ххххххххххххххххххххххххххххххххххххххххххххххххххххххх

# МАРКЁРЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

**ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

## Составила студентка

х курса х группы

хххххххххххххххх

хххххххххххххххх

### Москва

**2003**

План

1. Рак желудка
2. Рак поджелудочной железы
3. Рак печени или первичная (не метастатическая) карцинома или гепатома
4. Рак толстого кишечника

РАК ЖЕЛУДКА

Самый частовстречающийся рак в Восточной Европе. Чаще всего (90-95% всех опухолей желудка) опухоль является аденокарциномой, то есть происходит из эпителия желез желудка. **Причиной** рака желудка не так довно стали считеть геликобактер пилори – Helicobacter pylori – микроорганизм, представляющий собой короткую изогнутую (или S-образную) подвижную Грам (-) палочку с колбовидным утолщением на конце и с 4-7 жгутиками. Этот миктоб – единственный, который в состоянии жить в резко кислой среде желудка. Он так же является причиной гастрита, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. **Факторы риска** – это такие факторы, при наличии которых возрастает заболеть тем или иным заболеванием. Это не значит, что вероятность заболеть равна 100%. Необходимо сочетание нескольких факторовриска плюс наследственная предрасположенность к заболеванию. Некоторые факторы риска можно полностью исключить, например курение, и тогда риск возникновения заболевания значительно уменьшится. **Для рака желудка существуют следующие факторы риска:** 1. группа крови А (II) 2. мужской пол 3. возраст 50-75 лет 4. дефицит витаминов А, Е и С и селена 5. преобладание в рационе мясной пищи над растительной 6. частое употребление в пищу соленой и копченой рыба и мяса (пищевые консерванты, используемые при солении и копчении, являются канцерогенами) 7. рак желудка у близких родственников 8. В12-дефицитная анемия 9. атрофический гастрит 10. перенесенная 10 – 20 лет назад гастрэктомия 11. полипы желудка 12. иммунодефицит 13. низкое социальное положение.

**Клиника:** Чувство насыщения после приема небольшого количества пищи, рвота после еды, боль в эпигастрии, снижение аппетита, отвращение к мясной пище, похудение, слабость, утомляемость. Пальпируется увеличенный лимфоузел в надключичной области справа – вирховский метастаз (по имени автора, впервые его обнаружившего).. Не редки метастазы и в подмышечные лимфоузлы. Самые частые метастазы – в печень. Они протекают с соответствующей клинической картиной: появляются боли в правом подреберьи, печень увеличивается в размерах, развивается желтаха и асцит. **Диагноз** подтверждается рентгенологическиили при фиброгастроскопии. Обязательно проведение биопсии опухоли при фиброгастроскопии: специальным приспособлением отщипывают кусочек опухоли, извлекают его из желудка, фиксируют, окрашивают и изучают под микроскопом. **Выздоровление** наблюдается 35-63% случаев.

Пациентам с подозрением на рак желудка рекомендуется определять в крови до начала лечения **раковый эмбрионалиный антиген, альфа-фетопротеин, хорионический гонадотропин и раковый антиген СА 19-9**. После каждого курса лечения необходимо повторять анализ, а затем исследовать кровь на онкомаркёры один раз в квартал в течении 5 лет.

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Он занимает второе место после рака толстой кишки по причине смертности. Возникает из экзокринного эпителия протоков железы. Экзокринный эпителий – это тот, который вырабатывает и выделяет в просвет 12-перстной кишки пищеварительный секрет поджелудочной железы, в состав которого входят ферменты, участвующие в переваривании пищи. **Факторы риска:** 1. мужской пол 2. возраст 55-65 лет 3. хронический панкреатит 4. курение 5. сахарный диабет 6. воздействие инсектицидов (ДДТ - дуста) 7. избыток жира в пище. **Клиника:** боли в эпигастрии после еды с иррадиацией в спину, которые уменьшаются в положении сидя или с согнутыми коленями, боли в околопупочной области, понос, желтуха, похудение. Клиника появляется в далеко зашедших случаях рака железы. **Метастазирует** эта опухоль в печень. **Исходы:** выздоровление в 3% случаев, так как рак чаще всего диагностируется в 3-4 стадии, так как установление диагноза вызывает затруднения. Это связано с тем, что ни компьютерная томография, ни чрезкожное ультразвуковое исследование жалезы не дает возиожность подтвердить или опровергнуть диагноз. Необходимо проводить ультразвуковое исследование, вскрыв брюшную полость или введя аппарат УЗИ в полость желудка. Такое обстедование провести не всегда представляется возможным. Поэтому возрастает роль определения опухолевого маркёра карциномы пожделудочной железы. Маркёр рака пожелудочной железы – РАКОВЫЙ АНТИГЕН СА 19-9 – единственный маркёр из всех известных, используемый в ранней диагностике заболевания. Он вырабатывается клетками рака поджелудочной железы. В норме его уровень в периферической крови равен 0-37 ЕД/мл.

При помощи этого мркёра можно отличить панкреатит (воспаление поджелудочной железы) от рака поджелудочной железы: при панкреатите уровень этого маркёра в крови повышается от 37 до 120 ЕД/мл, а при раке свыше 120 ЕД/мл.

Для ранней диагностики раки поджелудочной железы лица, имеющие факторы риска, должны проходить исследование крови на уровень РАКОВОГО АНТИГЕНА СА 19-9 не реже 4 раз в год.

Следует исследовать кровь пациентов и на наличие в ней ракового эмбрионального антигена и хорионического гонадотропина в связи с тем, что эти маркёры могут повышаться при раке поджелудочной железы. Необходимо определять и альфа-фетопротеин, так как рак поджелудочной железы дает метастазы в печень.

РАК ПЕЧЕНИ ИЛИ ПЕРВИЧНАЯ (НЕ МЕТАСТАТИЧЕСКАЯ) КАРЦИНОМА ИЛИ ГЕПАТОМА

**Этиология:** вирус гепатита В и, в большей степени, С. **Факторы риска:** 1. хронический гепатит и цирроз печени 2. попадание в пищу афлотоксина, который вырабатывает плесневый грибок, живущий на зернах злаков и арахисе. 3. длительное лечение андрогенами 4. глистная инвазия – китайский сосальщик и японская шистозома 5. длительный прием противозачаточных таблетированных средств 6. длительный прием анаболиков 7. злоупотребление алкоголем 8. контакт с винилхлоридом (он применяется при изготовлении пластмасс) 9. мужской пол 10. возраст старше 55 лет. Хронический гепатит и цирроз печени являются наиболее частыми заболеваниями, предшествующими раку печени. **Клиника:** тошнота, рвота, боли в животе и правом подреберьи, увеличение печени, асцит, снижение аппетита, похудение, слабость. Характерно появление на коже лица и грудной клетки сосудистых звездочек – телеангиоэктазий. Развивается пальмарная эритема - гиперемия – краснота – кожи на ладонях. **Диагноз** основывается на изменениях биохимических показателей крови, указывающих на процесс в печени, сканирование печени с радиоактивным технецием, ультразвуовом исследовании печени, компьютерной томографии, чрезкожной биопсии печени. Выздоровление на блюдается примерно в 30% случаев

АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИН. Определение альфа-ветопротеина определяется у здоровых людей, тогда как у опухоленосителей он можетвозрасти в десятки раз. Уровень альфа-фетопротеина, превышающий 400нг/мл однозначно указывает на наличие первичного рака печени. Доброкачественные хронические заболевания печени могут стать причиной увеличения альфа-фетопротеина, но его уровень никогда не бывает таким высоким. Концентрация альфа-фетопротеина тем выше, чем больше размер опухоли. Если опухоль имеет размер меньше 2 см, концентрация альфа-фетопротеина в крови остается в норме.

Пациент с хроническим гепатитом и циррозом печени рекомендуется 1 раз в квартал исследовать кровь на наличие в ней альфа-фетопротеина и проводить ультразвуковое исследование печени. В норме концентрация альфа-фетопротеина – 0-15нг/мл

Концентрация альфа-фетопротеина в крови значительно повышется так же при раке яичников у женщин и раке яичка у мужчин.

РАК ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Занимает второе место после рака легких у мужчин и рака молочной железы у женщин. Чаще всего это аденокарцинома – опухоли состоящая из клеток железистого эпителия. **Факторы риска:** 1. преобладание в рационе мясной пищи (особенно говядины и свинины) над растительной 2. злоупотреблениеживотными жирами 3. профессиональные вредности – поизводство асбеста, лесопилка 4. рак толстой кишки у родственников 5. язвенный колит 6. полипы толсого кишечника 7. рак женских половых органов и молочной железы 7. иммунодефицит. **Клиника:** схваткообразная боль вживоте, запоры, кровь в кале, железодефицитная анемия, утомляемость, слабость. Может развиться клиника кишечной непроходимости. Диагноз устанавливается при помощи рентгенологического исследования. Излечение наблюдается в 45-58% случаев.

Маркёры, которые дают информацию при раке толстого кишечника: раковый эмбриональный антиген, хорионический гонадотропин. Устойчивое повышение концентрации ракового эмбрионального антигена наблюдается при плохой реакции на терапию или при рецидиве заболевания. В некоторых случаяхповышение его уровня предшествовало появлению клиники. Необходимо обследовать больного до начала лечения и сразу после первого курса. Если уровень остался прежним – лечение не эффективно. Возрастание концентрации маркёрачерез некоторое время после лечения сигнализирует о появлении рецидива или метастазов.

Реферат составлен по материалам конференции «Маркёры злокачественных новообразований внутренних органов» проводимой преподавателем терапии и клинической фармакологии Авиловой Ольгой Анатольевной в московском медицинском училище №23.

Для качающих: в ММУ№23 лучше не таскайте завалят на 100%, на конференции сидели почти все преподы клинических дисциплин