

ная тяжелой печеночно-почечной недостаточностью и развитием декомпенсированного ДВС-синдрома, составила 5% (4 пациента).

Выводы. Большинство больных ПРП обращаются к врачу с III–IV стадией заболевания. Основным методом лечения данных пациентов остается хирургический. Учитывая высокий уровень послеопера-

ционных осложнений, зная предраковые заболевания печени, а также имея широкий арсенал современных методов диагностики, необходимо создать группы онкологического риска по раку печени и проводить их диспансерное наблюдение, что позволит выявить опухоли на ранних стадиях и улучшить результаты лечения.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРИПЛ-НЕГАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.Д. БРАГИНА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. В последние годы для выбора адекватной тактики лечения и определения прогноза заболевания у больных раком молочной железы (РМЖ) широко используется молекулярно-генетическая классификация, созданная С.М. Perou et al. (2001). Согласно данной классификации РМЖ подразделяется на 5 фенотипов в зависимости от уровня экспрессии РЭ, РП, HER-2/neu.

Одной из наиболее неблагоприятных форм в современной клинической практике принято считать трипл-негативный рак (РЭ-РП-; Her-2/neu-), встречающийся в 10–20% всех случаев, преимущественно у молодых женщин (средний возраст составляет 40–50 лет), и нередко ассоциирующийся с мутацией гена BRCA1. Данный тип опухоли характеризуется неблагоприятным прогнозом, независимо от уровня регионарной распространенности процесса, специфичностью метастазирования (преимущественно в легкие и головной мозг) и короткой безрецидивной и общей выживаемостью. При этом, несмотря на отсутствие ответа на таргетную терапию (при учете отрицательного тройного рецепторного статуса), трипл-негативный рак (ТНР) отличается достаточно высокой чувствительностью к проведению химиотерапевтического лечения.

В результате исследований, проведенных в течение последних 5 лет, представление о данной проблеме претерпело значительные изменения, и данный тип опухоли перестал рассматриваться в столь безапелляционном контексте. ТНР представляет собой гетерогенную группу,

в которой, помимо наличия отрицательного тройного рецепторного статуса, необходимо принимать во внимание такие параметры, как гистологический тип и ряд других биологических маркеров опухоли.

До недавнего времени ТНР относили к базальноподобным опухолям, однако Yamamoto et.al. разделили данный тип на 2 подтипа: истинно базальноподобный и небазальноподобный. Базальноклеточные раки характеризуются наличием нескольких иммуногистохимических параметров, таких как РЭ-, РП-, HER-2/neu-, EGFR (рецепторы к эпидермальному фактору роста) и СК 5/6, именно эти опухоли имеют агрессивное течение и в то же время высокую чувствительность на проведение химиотерапии. Небазальноклеточные раки молочной железы, хотя и имеют трипл-негативный статус, нередко представлены редкими формами РМЖ (медулярный, адено-кистозный и т.д.) и, соответственно, проявляются более низкой эффективностью к проводимой химиотерапии, а в некоторых случаях отсутствием ответа на нее вовсе.

С представленных позиций не вызывает сомнений тот факт, что необходимо дифференцированно подходить к планированию комбинированного лечения у данного контингента больных, и в большой мере это касается планирования адъювантной химиотерапии и решения вопроса о целесообразности проведения системного лечения в неоадъювантном режиме при возросшем планировании органосохранных операций.