

стадии заболевания. Во второй стадии заболевания диплоидных и анеуплоидных ДНК - цитогамм было поровну. В третьей стадии заболевания преобладали больные с диплоидными ДНК-цитогаммами. В четвертой стадии заболевания на долю диплоидных ДНК-цитогамм пришлось 77,7% (14 больных из 18), анеуплоидных – 22,2% (4 больных из 18). Проанализирована связь между плоидностью и степенью злокачественности лимфом. Среди высокоагрессивных лимфом на диплоидные пришлось 72,7 %, на анеуплоидные 27,3 %. Клинически, у больных, ДНК – цитогаммы которых имели анеуплоидию, наличие симптомов опухолевой интоксикации отмечалось в 100% случаев.

Выводы.

Таким образом, на этапах исследования нами установлена информативная значимость для прогноза течения опухолевого процесса определения ДНК – плоидности клеток костного мозга и периферической крови у больных лимфомами. Показано, что анеуплоидия, выявленная в ДНК цитогаммах костного мозга и периферической крови, сопровождается наличием у больных распространенных стадий заболевания, с вовлечением костного мозга в патологический процесс. Наличие анеуплоидии характерно для лимфом с высокой степенью злокачественности, которые клинически сопровождалась симптомами опухолевой интоксикации. Следовательно, показатель ДНК – плоидности клеток костного мозга и периферической крови может использоваться как один из факторов прогноза течения опухолевого процесса.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

А.Г. Синяков, Е.Г. Сергеев, А.Ж. Муктубаева

Тюменский ООД
Тюменская ГМА

Нарастающие за последние 10 лет уровни заболеваемости и смертности РМЖ обуславливают необходимость поиска новых методов профилактики данной патологии с учетом этиологических и патогенетических факторов риска. Кроме того, остро стоит проблема определения прогностических факторов возникновения рецидивов РМЖ у больных, перенесших органосохраняющие операции (ОСО), являющихся стандартным видом терапии РМЖ в большинстве стран мира. Известно, что риск возникновения рецидива РМЖ наиболее высок в первые 5 лет после выполненного оперативного вмешательства и сохраняется еще в течение последующих 15-20 лет.

В настоящее время в литературе большинство авторов выделяют такие наиболее важные факторы риска развития рецидива РМЖ, как возраст больных, размер опухоли, ее гистологический тип, статус лимфатических узлов, рецепторный и Her-2/neu статус, «чистоту» хирургических краев, внутритротоковый компонент (при котором наблюдается большая частота мультицентричного роста), достаточно важной может оказаться степень воспалительной инфильтрации стромы опухоли и ее качественный состав.

Цель исследования: выявить факторы риска возникновения рецидивов при раке молочной железы после проведения органосохраняющих операций.

Материалы и методы.

В маммологическом отделении Тюменского областного онкологического диспансера за последние 5 лет выполнено 2487 радикальных операций по поводу рака молочной железы. Из них 21,6% составили радикальные резекции. При этом за изученный промежуток времени отмечается четкая тенденция к росту количества органосохраняющих вмешательств – с 12,1%, до 36,2% от общего числа радикальных операций.

Результаты и обсуждение.

По полученным нами данным, рецидивы после радикальных резекций возникли у 4,7% пациентов, что согласуется с данными литературы - процент местных рецидивов составляет от 3 до 10%.

Нами были выделены наиболее значимые факторы риска возникновения рецидива и проанализирована их встречаемость у прооперированных больных РМЖ.

Известно, что размер первичной опухоли является одним из основных прогностически значимых факторов возникновения местного рецидива РМЖ после ОСО. По данным ряда авторов, у пациенток с опухолью диаметром менее 1 см риск развития местного рецидива составляет 10% за 10 лет и 12% за 20 лет, при диаметре опухоли 1-2 см риск достигает 25%, а при диаметре от 2-4 см – 33% за 10 лет (Fisher B., 1991). В литературе показана зависимость частоты рецидивов от размера опухолевого узла и стадии заболевания (Borge J. r, 1994; Voogd A.C., 2001; Taghian A., 2004) и выявлена связь 10-летней безрецидивной выживаемости больных раком молочной железы с размером новообразования.

По данным литературы, важнейшим прогностическим признаком является также гиперэкспрессия рецептора эпидермального фактора роста Her-2/neu. Однако, несмотря на огромное количество собранного материала о гиперэкспрессии гена c-erbB-2, единого мнения о прогностической ценности Her-2/neu в мировой литературе пока нет. Когда одни авторы отмечают его неблагоприятное влияние на безрецидивную выживаемость больных с ранними стадиями РМЖ, другие

не находят подтверждений достоверной взаимосвязи этих показателей (Шойхет Я.Н., 2008; Kaptain S., 2001).

Вместе с тем опубликованы результаты исследований, в которых HER-2-положительные опухоли имеют более агрессивное течение (S. Braun, 2000; S.B. Bull, 2004) и резистентны к проводимой лекарственной терапии, и, как следствие, показатели 5-летней выживаемости у пациентов с II-III стадией с гиперэкспрессией HER-2 уменьшаются в 2 раза по сравнению с больными без гиперэкспрессии, а показатели 10-летней выживаемости уменьшаются в 3 раза (Volpi A., 2003; Imoto S., 2007). Сделан вывод, что гиперэкспрессия HER-2 способствует возникновению «ранних» рецидивов (S. Bonin, 2008), повышает риск отдаленных метастазов (Moon Y.W., 2007; Yang L., 2007) и риск смерти от прогрессирования заболевания (Muss H.B., 2007; Bonin S., 2008; Fodor J., 2008).

Наши исследования показали наличие HER-2-положительных опухолей у 55 прооперированных больных, что составило 47%.

В последнее время в литературе появились исследования течения болезни у больных с «тройным негативным статусом» – сочетание РЭ(-), РП(-) и HER-2/neu(-) (Dent R., 2007; Ihemelandu C.U., 2008; Yuan Z.Y., 2008). «Тройной рецепторотрицательный статус» встречается в 11,2% случаев РМЖ и способствует раннему прогрессированию болезни (Dent R., 2007).

Среди пациенток, участвующих в нашем исследовании, «тройной негативный статус» был определен только у 2 человек, что составило 1,7%.

По нашим предварительным данным, у пациенток с рецидивами, как правило, определяется сочетание нескольких факторов риска. Наиболее часто встречается сочетание размера опухоли более 2 см и низкой дифференцировки опухоли.

Выводы.

Проведенные исследования показали, что для обеспечения высокой эффективности лечения и повышения качества жизни оперированных пациенток необходимо дальнейшее изучение, накопление статистического материала и оценка прогностических факторов рецидивирования у больных РМЖ.

ВАКУУМНАЯ БИОПСИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ТЮМЕНСКОМ ОБЛАСТНОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

А.Г. Синяков, А.В. Чижик,
Д.Д. Нохрин, Н.М. Федоров

Тюменский ООД
Тюменская ГМА

В структуре онкологической заболеваемости женского населения России рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место. В структуре смертности РМЖ занимает второе место, при этом темп прироста по показателям смертности остается самым высоким – 28% [2]. Удельный вес ранних стадий злокачественных опухолей молочной железы в целом не превышает 30% [1]. Эффективность используемых в настоящее время методов диагностики остается низкой.

Пункционная биопсия узловых образований молочной железы возможна только при пальпируемых опухолях, а ее диагностическая эффективность составляет 50% [3]. Трепанобиопсия, также, имеет ряд недостатков, основной из которых – недостаточное количество ткани образца для полноценного гистологического исследования. В течение длительного времени эксцизионная биопсия (секторальная резекция) оставалась единственным методом извлечения подозрительного участка ткани молочной железы для патоморфологического исследования.

С июня 2010 г. в Тюменском областном онкологическом диспансере используется вакуумная система для биопсии образований молочной железы Mammotom HN под контролем ультразвука. Эта установка позволяет проводить забор клеточного материала для его гистологической верификации, что повышает эффективность дифференциальной диагностики, дает возможность исследовать тканевые маркеры (РЭ, РР, Her-2 neu, Ki-67 и т.д.). За счет вакуумного насоса в зонде системы создается разреженное пространство и в апертуру втягивается ткань молочной железы. Такой механизм обеспечивает получение максимального объема образцов, путем однократного введения иглы, что дает возможность получения лечебного эффекта. Поэтому данная методика используется как альтернатива секторальной резекции при непальпируемых доброкачественных образованиях размером до 2 см в диаметре.

За период с 1 июня 2010 г. по ноябрь 2011 г. на базе Тюменского ООД накоплен клинический опыт, реализованный на аппарате Mammotom-HN (производство Johnson & Johnson, США). В течение этого времени в амбулаторных условиях было выполнено 114 вакуумных дрель-биопсий очаговых образований молочных желез под УЗИ навигацией. Средний возраст пациенток 36 лет (от 20 до 52 лет).

Результаты и обсуждение

В 37 случаях (32,5%) вакуумная биопсия была произведена при верифицированном раке молочной железы с целью забора материала для проведения иммуногистохимического исследования опухоли на РЭ, РР, Her-2 neu, Ki-67, перед началом специального противоопухолевого лече-