

остаётся примерно одинаковой – в 2007 г. – 12%, в 2011 г. – 14%. Число больных, пролеченных паллиативно, увеличилось – 27% в 2007 г. и 32% в 2011 г. В распределении больных по виду специального лечения доля чисто хирургического лечения составила 26,6%, комбинированного (операция + лучевая терапия) 4,8%, комплексного (операция + лучевая терапия + химиотерапия) 12,2%. Только химиотерапевтическое лечение получили в среднем 31,2% больных, только лучевое 13,2%, комплекс лучевой и химиотерапии 12%. При этом отмечается четкая тенденция к увеличению числа больных, получивших химиотерапевтическое лечение (28% в 2007 г. и 38% в 2011 г.).

Количество операций, выполненных по поводу рака легкого год от года неуклонно растет (98 в 2007 г. и 130 в 2011 г.). Всего за 5 лет выполнено 595 операций. Доля радикальных резекций легкого (лоб- и пневмонэктомии) составила 66,9% (398 операций). Отмечается рост радикальных резекций с 2007 г. по 2011 г. (пневмонэктомии 20 и 36, лобэктомии 40 и 57 соответственно). Послеоперационная летальность снизилась с 1,8% до 1,3%. Доля послеоперационных осложнений за исследуемый период составляет 5-11%.

5-ти летняя выживаемость больных раком легкого по югу Тюменской области повысилась с 36,36% в 2007 г. до 39,56% в 2011 г. Смертность от рака легкого снизилась с 31,48 на 100 тысяч населения в 2007 г. до 25,45 в 2011 г. Одногодичная летальность снизилась с 58,61% в 2007 г. до 47,35% в 2011 г.

Выводы:

Заболеваемость раком легкого по югу Тюменской области остаётся стабильно высокой и занимает первое место в структуре ЗНО. Благодаря улучшению диспансеризации, совершенствованию методов диагностики и лечения, расширению показаний для проведения специального лечения, удалось улучшить основные показатели эффективности лечения. Однако, на протяжении ряда лет процент больных, отказавшихся от лечения, остаётся стабильно высоким, что диктует необходимость более углубленной работы с такими пациентами на различных уровнях оказания помощи (начиная с первичного звена и заканчивая специализированными учреждениями).

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

О.А. Пирожено, Е.Б. Губская

ГОД, г. Астана, Казахстан

В настоящее время полноценной морфологическая диагностика опухолей считается не только верификация гистологического варианта, степени дифференцировки новообразования, а также обязательной оценки иммуногистохимического фенотипа рака. При раке молочной железы (РМЖ) важными прогностическими показателями являются экспрессия белка Her2/neu, эстрогенов и прогестеронов, пролиферативная активность (Ki-67). Наиболее значимой, с прогностической точки зрения, является гиперэкспрессия Her2/neu – трансмембранного белка, члена семейства ErbB. Гиперэкспрессия Her2/neu или амплификация этого гена отмечена в 20-25% случаев РМЖ. Her2-положительный РМЖ характеризуется более агрессивным течением заболевания, меньшим периодом до появления метастазов и низкой выживаемостью [1]. Общепринятым методом оценки экспрессии белка Her2/neu, стероидных гормонов, пролиферативной активности опухоли является иммуногистохимический метод. На правильность оценки и интерпритации результатов исследования влияет ряд факторов: особенности забора, фиксации и хранения материала, используемые антитела и системы детекции, способы постановки иммуногистохимических реакций и проведения исследования методом гибридизации *insutu*. Одним из ключевых моментов качественного проведения тестирования является подготовка материала для исследования. Так, в качестве материала для иммуногистохимического исследования рекомендуется использовать гистологический материал опухоли, не подвергнутый предоперационной лучевой и/или химиотерапии, так как это лечение может влиять на экспрессию белков в опухоли. Поэтому, при планировании лечения с предоперационной терапией необходимо проведение толстоигольной трепанобиопсии, с последующим иммуногистохимическим исследованием этого материала [2]. Однако, на практике, на иммуногистохимическое исследование направляют операционный материал первичной опухоли после проведенного предоперационного лечения.

Целью настоящего исследования было изучение фенотипа опухолей РМЖ после проведенной предоперационной терапии.

Материалы и методы.

Нами исследовано 32 образца операционного материала инвазивного протокового РМЖ с признаками лечебного патоморфоза II-III ст. Материал фиксировали 10% нейтральным формалином в течение 24 ч, проводили по стандартной методике с помощью процессора STP120 ("Zeiss"), заливали в парафин, изготавливали срезы толщиной 4 мкм, которые монтировали на высокоадгезивные стекла. Демаскировку анигена согласно инструкции к набору "Herceptest" проводили в специализированном аппарате "PTLink" при температуре 98° в течение 40 мин. Все последующие манипуляции выполняли строго по инструкции к набору. При исследовании антител к эстрогену, прогестерону, Ki-67 использовали антитела Ready-to-Use (РТУ) для демаскировки, которая осуществляется в таких же условиях, как и при использовании набора "Herceptest".

Результаты и обсуждение.

Все пациенты распределены по возрастным группам с последующей оценкой рецепторного статуса, экспрессии белка Her2/neu, а так же пролиферативной активности (Ki-67).

Таким образом, гиперэкспрессия Her2/neu (3+) выявлена в 18,7% случаев, экспрессия Her2/neu (2+) – в 12,5%, экспрессия Her2/neu (1+) – в 25%, отсутствие экспрессии Her2/neu (0) – в 43,7% случаев. Положительная экспрессия стероидных гормонов выявлена в 21,9% случаев, положительная экспрессия эстрогенов наряду с отрицательной экспрессией прогестеронов выявлена в 21,9%, положительная экспрессия прогестеронов наряду с отрицательной экспрессией эстрогенов – в 21,9%, отсутствие экспрессии стероидных гормонов выявлено в 37,5% случаев. Пролиферативная активность выявлена в 62,5% случаев, в 37,5% случаев пролиферативная активность отсутствовала или была незначительной. Следовательно, проведение предоперационного лечения, несомненно, оказывает влияние на фенотип опухоли, однако, выявить характер этих изменений не удалось.

Неоспоримым является тот факт, что материалом для иммуногистохимического исследования должен являться операционный или биопсийный материал, включая толстоигольную биопсию, изъятый до проведения предоперационного лечения (лучевая терапия, лекарственное лечение).

Литература:

1. Завалишина Л.Э., Андреева Ю.Ю., Батаев М.В., Франк Г.А. Сравнительное иммуногистохимическое исследование Her2-статуса рака молочной железы с помощью стандартного набора "Herceptest" и антител к c-erbB-2 // Архив патологии. – 2018. – № 2. – С. 25-27.
2. Завалишина Л.Э., Андреева Ю.Ю., Рязанцева А.А., Франк Г.А. Исследование Her2-статуса рака молочной железы. Методические аспекты // Архив патологии. – 2011. – № 1. – С. 51-54.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КОСМЕТИЧЕСКОГО РЕЗУЛЬТАТА РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАКЕ

А.Г. Синяков, Ю.И. Гольдман, О.Н. Царёв

Тюменский ООД

Рак молочной железы (РМЖ) является самой частой злокачественной опухолью у женщин. За год в России регистрируется более 54 тысяч новых больных. Радикальная мастэктомия (РМЭ) ведет к тяжелому косметическому дефекту и, как следствие, к серьезной психической травме. Операции по реконструкции молочной железы после РМЭ стали широко применяться с 70-х годов прошлого века. Сегодня в ряде клиник Европы и Америки удаление молочной железы сопровождается её реконструкцией в 70-80 % случаев.

По виду применяемого пластического материала реконструкция может осуществляться:

1. Искусственными материалами (экспандер, перманентный экспандер, эндопротез).
2. Собственными тканями пациентки (чаще это торако-дорзальный или TRAM - лоскуты).
3. Комбинированным способом (одновременное применение импланта и тканевого лоскута).

По срокам проведения операция может быть одномоментной (первичная пластика) и отсроченной. Для получения удовлетворительного косметического результата может понадобиться одна или несколько операций (этапов).

В последнее время растёт качество и доступность экспандеров и эндопротезов, увеличивается их ассортимент. Операции с использованием искусственных материалов значительно менее травматичны. Они всё чаще проводятся сразу после мастэктомии, т.е. выполняется первичная пластика молочной железы. Тканевые лоскуты начинают больше применяться при комбинированных и повторных реконструкциях.