

СЕКЦИЯ 21
«ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ. СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА»

УДК 618.19-006.6-0.55.2:577.175

**ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ ЭСТРОГЕНА И ПРОГЕСТЕРОНА
У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Балашова В. Г., Казаков К. В., Рожин В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Э. А. Надыров

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре заболеваемости женщин и частота его неуклонно возрастает, особенно в пожилом возрасте. Статистические данные последних лет свидетельствуют об интенсивном росте заболеваемости и смертности от РМЖ в различных странах [1]. В прогнозе РМЖ эстрогены и прогестерон играют роль эндокринных факторов роста, являются инициаторами и промоутерами развития РМЖ. Экспрессия рецепторов эстрогенов (РЭ) определяется в 50–75 % случаев РМЖ. Примерно в 50 % наблюдений она сопровождается экспрессией рецепторов прогестерона (РП). Опухоли, экспрессирующие РЭ и особенно одновременно РЭ и РП, как правило, чувствительны к гормональной терапии и имеют более благоприятный прогноз. Изолированная экспрессия РП является неблагоприятным прогностическим признаком [1–4].

Цель

Изучить состояние рецепторов к эстрогенам и прогестерону у женщин различных возрастных групп в тканях инвазивных карцином молочной железы.

Материал и методы исследования

В исследование вошли пациенты, проходившие лечение в УЗ «Гомельский областной клинический онкологический диспансер». Все пациенты были разделены на три возрастные группы: до 50 лет, 51–55 и старше 55 лет. Кусочки тканей фиксировали в 10 % нейтральном формалине и подвергали стандартной гистологической проводке с последующей заливкой в парафин. Из блоков готовили срезы толщиной 5 мкм, окрашивали гематоксилином и эозином и использовали для обзорной микроскопии, верификации диагноза. Исследование экспрессии гормонов проводилось иммуногистохимическим методом с использованием моноклональных антител корпорации DAKO. Оценка результатов экспрессии РЭ и РП проводилась с оценкой баллов по индексу Score. Оценивалось: 1. Интенсивность окраски IS (intensity score); 2. Процент позитивно окрашенных клеток (PS (proportion score)). Максимальное количество баллов IRS (immune reactivity score) рассчитывалось как Примечание: $TS = PS + IS$, при этом $TS = 0-2$ — негативный результат; $TS \geq 3$ — позитивный результат. Результаты исследования были представлены в виде медианы (Me) и интерквантильных показателей $[Q^1; Q^2]$. Сравнительный анализ проводился с использованием критерия Манна — Уитни. Полученные результаты обрабатывались с помощью пакета программ «Statistica» 13.0 (Trial-версия).

Результаты исследования и их обсуждение

Всего исследован 101 пациент, из них 68 в возрасте до 50 лет, 11 — в интервале от 51 до 55 лет и 6 — старше 56 лет. РЭ + РП+ опухоли составили преобладающее большинство в возрастных группах до 50 и от 51 до 55 лет. По данным многих авторов такая комбинация рецепторов стероидных гормонов имеет наиболее благоприятный прогноз и эффективность адъювантной терапии достигает 50–70 %. В таблице 1 представлена экспрессия рецепторов эстрогена и прогестерона в различных возрастных группах.

В возрастной группе старше 55 лет подобная комбинация рецепторов была отмечена только в 50 % случаев. При наличии рецепторов одного вида (РЭ или РП) эффективность терапии снижается и составляет 33 %. В нашем исследовании РЭ + РП-опухоли составили 10,3 и 25 % соответственно в возрастных группах до 50 и младше 50 лет. В возрастном интервале 51–55 лет такой рецепторный профиль выявлен не был. РЭ-РП+ опухоли были выявлены в одном случае, что составило 1 % в возрастной группе до 50 лет. Рецепторнегативные опухоли (РЭ-РП-) являются наиболее проблемными в плане лечения, эффективность его достигает 11 %, в нашем исследовании они составили 1,3 % в возрастной группе до 50 лет и 25 % в группе старше 55 лет (таблица 1), что является высоким показателем, так как в большинстве стран они выявляются в 3–5 % случаев РМЖ [3, 4].

Таблица 1 — Экспрессия рецепторов эстрогена и прогестерона в различных возрастных группах

Возраст	ER+PR+	ER+PR-	ER-PR+	ER-PR-	Итого
≤50 лет	68 (87,1 %)	8 (10,3 %)	1 (1,3 %)	1 (1,3 %)	78 (100 %)
51-55 лет	11 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	11 (100 %)
>55 лет	6 (50 %)	3 (25 %)	0 (0 %)	3 (25 %)	12 (100 %)
Всего	85 (84,1 %)	11 (10,9 %)	1 (1 %)	4 (4 %)	101 (100 %)

Показатели индекса Score у пациентов с раком молочной железы в различных возрастных группах представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Показатели индекса Score у пациентов с раком молочной железы в различных возрастных группах

Возраст	РЭ	РП
≤50 лет	3,9 [2,85; 4,68]	3,99 [2,92; 4,76]
51-55 лет	4,00 [2,96; 4,55]	4,6 [2,55; 6,15]
>55 лет	4,10 [3,22; 5,11]	3,50 [2,46; 4,56]

При изучении индекса Score у больных раком молочной железы в различных возрастных группах статистически значимых различий выявлено не было.

Выводы

Проведенное исследование показало достоверные различия в уровнях экспрессии рецепторов в различных возрастных группах больных. Варианты рецепторного статуса опухолей отражают с одной стороны биологические потенции РМЖ, а с другой неопределенность индивидуального прогноза в возрастной группе старше 55 лет, что требует дальнейшего изучения с использованием маркеров пролиферативной активности и апоптоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ: Рак молочной железы: профилактика и борьба [Электронный ресурс]. — 20 ноября 2019 года. — Режим доступа: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/ru/>. — Дата доступа: 27.03.2021.
2. Оценка рецепторного статуса первичной опухоли молочной железы и синхронных регионарных метастазов: какова клиническая и прогностическая роль? / О. О. Гордеева [и др.] // Сибирский онкологический журнал. — 2019. — № 18(2). — С. 78–82.

3. Палтуев, Р. М. Биологическое обоснование персонализации лечения рака молочной железы. Анализ новых данных, используемых в рутинной практике маркеров рака молочной железы / Р. М. Палтуев // Опухоли женской репродуктивной системы. — 2019. — № 15(4). — С. 30–49.

4. Иммуногистохимические характеристики рака молочной железы, увеличивающие риск локального рецидива после органосохраняющего лечения / С. М. Демидов [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. — 2018. — № 14(3). — С. 10–14.

УДК 618.3-06:618.46-079.7

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОСЛЕДОВ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Бодрова А. В., Бодрова М. В.

Научный руководитель: ассистент А. В. Мишин

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Неразвивающаяся беременность является одной из наиболее значимых клинических форм невынашивания беременности. Данная проблема привлекает внимание врачей многих специальностей, и, в первую очередь, акушеров-гинекологов и патологоанатомов. Несмотря на значительные усилия, направленные на профилактику и предотвращение данной патологии, частота неразвивающейся беременности длительное время остаётся постоянной и не зависит от успехов фармакотерапии [3].

Цель

Изучение патоморфологических изменений последа при неразвивающейся беременности.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили результаты патоморфологических исследований 682 соскобов из полости матки и последов при неразвивающейся беременности в сроке от 6 до 20 недель гестации, проведённых в 2015–2020 гг. ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро».

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного гистологического исследования последов при неразвивающейся беременности ведущими морфологическими признаками явились изменения дизэмбриогенетического, а также дисциркуляторного и воспалительного характера, которые представлены в таблицах 2, 3, 4.

Таблица 1 — Структура abortивного материала

Срок беременности	Количество случаев (n = 682)	
	абс.	отн. (%)
6–10 недель	235	34,5
11–15 недель	264	38,7
16–20 недель	183	26,8

Таблица 2 — Структура нарушений морфогенеза хориона

Показатель	6–10 недель (n = 235)		11–15 недель (n = 264)		16–20 недель (n = 183)	
	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
Нарушение дифференцировки ворсин хориона	195	82,9	205	77,6	135	73,7
Нарушение ангиогенеза ворсин хориона	188	80	106	40	22	12
Гидропическая дистрофия ворин хориона	122	51,9	164	62,1	2	1
Нарушение дифференцировки децидуальной ткани	230	97,8	208	78,7	16	8,7