе, результат оставался без перемен и даже наступило ухудшение. От ишемического инсульта в ближайшем послеоперационном периоде умер 1 больной во 2-й группе и от других причин умерло по одному больному в обеих группах. Обращает внимание некоторое снижение результатов КЭАЭ во 2-й группе исследуемых пациентов.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде после сочетан-

ных операций на сонных и коронарных артериях отражены в табл.8.

Как видно из данной таблицы, частота осложнений в ближайшем послеоперационном периоде несколько больше после одномоментных операций на сонных и коронарных артериях. В обеих группах чаще встречаются легочные осложнения и кровотечения, при одномоментных операциях чаще встречаются нарушения мозгового кровообращения: ОНМК и ТИА.

Также мы провели анализ летальности в ближайшем послеоперационном периоде в зависимости от общего объема выполненной операции (табл.9).

Прямая зависимость летальности от объема выполненной операции на сердце не прослеживается, однако заметно повышение летальности во 2-й группе пациентов.

Среди пациентов с III и IV ФК стенокардии летальность отмечена во 2-й группе. Обращает внимание отсутствие летальности у 4 пациентов

Таблица 7

Результаты операций на сонных артериях пациентам с сочетанным поражением коронарных артерий, абс. число (%)

Группа	Улучшение	Без перемен	Ухудшение	Летальность от ишемич. инсульта	Летальность от др. причин
1-я	54 (78,2)	12 (17,3)	2 (3,0)		1 (1,5)
2-я	16 (55,2)	9 (31,0)	2 (6,9)	1 (3,4)	1 (3,4)

Таблица 9

Летальность в ближайшем п/о периоде после сочетанных операций на сонных и коронарных артериях в зависимости от объема выполненных операций, абс. число (%)

Операции	Группа		Всего
	1-я	2-я	
АКШ + КЭАЭ	0	1 (5,3)	1 (1,6)
АКШ + РАЛЖ + КЭАЭ	0	0	0
АКШ + ТЛЖ + РАЛЖ + КЭАЭ	1 (11,1)	1 (33,3)	2 (16,6)
Итого	1 (1,4)	2 (6,9)	3 (3,1)

с нестабильной стенокардией, оперированных одномоментно на сонных и коронарных артериях, тогда как пациент с таким же диагнозом из 1-й группы умер в ближайшем послеоперационном периоде (табл.10). Эти данные соответствуют результатам исследований других авторов [1,7, 10,11].

При проведении анализа результатов в зависимости от исходной стадии ХСМН обращает внимание летальность среди пациентов с III и IV стадией ХСМН в обеих группах (табл.11).

Необходимо отметить, что среди пациентов с этапным выполнением операций причиной летальности у больного с нестабильной стенокардией стал периоперационный инфаркт миокарда, очевидно, была необходимость проведения операции одномоментно на обоих регионах артериальной системы. В то же время отмечается большая частота летальности среди больных, перенесших одномоментные операции на сонных и коронарных артериях, с III и IV стадиями ХСМН. Полученные нами

Таблица 10

Летальность в ближайшем п/о периоде в зависимости от исходного ФК стенокардии

Исходный ФК стенокардии	1-я группа		2-я группа	
	кол-во больных	летальность	кол-во больных	летальность
О – I				
II	18	0		
III	38	0	9	1
IV	12	0	16	1
Нестабильная стенокардия	1	1	4	0
Всего	69	1 (1,4)	29	2 (6,9)

Таблица 11

Летальность в ближайшем п/о периоде в зависимости от исходной степени ХСМН

Стадия ХСМН	1-я группа		2-я группа	
	кол-во больных	летальность	кол-во больных	Летальность
I ст.	12	0	9	0
II ст.	45	0	15	0
III ст.	9	0	3	1
IV ст.	3	1	2	1
Всего	69	1 (1,4%)	29	2 (6,9%)
Всего	69	1 (1,4)	29	2 (6,9)

результаты хирургического лечения сочетанных поражений сонных и коронарных артерий соответствуют данным большинства авторов [3,4,6,9,10].

Выводы

1. Пациентам с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий необходим индивидуальный подход для решения вопроса этапного или одномоментного выполнения операции в зависимости от толерантности мозга к ишемии и ФК стенокардии.

2. Пациентам с высокой степенью толерантности головного мозга к ишемии предпочтительнее этапное выполнение операций, этим пациентам при наличии высокого ФК стенокардии необходимо проведение первым этапом реваскуляризации миокарда.

3. Пациентам с низкой степенью толерантности головного мозга к ишемии необходимо одномоментное выполнение, при наличии низкого ФК стенокардии предпочтительнее использовать этапный метод (первым этапом КЭАЭ) проведения операций.

4. Проведение одномоментных операций повышает риск острых нарушений мозгового кровообращения в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов с низким перфузионным резервом головного мозга, необходимо использование дополнительных методов защиты головного мозга от ишемии во время операции.

5. При наличии низкого ФК стенокардии и высокой степени толерантности головного мозга к ишемии предпочтительнее отдавать одномоментным операциям на сонных и коронарных артериях.

Литература

1. Ахметов В.В. Оптимальная техника боковой пластики внутренней сонной артерии заплатой при каротидной эндартерэктомии / В.В. Ахметов, А.А. Шамшидин, В.Л. Леманев; НИИ Скорой помощи им. Н.В. Склифосовского // Сердечно-сосудистые заболевания. – 2005. – Т. 6, № 5. – С. 109.
2. Ахметов В.В. The optimal technique of side plastic internal carotid artery patch in carotid endarterectomy / V.V. Akhmetov, A.A. Shamshidin, V.L. Lemenev // Cardiovascular Disease. – 2005. – V. 6, № 5. – P. 109.
3. Аргунов В.А. Об атеросклерозе сонных и коронарных артерий по данным аутопсий / В.А. Аргунов, С.А. Винничук // Материалы науч.-практич. конф. – Якутск: Изд-во ЯНЦ СО РАМН, 2002. – С. 94–96.
4. Аргунов В.А. About carotid and coronary artery atherosclerosis on autopsy data / V.A. Argunov, S.A. Vinnichuk // Issues of health and pathology in the North: facts, problems and prospects: Proceedings of the scientific – practical conference. – Yakutsk: Published by YSC RAMS. – 2002. – P. 94–96.
5. Бокерия Л.А. Хирургическое лечение больных ишемической болезнью сердца с поражением брахиоцефальных артерий / Л.А. Бокерия, В.А. Бухарин, В.С. Работников, М.Д. Алшибая. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 1999. – 176 с.
6. Бокерия Л.А. Surgical treatment of coronary artery disease patients with lesions of the brachiocephalic arteries // L.A. Bokeria, V.A. Bukharin, V.S. Rabotnikov, Alshibaya M.D. – М.: NTSSSH named after A.N. Bakulev RAMS, 1999. – 176 p.
7. Белов Ю.В. Сочетанное атеросклеротическое поражение коронарных и брахиоцефальных артерий / Ю.В. Белов, Н.А. Гаджиев, А.В. Салганов // Кардиология. – 1991. – Т. 31, № 5. – С. 89–90.
8. Белов Ю.В. Combined atherosclerotic lesion of coronary and brachiocephalic arteries/ Yu.V. Belov, N.A. Gadjiyev, A.V. Salganov // Kardiologia. – 1991. – V. 31, № 5. – P. 89–90.
9. Захаров П.И. Хирургическое лечение критических стенозов сонных артерий / П.И. Захаров, А.К. Федосеева, Л.А. Попова, Н.П. Степанов // Современные проблемы сердечно-сосудистой патологии на Крайнем Севере. – Якутск, 2004. – С. 81–83.
10. Zakharov P.I. Surgical treatment of critical carotid stenosis / P.I. Zakharov, A.K. Fedoseeva, L.A. Popova, N.P. Stepanov // Modern problems of cardiovascular disease in the Far North. – Yakutsk. – 2004. – P. 81–83.
11. Покровский А.В. Ишемический инсульт можно предупредить / А.В. Покровский, В.А. Кияшко // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11, № 12. – С. 75–78.
12. Pokrovskii A.V. Ischemic stroke can be prevented / A.V. Pokrovskii, V.A. Kiyashko // Russian Journal of Medicine (Rus.). – 2003. – V. 11, № 12. – P. 75–78.
13. Хубулава Г.Г. Герiatricкие особенности хирургического лечения сонных артерий / Г.Г. Хубулава, А.А. Ерофеев, К.К. Козлов, Д.Л. Юрченко // Клиническая геронтология. – 2005. – № 11. – С. 31–37.
14. Khubulava G.G. Geriatric features of surgical treatment of carotid artery / G.G. Khubulava, A.A. Erofeev, K.K. Kozlov, D.L. Yurchenko // Clinical Gerontology (Rus.). – 2005. – № 11. – P. 31–37.
15. ACAS: Asymptomatic carotid arteriosclerosis study group. Study design for randomized prospective trial of carotid endarterectomy for asymptomatic arteriosclerosis // Stroke 25– 1994. – P. 2 223–2224.
16. European Carotid Surgery Trialists Collaborative Group. MRC European carotid surgery trial: Interim results for symptomatic patients with severe (70–99%) or with mild (0–29%) carotid stenosis // Lancet. – 1991. – Vol. 337. – P. 1235–1243.
17. Plaques d'endarterectomie carotidienne: correlations anatomo-cliniques / G. Avril, M. Batt, R. Guidoin [et al.] // Ann. Chir. Vase. – 1991. – Vol. 5. – P. 50–54.
18. 30 day results from the SPACE trial of stent-protected Angioplasty versus Carotid endarterectomy in symptomatic patients: a randomized non-inferiority trial / P.A. Ringleb, G. Alkenberg, H. Bruckmann [et al.] // Lancet. – 2006. – Vol. 368. – P. 1239–1247.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

М.П. Кириллина, К.С. Лоскутова, Е.Л. Лушникова,
Л.М. Непомнящих

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАРКЕРА АПОПТОЗА P53 КАК ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

УДК 618.19-006.6-076 (571.56)

КИРИЛЛИНА Мария Петровна – м.н.с. ЯНЦ КМП СО РАМН, kirillina@mail.ru; **ЛОСКУТОВА Ксения Саввична** – к.м.н., зав. лаб. ЯНЦ КМП СО РАМН, врач патологоанатом высшей категории, зав. ПАО РБ№1-НЦМ, гл. внештат. патологоанатом МЗ РС(Я); **ЛУШНИКОВА Елена Леонидовна** – д.б.н., проф., акад. РАЕН, зав. лаб. НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, г.Новосибирск; **НЕПОМНЯЩИХ Лев Моисеевич** – д.м.н., член-кор. РАМН, проф., директор НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН.

Рост заболеваемости и частота инвалидизации больных раком молочной железы (РМЖ) определяют необходимость поиска новых диагностических мероприятий и прогностических маркеров, направленных на раннее установление заболевания, оптимизацию и индивидуализацию лечения пациенток с целью дальнейшего повышения качества жизни больных и их физической и социальной реабилитации. Проведен анализ результатов гистологического исследования операционного материала рака молочной железы от женщин разных возрастных групп с последующим иммуногистохимическим (ИГХ) определением экспрессии мутантного гена-супрессора p53. Полученные данные свидетельствуют, что ИГХ-исследование экспрессии мутантного p53 коррелирует с высокой гистологической степенью злокачественности, что доказывает необходимость учета апоптоза в оценке злокачественного потенциала и прогноза РМЖ.

Ключевые слова: молочная железа, рак, иммуногистохимия, ген-супрессор p53, гистологическая степень злокачественности.