

проф. Хасанов Ш.Р.,
Шаханова Ш. Ш.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДАННЫХ УЗИ И ОНКОМАРКЕРА СА-125 ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ РАКА ЯИЧНИКОВ.

Самаркандский Медицинский Институт (ректор проф. Шамсиев А.М.)

Из ассоциированных опухолевых антигенов наиболее изучен СА-125. Данный опухолевый маркер представляет собой гликопротеиновый антиген, вырабатываемый клетками серозных злокачественных опухолей яичников и определяемый с помощью моноклональных антител. СА-125 не является строго специфичным только для рака яичника, его уровень может быть повышен при циррозе печени, остром панкреатите, эндомет-риозе, миоме матки, беременности. Верхней границей нормы СА 125 для 94% здоровых лиц является уровень менее 35 ЕД/мл. У женщин в менопаузе дискриминационный уровень составляет менее 20 ЕД/мл. Уровень СА 125 у пациентов с раком яичников после лечения должен быть менее 10 ЕД/мл. При серозном раке яичников СА-125 является основным опухолеассоциированным маркером. Отмечена взаимосвязь между исходным уровнем СА-125 до начала лечения и продолжительностью жизни этих больных. При полной ремиссии в отсутствие опухоли уровень СА 125 должен быть близким к нулю. Увеличение концентрации маркера на фоне ремиссии должно стать основанием для комплексного углубленного обследования больной с целью выявления рецидива заболевания.

В настоящем исследовании мы изучили возможности и взаимосвязь данных ультразвукового и иммунологического методов при диагностике прогрессирования рака яичников. Нами проведен анализ колебаний уровня концентрации СА-125 до комбинированного лечения, по достижению клинической ремиссии и при возникновении рецидива РЯ. При ретроспективном анализе историй болезней 81 пациенток находящихся под нашим наблюдением у 70 (86,4%) из них было отмечено повышение уровня СА-125 в сыворотке крови до первичного лечения. Частота антиген положительных результатов зависела от стадии заболевания. При III-IV стадиях концентрация онкомаркера в сыворотке крови больных превышала норму в 93,2% случаев, при ранних стадиях это значение достигало лишь 51,2%. Уровень концентрации опухолеассоциированного антигена СА-125 при первичной диагностике РЯ колебался в широких пределах: от 35 ЕД/мл до 5600 ЕД/мл. У больных с асцитной формой заболевания

отмечался наиболее высокий показатель уровня СА-125. Это связано с секрецией маркера не только опухолевыми клетками, но и клетками реактивного мезотелия при диссеминации процесса по брюшине. Высокий уровень СА-125 регистрировался даже при маленьких первичных опухолях, с множеством мелких метастазов по брюшине, то есть коррелировал со степенью распространенности процесса. Для оценки информативности и специфичности ультразвукового и иммунологического методов при выявлении рецидивов РЯ мы проанализировали данные эхографии и уровень онкомаркера в сыворотке крови больных и разделили их на 2 группы. В первую группу вошли пациентки (n=60) у которых при комплексном обследовании выявлен рецидив первичной опухоли. Вторую группу составили больные (n=21) у которых признаков прогрессирования заболевания не было. После комбинированного лечения у всех пациенток уровень маркера снижлся, нами отмечена выраженная тенденция к уменьшению уровня СА-125 через 10 дней после операции. У больных первой группы уровень СА-125 в период ремиссии в среднем составил 12,1 ЕД/мл. В группе больных без рецидивов заболевания (II группа) средние значения онкомаркера составили $4,7 \pm 2,7$ ЕД/мл. При прогрессировании заболевания в большинстве случаев (87,5%) отмечалось повышение онкомаркера выше 35 ЕД/мл. Более 50 % женщин имели уровень онкомаркера выше 300 ЕД/мл, и только у 8 (13,3%) пациенток уровень опухолеассоциированного маркера СА-125 был ниже дискриминационного $4,3 \pm 6,2$ ЕД/мл. Нами изучена корреляция уровня онкомаркера СА-125 и данных ультразвукового исследования у пациенток I группы. В 43 (71,6%) наблюдениях повышение концентрации СА-125 в сыворотке крови больных и данные УЗИ коррелировали между собой и независимо диагностировали возврат болезни. Средний уровень маркера у данной категории пациенток при рецидиве составлял 295 ± 41 ЕД/мл. Следует отметить, что большинство пациенток имели отягощающие факторы прогноза, такие как III-ГУ стадия РЯ, низкая степень дифференцировки, асцит до лечения. В 10 (16,6%) случаях изолированно повышался уровень СА-125 в сыворотке крови больных от 36 ЕД/мл до 86 ± 13 ЕД/мл при отсутствии явных

данных УЗИ о наличии патологических объемных образований. Больные не предъявляли жалоб, самочувствие их не страдало, лишь повышение маркера послужило основанием для углубленной диагностики рецидивов РЯ. При стойком повышении концентрации онкомаркера СА-125 более чем на 50% в течение последующих 2-6 месяцев определялся клинический рецидив. При УЗИ визуализировали появления опухолевых масс в малом тазу, асцитической жидкости. На фоне асцита опухолевые узлы хорошо визуализировались по брюшине в виде сосочковых структур. Однако у 8 (13,3%) женщин наоборот уровень СА-125 был ниже дискретного и не повышался в пределах нормального диапазона, а при УЗИ был обнаружен рецидив РЯ за 3Л месяца до повышения (выше дискретного) уровня СА-125. Ультразвуковыми критериями прогрессирования РЯ у этих пациенток были рецидивные опухоли размером $10,2 \pm 4,7$ мм. Чаще всего они имели гипозохогенную солидную структуру, округлую форму и локализовались в прикультевой области.

Выводы: на основании наших исследований можно прийти к заключению что одновременно использование УЗИ и определения онкомаркера СА-125 является основным звеном при диагностике и определения эффективности лечения больных раком яичников.