

заболевания. К онкомаркерам относится большая группа факторов, обнаруживаемых в злокачественных и ассоциированных со злокачественным ростом клетках. Они представляют собой макромолекулы, в основном белки с углеводным или липидным компонентом. От соединений, продуцируемых нормальными клетками, они отличаются или качественно (опухолеспецифичные) или количественно (ассоциированные с опухолью, но присутствующие также и в нормальных клетках). Они формируются внутри или на поверхности опухолевых клеток, или же в результате индукции образуются в других клетках. Часть онкомаркеров секретируется в кровь, благодаря чему их концентрацию можно определить с помощью иммуноферментного анализа.

Маркеры опухолевого роста можно подразделить на различные классы:

1. иммунологические - ассоциированные с опухолью антигены или антитела к ним;
2. гормоны - (ХГЧ, адренотропный гормон);
3. ферменты - фосфатазы, лактатдегидрогеназы и др.;
4. продукты обмена - креатин, гидроксипролин, полиамины, свободная ДНК;
5. белки плазмы - ферритин, церулоплазмин, β 2-микроглобулин;
6. белковые продукты распада опухолей

Наиболее информативными онкомаркерами заболеваний ЖКТ являются: СА242 - для диагностики, мониторинга и прогноза рака поджелудочной железы, рака толстого кишечника и прямой кишки, рака желудка; SCCA - при плоскоклеточном раке пищевода; α -фетопротеин - гепатоцеллюлярной карциноме, раково-эмбриональный антиген - при раке прямой кишки; углеводный антиген (СА-19-9) - маркер выбора при карциноме поджелудочной

железы; СА 72-4 - рак толстого кишечника, поджелудочной железы, желудка.

Скорость возрастания уровня опухолевого маркера обычно позволяет делать заключение о наличии и природе развития заболевания, в частности, о метастазировании. Динамика уровня маркера представляет большой интерес, чем единичное значение уровня, взятое само по себе. При регулярном наблюдении за уровнем маркеров, информативных для опухоли конкретной локализации, можно обнаружить метастазы за 4-6 месяцев до их клинического выявления. В процессе лечения или после операции отсутствие снижения концентрации опухолевых маркеров означает неэффективность выбранного способа лечения (нерадикальность операции). Отклонения уровня одного или более маркеров опухолевого роста отмечены у 80—90 % больных, однако, из-за гетерогенности морфологической и гистохимической структуры опухолей необходим индивидуальный подход к подбору комплекса продуцируемых опухолью маркеров.

Согласно рекомендациям ВОЗ определение онкомаркеров в группе риска необходимо проводить 2 раза в год с целью ранней диагностики раковых заболеваний, а мониторинг эффективности лечения проводится по следующему алгоритму: 1 раз в месяц в течение первого года после лечения, 1 раз в 2 месяца в течение второго года после лечения, 1 раз в 3 месяца в течение третьего года наблюдения.

К сожалению, до сих пор не охарактеризован ни один опухолевый маркер, обладающий 100% специфичностью по отношению к какому-либо органу (исключением можно считать простатоспецифический антиген), однако известные используемые опухолевые маркеры при рациональном использовании комбинаций и правильной интерпретации являются предикторами опухолевых заболеваний.

Интерпретация данных ЭРХПГ в диагностике рака поджелудочной железы

Меньшикова И.Л., Байжанов А.С.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Диагностика рака поджелудочной железы и на сегодняшний день остается сложной проблемой. Широкодоступным и достаточно информативным является ультразвуковое исследование, хотя визуализация поджелудочной железы, а особенно ее дистальных отделов, в большом количестве случаев, оказывается сложной. Наиболее распространенным методом в настоящее время является компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.

Однако наиболее точным и информативным методом в отношении диагностики рака поджелудочной железы остается рентгенэндоскопическое исследование - ретроградная холангиопанкреатография.

Цель исследования: Улучшить диагностику и дифференциальную диагностику рака поджелудочной железы по данным ЭРХПГ с морфологической верификацией рака поджелудочной железы путем цитологического исследования аспирата сока поджелудочной железы.

Материал и методы исследования: Нами произведено сочетанное рентгенэндоскопическое исследование 92 пациентам с подозрением на опухоль поджелудочной железы.

Результаты: При этом успешная канюляция устья БДС была достигнута в 87 случаях (94,6%). У 4 больных введение катетера в Фатеров сосок было невозможным в связи с распространением и прорастанием опухоли в 12-перстную кишку и область папиллы, поэтому им была произведена биопсия для гистологического исследования. Во всех случаях морфологическое заключение - аденокарцинома. У 1 больного БДС располагался внутри дивертикула, в связи с

чем попытки катетеризации закончились безуспешно.

В остальных 87 наблюдениях нами успешно произведена катетеризация с контрастированием. Учитывая, что все пациенты были с подозрением на заболевание поджелудочной железы, основной задачей было контрастирование протоковой системы панкреас. В результате, визуализация обеих протоковых систем (желчевыводящих протоков и Вирсунгова протока с ветвями) была достигнута у 76 пациентов (87,4%), только поджелудочной железы - у 11 (12,6%).

Для морфологической верификации нами произведен забор сока из протоков поджелудочной железы у 62 больных с последующим цитологическим исследованием. При этом, опухолевые клетки обнаружены в 21 (33,9%) случаях.

В результате анализа рентгенограмм, выделены следующие клинические формы рака поджелудочной железы:

1. Рак головки - 64 (73,5%)
2. Рак тела - 12 (13,8%)
3. Рак хвоста - 5 (5,8%)
4. Тотальное - у 6 (6,9%) пациентов.

На ретроградных рентгенограммах были выделены четыре основных вида изменений:

1. Блокада главного панкреатического протока;
2. Стенозирование протока, сочетающееся с патологическим супрастенотическим расширением;
3. Неровность контуров и сужение протока;
4. Аномальное строение ветвей панкреатического протока.

Заключение: Ретроградная холангиопанкреатография с аспирационной биопсией является высокоинформативным диагностическим методом, позволяющим установить точную локализацию, протяженность опухоли при раке

поджелудочной железы, а во многих случаях путем взятия аспирата из панкреатического протока верифицировать диагноз.

Морфологические особенности ГЭРБ

Мулдашева П.А.

ЗГМУ им. Марата Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

Целью настоящей работы явилось изучение морфологических особенностей рефлюкс-эзофагита (РЭ) у больных ГЭРБ (гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью), ассоциированной с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом (ДГЭР).

Материалы и методы: обследованы 52 больных ГЭРБ (средний возраст $50,87 \pm 11,7$ лет), с наличием в составе рефлюктанта дуоденального содержимого. Диагноз ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, верифицирован при клинико-функциональном и эндоскопическом исследовании с биопсией СП (слизистой пищевода) и СЖ (слизистой желудка), оценкой уреазной активности в биоптатах СОЖ с помощью «Хелпил» и «Urea – Hp» тестов. Полученные при биопсии фрагменты слизистой пищевода и желудка фиксировали в 10% забуференном формалине по Лили, после обезвоживания заливали по общепринятой методике в парафин и готовили срезы толщиной 5-7 мкм, после депарафинизации окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты: При гистологическом исследовании биоптатов признаки воспаления в дистальном отделе пищевода, обусловленные хроническим воздействием желудочного рефлюктанта, были представлены преобладанием дистрофических изменений, наиболее выраженных в поверхностных слоях эпителиального пласта. В эпителии

отмечались резкое расширение капилляров, признаки дисциркуляторных изменений, стаза, эритропедеза, отека и вакуолизации, баллонной дистрофии клеток, инфильтрация стромы. Чаще всего изменения в слизистой оболочке пищевода характеризовались признаками гиперкератоза и акантоза, проявляющихся утолщением эпителия слизистой оболочки с удлинением межсосочковых отростков. Выявлялись утолщение и склероз базальной мембраны, как отражение повреждения более глубоких слоев эпителия и более существенных процессов дисрегенерации и атрофии, явления лейкоплакии слизистой оболочки пищевода, папилломатоз. Желудочная метаплазия в слизистой дистального отдела пищевода была у 17,3% пациентов, в 7,7% наблюдалась кишечная метаплазия, диспластические процессы тяжелой степени у 3,8%, аденокарцинома пищевода выявлена у 1,9% пациентов. Обсемененность *Helicobacter pylori* в антральном отделе желудка составляла 65,7%, в слизистой пищевода (в участках метаплазированного эпителия) – у 11,1% пациентов.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о значимости раннего морфологического исследования СП при ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, для распознавания воспалительных и предраковых изменений в пищеводе.

Распространенность патологии поджелудочной железы и желчевыводящих путей у детей Семипалатинского региона

Мусабеева Ж.А., Дадамбаев Е.Т., Файзуллина Д.К., Алимбаева А.Р., Оралбекова Л.С.
Государственный медицинский университет г. Семей

Проблема заболеваний гепатобилиарной системы и панкреатитов, применительно к педиатрической практике, представляется достаточно сложной и противоречивой. Точная частота их неизвестна. Одним из самых простых и при этом эффективных методов исследования внутренних органов является ультразвуковое исследование. Организм «просвечивается» звуком высокой частоты, который практически безвреден для организма.

Цель работы: Проанализировать распространенность заболеваний гепатобилиарной системы и поджелудочной железы у детей Семипалатинского региона за период с 2007-09 гг.

Материалы и методы: Проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости 6588 детям 6-14 лет.

Результаты: Из общего количества обследованных детей городского составили 4788 (72,7%), сельские – 1800 (27,3%) случаев, что возможно связано с особенностями питания и образа жизни городских и сельских детей. Среди них мальчиков было 2814 (42,7%), девочек – 3774 (57,3%). Преобладание девочек, преимущественно за счет заболеваний желчевыводящих путей, подтверждает предрасположенность лиц женского пола к холециститам и функциональным расстройствам желчных путей. По результатам ультразвукового исследования органов брюшной полости отмечается большая частота холециститов и холецистопатий – 2943 случая (44,7%). Функциональные расстройства желчных путей, развивающиеся в результате дисфункции желчного пузыря, желчных протоков и их

сфинктеров и широко используемые до настоящего времени отечественными педиатрами как термин «дискинезии желчевыводящих путей», составили 1974 случая (29,9%). Реактивные изменения поджелудочной железы, в виде повышенной эхогенности и неоднородности эхоструктуры, у детей наблюдались лишь в 207 случаях (3,1%), что связано с высокими резервными возможностями этого органа у детей. Анализ результатов ультразвукового исследования органов брюшной полости показал преобладание в 2007 году холециститов и холецистопатий – 981 случаев, на втором месте по частоте функциональные расстройства желчных путей - 658 случая, и на третьем месте реактивные панкреатиты - 69 случаев. В 2008 году отмечается некоторое снижение случаев холециститов и холецистопатий до 705 и возрастание случаев панкреатитов и функциональных расстройств желчных путей, до 85 и 725 соответственно. В 2009 году наблюдается значительный рост частоты холециститов и холецистопатий до 1257 случаев, некоторое снижение панкреатитов и функциональных расстройств желчных путей до 53 и 591 соответственно. Распределение заболеваний гепатобилиарной системы и поджелудочной железы в динамике за период с 2007 - 2009 гг. выявило значительный рост частоты холециститов и холецистопатий у детей. В практической деятельности педиатра наиболее часто встречаются сочетанные патологические состояния, характеризующиеся функциональными расстройствами желчного пузыря и изменениями в смежных органах пищеварения, что связано с патофизиологическими меха-