

гистологическому типу преобладали инвазивная протоковая карцинома (67,7%) и низкая степень дифференцировки G3 (63,6%). В 61,0% случаев отмечена экспрессия виментина, в 77,8% – c-kit (CD117), в 22,2% – экспрессия SMA. В данной группе пациентов высокий уровень экспрессии BRCA1 (100%), p53 (90%), Ki67 (индекс пролиферации $\geq 20\%$ – 81,8%). У всех пациентов с тройным негативным РМЖ было проведено оперативное лечение в объеме радикальной мастэктомии (74,5%) и широкой секторальной резекции молочной железы (25,5%), в зависимости от локализации опухоли и метастазов в подмышечные лимфатические узлы. Мета-

стазы в подмышечных лимфатических узлах наблюдаются у 75% больных. Пациентам была проведена химиотерапия в неоадьювантном и адьювантном режиме по схеме: FAC (37,5%), TC (12,5%), AC (12,5%), CMF (6,25%). Все наблюдаемые пациенты живы. Тем не менее в 43,7% случаев тройного негативного РМЖ были отмечены рецидивы заболевания в течение 1 года.

Выводы. У больных с тройным негативным РМЖ наблюдается повышенная экспрессия BRCA1, Ki67 и p53, что может являться дополнительным маркером агрессии тройного негативного РМЖ.

ВЛИЯНИЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ АУТОПЛАЗМОХИМИОТЕРАПИИ НА СОДЕРЖАНИЕ ГОРМОНОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ САРКОМАМИ КОСТЕЙ

Л.Ю. СИДЕНКО, Ю.А. ПОГОРЕЛОВА, М.Б. КОЗЛОВА,
Е.М. ФРАНЦИЯНЦ, Ю.Ю. КОЗЕЛЬ

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт», г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Изучение гормонального статуса и динамики уровня гормонов в крови под влиянием химиотерапии у пациентов со злокачественным поражением костей представляет одно из актуальных направлений исследований, касающихся взаимодействия опухоли и организма. Это обусловлено, прежде всего, ролью sex-стероидов как в регуляции нормального развития и функционирования костной ткани, так и в процессах бластомогенеза в ней. Функциональное состояние щитовидной железы и коры надпочечников, гормоны которых являются многоцелевыми биорегуляторами, способными, в частности, влиять на такие связанные с опухолевым ростом параметры, как скорость пролиферации, апоптоз и активность иммунной системы, также имеет важное значение при лечении больных с онкопатологией.

Цель исследования состояла в оценке особенностей гормонального статуса больных на фоне развития саркомы костей и его изменений под влиянием неоадьювантной аутоплазмохимиотерапии (НАПХТ).

Материал и методы. Под наблюдением находились 19 больных обоего пола с остеогенной

саркомой и саркомой Юинга III стадии. Средний возраст пациентов – 15,8 года. До начала лечения и после 1, 2 и 3-го курсов НАПХТ в крови радиоиммунным методом определяли содержание эстрадиола, тестостерона, прогестерона, пролактина, тропных гормонов гипофиза (ФСГ и ЛГ), трийодтиронина (T_3), тироксина (T_4), тиреотропина (ТТГ) и кортизола. Контролем служила группа практически здоровых лиц аналогичного возраста. Результаты обработаны статистически методом Стьюдента.

Результаты. У большинства обследованных больных исходно содержание в крови гормонов (за исключением эстрадиола и пролактина) разнонаправленно отличалось от нормы и характеризовалось у пациентов обоего пола сниженными уровнями T_3 , тестостерона, прогестерона, ФСГ (у девочек) и, особенно, ЛГ (у девочек и мальчиков), повышенной концентрацией T_4 и ТТГ и гипер- или гипопродукцией кортизола. Курсы НАПХ часто сопровождалась у девочек противоположно направленными изменениями уровней тестостерона и прогестерона, повышением практически до нормы исходно низкого содержания ФСГ, poste-

пленным ростом концентрации ЛГ без ее нормализации после 3-го курса НАПХТ. У мальчиков в ходе лечения наблюдались достоверные колебания уровня тестостерона, нарастание прогестерона, вплоть до превышения его уровня в контроле, снижение исходно нормального содержания ФСГ и тенденция к нормализации ЛГ. Показатели тиреоидного и глюкокортикоидного статуса в ходе терапии варьировали в значительном диапазоне независимо от их исходного состояния.

Выводы. Полученные результаты позволили заключить, что развитие сарком костей сопряжено у больных с многочисленными нарушениями гормонального гомеостаза. НАПХТ в большинстве случаев не приводила к нормализации выявленных сбоев и сопровождалась нестабильным функциональным состоянием рассмотренных звеньев нейроэндокринной системы.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОКАРЦИНОМ *IN SITU* ШЕЙКИ МАТКИ

А.А. СИДОРУК¹, В.И. НОВИК^{2,3}, А.Ф. УРМАНЧЕЕВА^{2,3}

ГОУВПО СПбГМА им. И.И. Мечникова Росздрава¹
ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Росмедтехнологий»²
ГОУДПО СПбМАПО Росздрава, г. Санкт-Петербург³

Актуальность. За последние десятилетия заболеваемость железистыми неоплазиями шейки матки в мире увеличилась с 5% до 20–25% от всех случаев злокачественных новообразований шейки матки. Однако на стадии *in situ* аденокарциномы шейки матки выявляются крайне редко и остаются малоизученным объектом для патологов и клиницистов.

Цель исследования – изучить особенности клинического статуса больных аденокарциномами *in situ* шейки матки.

Материал и методы. Проведен анализ клинических данных 27 больных аденокарциномами *in situ* шейки матки, получавших лечение в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова за период с 1970 по 2005 г. Сопоставление клинических данных проводилось с группой сравнения из 95 наблюдений плоскоклеточной карциномы *in situ* шейки матки.

Результаты. Средний возраст больных аденокарциномой *in situ* – 47,1±2,21 года, средний возраст больных плоскоклеточной карциномой *in situ* шейки матки – 40,3±1,15 года. Удельный вес пациенток репродуктивного возраста с аденокарциномой *in situ* шейки матки составил 66,7% (18/27), а в постменопаузе – 33,3% (9/27), тогда как в группе больных плоскоклеточной карциномой *in situ* в репродуктивном возрасте находилось 85,3% женщин (81/95), а в постме-

нопаузе – 14,7% (14/95), $p<0,05$. Возраст сексуального дебюта в группе аденокарциномы *in situ* составил 20,6±0,38 года (17–25 лет), у больных плоскоклеточной карциномой *in situ* – 19,5±0,29 года (14–24), $p>0,05$. Частота применения гормональной и барьерной контрацепции была одинаковой во всех группах. Курящих женщин было больше в группе с плоскоклеточной карциномой *in situ* – 2/3 больных (66,3%; 63/95), тогда как среди больных аденокарциномой *in situ* – 4 из 27 (14,8%), $p<0,05$. Заболевание протекало латентно у 89% больных плоскоклеточной карциномой *in situ*, у больных аденокарциномами *in situ* – только в 67% ($p<0,05$). В остальных случаях наблюдались лейкорея и кровотечения из половых путей: у 33% больных аденокарциномами *in situ* и у 11% больных плоскоклеточными карциномами *in situ* ($p<0,05$). При осмотре в зеркалах шейка матки была неизменной у большей части больных аденокарциномой *in situ* (78%) и плоскоклеточной карциномой *in situ* шейки матки (59%), $p>0,05$. Изучение преморбидного фона больных карциномами *in situ* шейки матки показало, что аденокарцинома *in situ* сочеталась с миомой матки в 50% (13/27), плоскоклеточная карцинома *in situ* шейки матки – в 12% (11/95), $p<0,05$. Всем больным карциномами *in situ* шейки матки проведено хирургическое лечение. При аденокарциноме *in situ*