

химиотерапия по схеме CMF или FAC, 176 пациенток предоперационной терапии не получали. Хирургическое лечение проводилось в объеме радикальной мастэктомии или радикальной резекции молочной железы. В послеоперационном периоде больным по показаниям проводилась химиотерапия, лучевая и антиэстрогенная терапия. Сроки наблюдения за больными составили 5–10 лет. Для гистологического исследования операционный материал обрабатывался по стандартной методике. Оценивалась ткань первичных опухолевых узлов и все аксиллярные лимфатические узлы. Обработка полученных данных выполнялась с использованием пакета программ «Statistica 6.0 for Windows».

Результаты. Проведенное исследование не выявило зависимости рецидивирования от факта лимфогенного метастазирования ни в общей группе, ни у больных с сохраненной менструальной функцией, ни у пациенток с менопаузой (соответственно: $\chi^2=0,38$; $p=0,54$; $\chi^2=0,15$; $p=0,69$;

$\chi^2=0,18$; $p=0,66$). Во всех трех перечисленных группах рецидивы встречались приблизительно с одинаковой частотой. Иные результаты были получены при изучении выраженности лимфогенного метастазирования. Как в общей группе, так и у больных с сохраненной менструальной функцией рецидивы обнаруживались при большем числе пораженных метастазами лимфоузлов (соответственно: в общей группе $6,8 \pm 6,5$ и $4,2 \pm 4,5$; $F=5,9$; $p=0,01$; у больных с сохраненной менструальной функцией – $6,6 \pm 4,9$ и $3,0 \pm 3,1$; $F=9,4$; $p=0,002$). У больных с менопаузой подобная закономерность отсутствовала ($5,1 \pm 3,9$ и $5,0 \pm 5,0$; $F=0,01$; $p=0,89$).

Выявленные данные указывают на необходимость дифференцированного использования для прогнозирования рецидивирования такого параметра, как выраженность лимфогенного метастазирования с учетом состояния менструальной функции больных.

ЗАВИСИМОСТЬ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ИНФИЛЬТРИРУЮЩЕГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМ СОСТОЯНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

М.В. ЗАВЬЯЛОВА, С.В. ВТОРУШИН, В.М. ПЕРЕЛЬМУТЕР, Е.М. СЛОНИМСКАЯ

ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»

Известно, что рецидивирования при раке молочной железы зависит от такого морфологического параметра, как степень злокачественности инфильтрирующего протокового рака. Считается, что чем выше степень злокачественности, тем выше риск возникновения рецидива. Однако признаки, определяющие степень злокачественности, мало вариабельны, и в связи с этим возникает необходимость поиска новых, более информативных гистологических критериев прогноза рецидивов.

Целью настоящего исследования явилось изучение зависимости рецидивирования инфильтрирующего рака молочной железы от морфологического строения первичной опухоли у больных с сохраненной менструальной функцией и в менопаузе.

Материал и методы. В исследование были включены 614 больных инфильтрирующим раком молочной железы $T_{1-3}N_{1-2}M_0$. У 43% менструальная функция была сохранена (средний возраст – $43,0 \pm 5,5$ года), 57 % находились в менопаузе (средний возраст – $59,4 \pm 8,1$ года). Рецидивы определялись у 10 % больных. Безрецидивный период у больных с сохраненной менструальной функцией составил $39,0 \pm 31,1$ мес; у пациенток с менопаузой – $30,6 \pm 30,1$ мес. 71 % больных проводилась неoadъювантная химиотерапия по схеме CMF или FAC. Объем операции соответствовал радикальной мастэктомии или радикальной резекции молочной железы. В послеоперационном периоде больным по показаниям проводилась химиотерапия, лучевая и антиэстрогенная терапия. Сроки наблюдения за больными составили 5–10

лет. Гистологическому исследованию подвергался операционный материал. Изучалась ткань первичных опухолевых узлов и все аксиллярные лимфатические узлы. В инфильтративном компоненте выделяли трабекулярные, тубулярные, микроальвеолярные, солидные структуры и дискретные группы клеток. Обработка полученных данных выполнялась с использованием пакета программ «Statistica 6.0 for Windows».

Результаты. При изучении зависимости рецидивирования от морфологического строения первичного опухолевого узла оказалось,

что у больных с сохраненной менструальной функцией рецидивы чаще обнаруживаются при наличии в инфильтративном компоненте микроальвеолярных структур (соответственно: 19 % и 6 %; $\chi^2=5,3$; $p=0,02$). У пациенток с менопаузой данная зависимость отсутствовала ($\chi^2=0,25$; $p=0,61$).

Полученные результаты подчеркивают существующие на данный момент сведения о неодинаковом течении РМЖ у больных с разным состоянием менструальной функции и требуют дальнейшего изучения.

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РОССИИ: ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Е.Н. ИМЯНИТОВ

НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, г. Санкт-Петербург

Примерно 5 % случаев рака молочной железы (РМЖ) и около 20 % раков яичника (РЯ) вызваны наследованием мутаций в генах репарации ДНК. Наиболее хорошо изучены гены BRCA1 и BRCA2, которые вносят существенный вклад в заболеваемость РМЖ и РЯ практически во всех странах мира. Помимо перечисленных генов, у российских больных РМЖ часто выявляются дефекты в генах CHEK2 и NBS1. Удивительно, что в нашей стране в исключительной мере выражен т.н. «founder» эффект. Действительно, подавляющее большинство случаев семейного РМЖ можно вывить при помощи относительно небольшого набора ПЦР-тестов, направленных на детекцию мутаций: BRCA1 5382insC, BRCA1 4153delA, BRCA1 185delAG, BRCA2 6174delT, CHEK2 1100delC, CHEK2 IVS2+1G>A и NBS1 657del5. Для РЯ этот спектр ещё меньше: при данном заболевании из диагностической панели исключаются гены CHEK2 и NBS1.

Наши исследования демонстрируют, что семейный анамнез не может являться ни

основным, ни единственным критерием для отбора больных РМЖ на ДНК-тестирование. Действительно, перечисленные выше мутации чрезвычайно часто обнаруживаются у пациенток молодого возраста или женщин с билатеральным РМЖ, которые не припоминают случаев аналогичного заболевания в семье; подобный феномен объясняется передачей мутации по отцовской линии и/или малой информативностью родословных. В отличие от РМЖ, РЯ вообще не обнаруживает ассоциации BRCA-носительства с ранней манифестацией заболевания и/или семейным анамнезом и/или первично-множественным характером опухолевого процесса; таким образом, сам по себе диагноз РЯ является достаточным основанием для BRCA-тестирования. В докладе предполагается обсудить особенности диагностических и лечебных мероприятий, применяющихся по отношению к BRCA-носительницам.