старше – 0% заболели женщины с семейной историей рака и 8,2% – в группе спорадического рака соответственно.

При анализе негенетических факторов удельный вес факторов соматической патологии (наличие патологии печени, ожирения) в группе спорадического рака с люминальным В-иммунофенотипом был достоверно выше (56,3±8,1 против 24,3±7,6), чем в группе «семейного». И, напротив, удельный вес репродуктивных факторов риска был достоверно выше в группе «семейного» рака с люминальным В-иммунофенотипом (51,4±4,5 против 26,4±7,8).

Заключение. Люминальный В-иммунофенотип РМЖ имеет отличительные особенности в группах спорадического и «семейного» рака. В группе «семейных» ЗНО молочной железы возраст пациенток достоверно ниже, преобладают факторы риска репродуктивной системы, в то время как в группе спорадического рака с люминальным В-иммунофенотипом возраст пациенток выше и преобладают факторы риска хронической соматической патологии.

Самуйленкова О.В.^{1,2}, Бычкова Е.Ю.¹

ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ALK-СТАТУСА ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИМ МЕТОДОМ В КГБУЗ «АЛТАЙСКИЙ КРАЕВОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

¹КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»;
²Алтайский филиал ФГБНУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина», г. Барнаул, Россия

В настоящее время назначение многих диагностических и лечебных мероприятий в онкологии основывается на статистической вероятности получения эффекта, зачастую без учета каких-либо индивидуальных характеристик пациента. Но частота ответа новообразований на лечение противоопухолевыми препаратами находится в пределах 20–40%; таким образом, часть онкологических больных могут получать дорогостоящие лекарственные схемы без заметного результата. Поэтому в последние годы ведется поиск методов, позволяющих прогнозировать эффективность того или иного лечения. Примером такой направленной терапии является применение ингибитора тирозинкиназы ALK – кризотиниба, который назначается только при выявлении транслокации гена *ALK*. Недавние исследования подтвердили, что иммуногистохимическое исследование (ИГХ) является достаточно чувствительным и специфическим методом для определения *ALK*-статуса. Этот метод является надежной и экономически более дешевой альтернативой FISH.

На сегодняшний день подобные исследования делают только в трех городах России: Москве, Барнауле и Ростове-на-Дону. При этом первыми определение *ALK*-статуса при немелкоклеточном раке легкого начали проводить в патологоанатомическом отделении ГУЗ «АКОД» еще в апреле 2014 г. При отработке методики проводилось ретроспективное исследование

50 случаев больных аденокарциномой легкого за последний год с последующим определением транслокации гена *ALK* методом FISH в лаборатории молекулярной диагностики ГБУЗ МГОБ № 62 (Москва). Результаты данных исследований совпали в 100%.

Материалом для исследования служат парафиновые блоки, содержащие опухолевую ткань, полученную при биопсии как на этапе диагностики, так и во время операции, а также ткань из рецидива опухоли. Для проведения ИГХ-реакции отбираются только EGFR-негативные аденокарциномы. Исследование экспрессии *ALK* предполагает просмотр серийных срезов опухолевой ткани, окрашенных гематоксилином и эозином с последующей иммуногистохимической реакцией с антителами VENTANA анти-*ALK* (D5F3). Позитивным считается результат при наличии яркого гранулярного цитоплазматического окрашивания любой доли опухолевых клеток.

С ноября 2014 г. ПАО ГУЗ «АКОД» проводит определение *ALK*-статуса при аденокарциноме легкого для больных как Алтайского края, так и других регионов Сибири. Всего проведено 173 исследования: Алтайский край – 92, Иркутск – 51, Новосибирск – 23, Красноярск – 6, Томск – 1. В 20 случаях проведенная ИГХ-реакция была оценена как позитивная. Процент *ALK*-позитивных опухолей составил 1,15%, что является гораздо меньшим показателем по сравнению с данными, приводимыми в литературе (около 7%).

Таким образом, востребованность проведения ИГХ-определения *ALK*-статуса при аденокарциноме легкого представляется достаточно очевидной и в ближайшее время должно войти в практику, как рутинный метод.

Сихвардт И.А., Леонов О.В., Копыльцов Е.И., Мажбич М.С.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПРИ ПОЗАДИЛОННОЙ ПРОСТАТВЕЗИКУЛЭКТОМИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

БУЗ Омской области «Клинический онкологический диспансер», г. Омск, Россия

За последнее десятилетие заболеваемость раком предстательной железы существенно возросла, и к настоящему времени это заболевание занимает второе место среди онкологических заболеваний у мужчин в развитых странах. Основным и стандартным методом лечения локализованного рака предстательной железы является радикальная простатвезикулэктомия. Выполнение радикальной позадилонной простатвезикулэктомии сопряжено с риском развития эректильной дисфункции и недержания мочи. Необходимо отметить, что клинически значимое недержание мочи после позадилонной простатвезикулэктомии может сохраняться в период от 3–6 до 12 мес. В Российской Федерации у 5–65% пациентов после позадилонной простатвезикулэктомии встречается недержание мочи различной степени выраженности. Недержание мочи после простатвезикулэктомии, требующее использование урологиче-