

## ОЦЕНКА ЭКСПРЕССИИ P16<sup>INK4A</sup> В ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ

Шульга А.В.<sup>1</sup>, Равданович А.Ю.<sup>1</sup>, Vodnar M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра патологической анатомии

<sup>2</sup>Department of Pathomorphology, Collegium Medicum in Bydgoszcz, Poland  
Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор Басинский В.А.

Быстрый рост, раннее метастазирование, неудовлетворительные результаты лечения распространенных форм – все это дает основание считать рак яичников (РЯ) одной из наиболее злокачественных опухолей с крайне неблагоприятным прогнозом. [Berrino F. et al., 2007]. Заболеваемость раком яичников остается высокой в индустриально развитых странах [Saika K., Sobue T., 2013]. Именно поэтому одной из актуальных задач остается объективизация прогноза заболевания, позволяющая вносить коррективу в проводимое лечение. P16 играет ключевую роль в контроле клеточного цикла, блокируя сигнальный путь циклин-D-Rb. Теоретически белок P16 является супрессором роста опухолей. Однако прогностическое значение указанного маркера при различных новообразованиях яичников (доброкачественных, пограничных, злокачественных) с учетом гистологического строения остается спорным и до конца не изученным [Schlosshauer P., 2012].

**Целью** нашей работы было определение особенностей экспрессии P16 в эпителиальных опухолях яичников разной степени злокачественности и гистологического строения.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования послужили 100 случаев опухолей яичников, выявленных у женщин Гродненской области в возрасте от 29 до 79 лет в 2008-2012 гг. Клинические данные о пациентах получены из медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты) и канцер-регистра. Кроме гистологической структуры (ВОЗ, 2003) и степени дифференцировки (G) опухолей учитывали соотношение паренхиматозного и стромального компонентов, площадь спонтанных некрозов и кровоизлияний, выраженность и локализацию лейкоцитарной инфильтрации, плотность микрососудистого компонента, инвазию в кровеносные сосуды. Во всех случаях проведено окрашивание с коммерческими антителами к P16<sup>INK4A</sup> (1:500) с оценкой интенсивности реакции в паренхиме и строме опухолей. Статистическая обработка проводилась с использованием стандартного пакета прикладных программ Statistica.

**Результаты.** При морфологическом исследовании было выявлено 63 случая злокачественных карцином, 15 и 22 пограничных опухолей и доброкачественных опухолей, соответственно. Наиболее частым гистологическим типом РЯ был серозный (44), в 8 наблюдениях выявлена эндометриоидная аденокарцинома, в 10 – муцинозный вариант, а в 1 – светлоклеточный рак. Пограничные опухоли были представлены 10 муцинозными и 5 серозными опухолями. Было выявлено 14 серозных и 8 случаев муцинозных цистаденом, соответственно. При этом в 15 наблюдениях степень дифференцировки рака была отнесена к G1, в 28 – к G2, а в 20 – к G3. Первая стадия, согласно классификации FIGO, была установлена у 8 женщин, вторая – у 12, а генерализация процесса наблюдалась в 43 случаях (третья стадия – 38, четвертая – 5). При муцинозном и эндометриоидном варианте рака преобладал G1, а серозный и светлоклеточный вариант чаще были умеренно- и низкодифференцированными.

Экспрессия маркера наблюдалась преимущественно в ядрах опухолевых и стромальных клеток. Позитивная реакция с антителами к p16 определялась в 65 новообразованиях яичников, а выраженная экспрессия – в 40 опухолях. Отсутствовала зависимость между степенью дифференцировки, клинической стадией, наличием регионарных метастазов и уровнем экспрессии маркера.

**Выводы.** Увеличение суммарной экспрессии, интенсивности и распространенности реакции с антителами к p 16 характерно для злокачественных и пограничных опухолей в сравнении с доброкачественными новообразованиями (p<0,05).