

*Третьяк И. Ю., Демидчик Ю. Е., Костюк С. А.*

## **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМОЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
г. Минск*

Рак молочной железы (РМЖ) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в большинстве стран мира, в том числе и в Республике Беларусь. К сожалению, до сих пор РМЖ достаточно часто выявляется в запущенной стадии. Так, в Республике Беларусь в 2012 г. III стадия заболевания установлена у 17,2 %, IV стадия — у 5,8 % из вновь выявленных пациенток. Таким образом, неуклонный рост заболеваемости раком молочной железы, высокая смертность от данной патологии делает актуальным исследование данного заболевания.

**Цель** исследования: анализ клинико-морфологических характеристик отечно-инфильтративной формы рака молочной железы.

**Материалы и методы:** первичная медицинская документация 183 пациенток, проживающих в Минской области, у которых в 2009-2013 гг. выявлена отечно-инфильтративная форма рака молочной железы (сT4N1-3M0). Средний возраст пациенток составил 61,6 года (SD 12,7).

**Результаты и обсуждение.** Выживаемость без прогрессирования заболевания оценена у 99,5 % (n = 182) пациенток с отечно-инфильтративной формой рака молочной железы (сT4N1-3M0) (у 0,6 % (n = 1) пациенток развилось прогрессирование в связи со второй неоплазией, соответственно она была исключена из данного анализа); 2-летняя выживаемость без прогрессирования заболевания составила 62,1 % (SE 4,9). Показатели общей (причин специфичной) выживаемости оценены в 183 (100 %) наблюдениях. Летальные исходы у 6,0 % (n = 11) пациенток были зарегистрированы от других заболеваний. Двухгодичная общая выживаемость составила 75,7 % (SE 4,3). Двухгодичная общая (причин специфичная) выживаемость составила 83,3 % (SE 3,8).

Хирургическое лечение на 1-м этапе выполнено 59,6 % (n = 109) пациентам, гормонотерапия на 1-м этапе — 2,7 % (n = 5) пациенток, от проведения всех видов специального лечения отказалось 1,1 % (n = 2) пациенток. Специальное лечение, на 1-м этапе которого проводилась полихимиотерапия (НПХТ), было выполнено у 36,6 % (n = 67) пациентов. Режимы 1-й ли-

ННН НПХТ включали АТ (20,9 %, n = 14), САФ/СЕФ (40,3 %, n = 27), АС/ЕС (35,8 %, n = 24), СМФ (1,5 %, n = 1), МХТ ксолодой (1,5 %, n = 1). Эффективность предоперационной химиотерапии оценивали по критериям RECIST 1.1. У 5,9 % (n = 4) женщин отсутствовали инструментальные оценки эффективности НПХТ. В 1-й лечебной линии НПХТ полный патоморфологический регресс опухоли наступил у 7,9 % пациенток (n = 5), частичный ответ составил 33,3 % (n = 21), стабилизация — 42,9 % (n = 27). Прогрессирование на фоне 1-й линии НПХТ наблюдалось в 15,9 % (n = 10).

Исследование рецепторов стероидных гормонов и определение уровня экспрессии онкобелка HER-2/neu является важным прогностическим фактором и влияет на выбор последующего специального лечения. Иммуногистохимическое исследование опухолевой ткани (до проведения системного лечения) проведено 87,9 % (n = 161) пациенткам. В тканях 58,4 % (n = 94) новообразованиях присутствовали рецепторы к эстрогенам и прогестерону, в 6,2 % (n = 10) — только к эстрогенам, в 3,1 % (n = 5) — только к прогестерону и в 32,3 % (n = 52) случаях — в ткани опухоли отсутствовали рецепторы и к эстрогенам, и к прогестерону. Гормонотерапия как часть специального лечения использована в 59,6 % (n = 109) случаях.

Определение экспрессии онкобелка HER-2/neu (до проведения системного лечения) было произведено у 87,9 % (n = 161) женщин. Частота встречаемости различных Her2/neu — фенотипов рака молочной железы (экспрессия онкобелка): 0 баллов — 26,7 % (n = 43), 1 балл — 30,4 % (n = 49), 2 балла — 17,4 % (n = 28), 3 балла — 25,5 % (n = 41). Из 28 пациенток с экспрессией онкобелка HER-2/neu 2+ балла в опухолевой ткани 35,7 % (n = 10) проведено определение экспрессии гена HER-2/neu методом FISH — в 80 % (n = 8) опухолей результат определения экспрессии гена HER-2/neu был отрицательным, в 20 % (n = 2) — положительный. HER-2/neu-**no3HTHbHbifi** тип опухоли наблюдался у 26,7 % (n = 43) пациенток. Однако биотерапия как часть специального лечения использована только у 32,6 % (n = 14) из пациенток с HER-2/neu-**no3HTHbHbifiM** тип опухоли.

Важным событием для индивидуализации лечения пациентов с РМЖ явилось появление молекулярно-генетической классификации. Вошло в практику выделение подтипов РМЖ, основанное на иммуногистохимическом исследовании РЭ, РП и HER2neu: люминальный подтип характеризуется как РЭ/РП+ HER2neu+/-, HER2neu+ подтип: РЭ- и РП- при гиперэкспрессии HER2neu, базальный подтип — РЭ-РП- HER2neu-. Молекулярно-генетические подтипы опухоли определены у 78,3 % (n = 143) пациенток. Люминальный подтип выявлен у 67,8 % (n = 97), HER2neu+ подтип — у 13,3 % (n = 19), базальный подтип — у 18,9 % (n = 27). Выявлена зависимость выживаемости без прогрессирования заболевания у пациентов с РМЖ IIIВ стадии от молекулярно-генетических подтипов опухоли (люминальный, HER2neu+, базальный подтип) (p = 0,008).

**Выводы.** На основании вышеизложенного можно сделать вывод о необходимости поиска новых молекулярно-генетических маркеров для индивидуализации специального лечения с целью увеличения количества пациентов с объективным ответом на химиотерапию.