***Сравнительная характеристика лечебного патоморфоза и уровня апоптоза и пролиферации в опухолевой ткани больных РМЖ***

Надира Саидориповна Шомансурова, Маргарита Собировна Гилдиева, Нигора Анваровна Нигманова.

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз, Ташкент. Ул. Фаробий- 383. e-mail:vivaforever07@mail.ru.

**Цель исследования:** изучение уровня лечебного патоморфоза и их связь с уровнем апотоза и пролиферации

**Материал и методы исследования.** В исследовании приняли участие 90 больных РМЖ, обратившихся в РОНЦ МЗ РУз Был проанализирован уровень апотоза и пролифераци в биопсийном материале опухолевой ткани молочной железы

**Результаты исследования:** Анализ полученных данных показывает, что независимо от стадии опухолевого процесса имеет место лечебный эффект, который позволяет дифференцировать опухоль на чувствительность к лечению и резистентность к проводимой терапии. Важным критерием оценки противоопухолевого эффекта является его подтверждение морфологическими изменениями, степень которых важна как прогностический фактор. После проведенной ПХТ у всех пациентов путем трепан биопсии из опухолевого образования была взята ткань для определения степени лечебного патоморфоза

**Сравнительная характеристика уровней пролиферации, апоптоза и лечебного патоморфоза при лечении больных РМЖ после 2 курсов ПХТ по схеме САF, n=90**

Анализ полученного материала показал, что у 2 (2,2%) пациентов после ПХТ по схеме САF, в секционных срезах этих образцов опухолевых клеток отсутствовал. митотический индекс в опухолевых образцах, который исследовали до лечения был самым низким 4,3‰, а апоптотический индекс самым высоким 10,2%. Частичная регрессия была достигнута у 28/90 пациенток, это составило (31,1%). После проведенных двух курсов ПХТ по схеме САF лечебный патоморфоз III степени был выявлен у 6 из 28 пациенток, что составило 21,4% , а патоморфоз II степени был выявлен у 22 больных- 78,5%. Средний фоновый апоптотический индекс в этой группе больных был равен 9,7±0,2 и превышал пролиферацию в 1,5 раза. Стабилизация процесса после 2 курсов ПХТ была достигнута у 58/90 пациенток, в образцах опухолевой ткани фоновая пролиферация (МИ-8,8‰) незначительно превышала апоптоз (АИ-6,5%). Цитотоксическое действие препаратов было невысоким, лечебный патоморфоз соответствовал II, III, степеням. У 2,2 % (2/90) больных выявлено отсутствие эффекта, а средний фоновый уровень пролиферации превышал апоптоз в 3 раза. Пациенткам (30 женщин), у которых наблюдалась частичная регрессия опухоли была продолжена химиотерапия по схеме CAF. Пациенты, у которых была достигнута стабилизация процесса и отсутствие эффекта (60 женщин) были объединены в одну группу, у которых присутствовала МЛУ. Данной группе больных была изменена схема химиотерапии с CAF на АТ.

 **При изменении схемы химиотерапии** полная регрессия опухоли была достигнута у 4 пациенток, за счет индукция апоптоза, и ингибирования пролиферации в опухолях этих больных были на высоком уровне. В результате лечебный патоморфоз соответствовал IV и V степени. Частичный эффект был достигнут у 54 больных, степень лечебного патоморфоза у этой категории больных соответствовал III и IV степень патоморфоза. Гибель клеток происходила по типу апоптоза (АИ- 8,9±0,3) Стабилизация опухолевого процесса и III степень лечебного патоморфоза наблюдались у 2 пациенток, пролиферация и гибель клеток были на одинаковом уровне. Проведенное исследование после ПХТ с использованием схем СAF и АТ показало что, в опухолевых образцах больных отмечается различный уровень пролиферации и апоптоза, от которых зависит лечебный патоморфоз и эффективность химиотерапии. У 93% больных наблюдался положительный эффект при низком уровне пролиферации (МИ от 0 ‰ до 3,1‰) и высокой индукции апоптоза (АИ от5,5% до 8,9%)

Таким образом изменение предоперационной схемы ПХТ больным с фенотипом МЛУ вызывает более высокую индукцию апоптоза , выраженности лечебного патоморфоза , что в свою очередь ведет к регрессии опухоли, а следовательно улучшению непосредственного и отдаленного результатов лечения