

на присутствие опухоли: Т-хелперы помогают В-лимфоцитам трансформироваться в плазматические клетки с дальнейшим выделением антител, Т-киллеры, в свою очередь, уничтожают опухолевые клетки уже при непосредственном контакте с ними. После операции данные повышения клеток можно объяснить либо тем, что организм еще не перестроился и также продолжает продуцировать большое количество этих клеток на борьбу с опухолью, либо репаративными процессами. Абсолютное содержание HLA-DR+ у больных почечно-клеточным раком до операции снижено по сравнению с данными контрольной группы ($p < 0,001$). Следует отметить, что после операции количество лейкоцитов у группы больных почечно-клеточным раком повысилось по сравнению с показателями в дооперационном периоде ($p < 0,05$). Повышение абсолютного содержания CD16+ лимфоцитов у больных после операции по сравнению с данными контрольной группы является дополнительной помощью организму в послеоперационный период, поскольку НК-клетки осуществляют главнейшую функцию иммунной системы – киллинг всех клеток, несущих генетическую чужеродность ($p < 0,001$). Абсолютное содержание HLA-DR+-клеток после операции повысилось по сравнению с показателями группы здоровых доноров, что отражает активацию иммунного звена после операции ($p < 0,001$).

У больных раком мочевого пузыря наблюдалось увеличение количества лейкоцитов до и после операции по сравнению с данными группы контроля более чем в 1,5 раза ($p < 0,001$, $p < 0,01$ соответственно). Данное повышение клеток до операции направлено на подавление супрессирующего действия опухоли, после операции увеличение можно объяснить процессами репарации. Также у больных раком мочевого пузыря после операции наблюдалась тенденция к снижению абсолютного и относительного содержания CD3-лимфоцитов ($0,05 < p < 0,1$), и наблюдалось снижение процентного содержания CD4-лимфоцитов по сравнению с показателями контрольной группы ($p < 0,05$). Эти понижения общего уровня Т-лимфоцитов и Т-хелперов можно объяснить истощением организма в результате негативного воздействия опухоли. Процентное содержание CD16-лимфоцитов у больных после операции увеличилось по сравнению с данными здоровых доноров ($p < 0,05$). Это повышение отражает позитивную динамику изменения количества клеток, обеспечивающих неспецифическую резистентность организма в послеоперационном периоде.

Выводы. Следовательно, иммунная система пациентов с почечно-клеточным раком мобильнее реагирует на присутствие опухоли в организме и активнее восстанавливается после хирургического лечения, чем у больных раком мочевого пузыря.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНО-ОПЕРАБЕЛЬНОГО МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ИХ СРАВНЕНИЕ

**И.С. ВАСИЛЬЕВ, А.В. ВАЖЕНИН, М.И. НЕЧУШКИН, В.А. УЙМАНОВ,
Ю.С. ВАСИЛЬЕВ, А.В. ТИГОЛОСОВ**

ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава, кафедра онкологии и радиологии, г. Челябинск

ГЛПУ «Челябинский областной онкологический диспансер»

ГУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН», г. Москва

Актуальность. Наиболее спорным в лечении мультицентрического рака молочной железы является вопрос о возможности выполнения органосохраняющих операций, особенно в свете отчетливо прослеживаемой тенденции к уменьшению объема хирургических вмешательств при раке молочной железы.

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты органосохраняющего лечения больных мультицентрическим раком молочной железы и сопоставить их с результатами лечения больных мультицентрическим раком молочной железы после выполнения радикальной мастэктомии, а также с результатами лечения больных

моноцентрическим раком молочной железы после органосохраняющего лечения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 320 больных как мультицентрическим, так и моноцентрическим раком молочной железы, получивших лечение на базе отделения радиохирургии РОНЦ им. Н.Н. Блохина и Челябинского областного онкологического диспансера за период с 1975 по 2003 г. Разделение больных на группы зависело от множественности опухолевого поражения молочных желез и характера хирургического лечения. Таким образом было сформировано три группы: больные с клинически выявленным мультицентрическим раком молочных желез $T_{1-2}N_{0-2}M_0$, которым было проведено органосохраняющее хирургическое лечение ($n=61$); больные с клинически выявленным мультицентрическим раком молочных желез $T_{1-2}N_{0-2}M_0$, которым проводилась радикальная мастэктомия ($n=75$); больные моноцентрическим раком молочных желез $T_{1-2}N_{0-2}M_0$, которым выполнено органосохраняющее хирургическое лечение ($n=184$).

Результаты. Из 1520 больных раком молочной железы, которым было выполнено органосохраняющее лечение с 1975 по 2003 г. в отделении радиохирургии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, 4 % составили больные мультицентрическим раком молочной железы. Частота выявления мультицентрического рака молочной железы по

Челябинской области за 1993–1997 гг. составила 3,7 %. Общая, безрецидивная выживаемость и выживаемость без местного рецидива в течение 10 лет у больных моноцентрическим раком молочной железы $T_{1-2}N_{0-2}M_0$ после органосохраняющего лечения составила соответственно $79,2 \pm 3,5$; $66,9 \pm 3,9$ и $92,4 \pm 2,3$ %. Общая, безрецидивная выживаемость и выживаемость без местного рецидива в течение 10 лет у больных мультицентрическим раком молочной железы $T_{1-2}N_{0-2}M_0$ после радикальной мастэктомии составила соответственно $77,3 \pm 5,8$ %, $66,7 \pm 6,3$ % и $91,2 \pm 5,4$ %. Общая, безрецидивная выживаемость и выживаемость без местного рецидива в течение 10 лет у больных мультицентрическим раком молочной железы $T_{1-2}N_{0-2}M_0$ после органосохраняющего лечения составила соответственно $84 \pm 5,6$ %, $80,3 \pm 5,7$ % и $92,7 \pm 3,5$ %. Статистически значимых различий по всем видам выживаемости между группами больных получено не было.

Выводы. Показатели 10-летней выживаемости (общей, безрецидивной и без местного рецидива) у больных мультицентрическим раком молочной после органосохраняющего лечения сопоставимы с таковыми у больных с моноцентрическим раком молочной железы после органосохраняющего лечения и у больных с мультицентрическим раком молочной железы после органосохраняющего лечения.

АНАЛИЗ СТАТУСА МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ КОНТРОЛЯ КЛЕТОЧНОГО ЦИКЛА (P14ARF, CDKN2B И RB1) ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.В. ВАСИЛЬЕВА¹, Е.Н. ТОЛМАЧЁВА¹, Е.А. МАЛИНОВСКАЯ², Е.В. ДЕНИСОВ²,
И.Н. ЛЕБЕДЕВ¹

ГУ «НИИ медицинской генетики Томского научного центра СО РАМН»¹

ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»²

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место среди всех онкологических заболеваний у женщин. Развитие новых методов ранней диагностики РМЖ является необычайно актуальной и важной задачей. В последнее десятилетие было установлено, что

в многостадийном процессе образования опухолей нарушение функций клеточных генов может происходить не только в результате генетических событий (точечные мутации, делеции, амплификация), но и в результате эпигенетических изменений, в том числе локального гипермети-