

ванные опухоли – 118 пациентов (55,92 %), у 54 пациентов (25,59 %) высокодифференцированные, у 26 пациентов (12,32 %) низкодифференцированные, у 1 пациента (0,47 % случаев) недифференцированная. У 122 пациентов поражены регионарные лимфатические узлы (57,82 %).

По результатам биопсии 167 реципиентам (77,85 %) провели оперативное лечение. Среди которых: 153 (91,63 %) пациентам провели радикальную операцию, 8 пациентам (4,79 %) – симптоматические операции (сигмостомия), 3 пациентам (1,79 %) – диагностические, 3 (1,79 %) – паллиативные операции (циторедуктивные).

Выводы

Мужчины в 1,6375 раз чаще подвержены образованию РПК, чем женщины.

В большинстве случаев РПК впервые диагностируется у пациентов в возрасте 61–70 лет (29,38 %).

В ходе гистологических исследований установлено, что наиболее часто встречается тубулярная аденокарцинома – 81,99 %.

Наиболее часто встречается умереннодифференцированная опухоль, диагностируемая в 55,92 % случаев. Высокодифференцированная опухоль выявляется в 25,59 % случаев, низкодифференцированная – в 12,32 %. Недифференцированная опухоль является наиболее редкой (0,47 %).

Опухоль в 60,66 % прорастает во все слои стенки кишечника, затрагивает окружающую клетчатку в 62,56 % случаев. В 57,82 % опухоль затрагивает лимфатические узлы.

Наиболее распространенным методом лечения являются радикальные операции (77,85 %).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Загребин, В. М. Морфометрическая характеристика клеток воспалительного инфильтрата необлученного и облученного рака прямой кишки / В. М. Загребин // Мед. радиология. – 1986. – Т. 31, № 3. – С. 41–43.

УДК 616.34-006.6:577.112]-07

А. В. Ярошно

Научный руководитель: ассистент кафедры Ч. А. А. Д. Виракоон

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РОЛЬ АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Введение

Опухоли могут возникать из эпителиальной, соединительной ткани, клеток печени и желчных протоков, эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов.

По статистике ВОЗ на 2020 г. в структуре заболеваемости опухоли печени составили 4,7 % (905 677 случаев): Европа 2 % (87 630); Азия 6,9 % (656 992). При этом в структуре смертности во всем мире составили 8,3 % (830 180); Европа 4 % (78 415); Азия 10,5 % (608 898). Если рассмотреть стандартизированные показатели в мире, для обоих полов, всех возрастов, можно сделать вывод: опухолевые заболевания печени занимают седьмое место.

Согласно статистике ВОЗ, в 2020 году средняя заболеваемость в мире составила 14,1 случая на 100 тысяч у мужчин и 5,2 на 100 тысяч у женщин. В соответствии с данными интенсивными показателями мужчины болеют раком печени в 2–3 раза чаще, чем женщины.

ны. Это можно объяснить большей частотой носительства HBV. Также, среди мужского населения рак печени занимает пятое место после рака легкого, простаты, колоректального рака и рака желудка, при этом занимает второе место после рака легкого в структуре смертности от онкологических заболеваний [1].

Гепатоцеллюлярный рак (ГЦР) – наиболее часто встречающаяся эпителиальная злокачественная опухоль печени. На его долю приходится около 85 % всех первичных злокачественных поражений печени. Реже встречаются холангиокарциномы (ХЦР, или холангиоцеллюлярный рак, ХК) – злокачественная опухоль, происходящая из эпителия внутрипеченочных желчных протоков, смешанные гепатохолангиокарциномы, а также фиброламеллярная карцинома (ФЛК).

Как правило, ГЦР развивается, на фоне хронического воспаления любой этиологии (вирусные гепатиты В и С, алкогольный и первичный билиарный и криптогенный цирроз), неалкогольного стеатогепатита, аутоиммунного гепатита, вследствие экзогенных токсических повреждений печени (афлотоксины, винилхлорид), а также при наследственных заболеваниях (дефицит альфа-1-антитрипсина, тирозинемия и гемохроматоз) и нарушениях иммунной системы, повреждающих печень с исходом в хронический гепатит и цирроз) [1, 2].

Наиболее часто ГЦР возникает на фоне вирусного поражения печени, а также на фоне цирроза, поэтому для определения тяжести заболевания используют классификация Child-Pugh (таблица 1).

Таблица 1 – Классификация степени тяжести цирроза печени по Child-Pugh

Параметр	Количество баллов		
	1	2	3
Билирубин, ммоль/л	< 34	34–51	> 51
Альбумин, г/л	> 35	35–28	< 28
Асцит	Отсутствует	Незначительный	Умеренный
Энцефалопатия	Нет	Грейд 1–2	Грейд 3–4
Протромбиновое время, с	1–3	4–6	6
МНО	< 1,8	1,8–2,3	> 2,3

Интерпретация результатов:

5–6 баллов – А класс (легко компенсированное заболевание),

7–9 баллов – В класс (значительные нарушения функции),

10–15 баллов – С класс (декомпенсированное заболевание) [3].

В 1956 году С. Bergstrand и соавторы выделили «эмбрионспецифичный белок» из сыворотки крови плода. Позже, в 1962 году, на VIII Международном конгрессе по онкологии, Г.И. Абелев и соавторы сообщили об обнаружении больших количеств «специфического антигена гепатомы» в крови и экстрактах печени мышинных эмбрионов, а также в крови мышей с гепатомой. В последующие годы (1963–1964) Ю. С. Татаринев выделил эмбрионспецифичный α -глобулин (альфа-фетопроtein, или АФП) из сыворотки крови людей с гепатоцеллюлярной карциномой. Именно Ю. С. Татариневу впервые удалось охарактеризовать химическую структуру этого белка. В 1964–1968 годах определение АФП широко использовалось в Восточной Африке и других африканских регионах для выявления пациентов с гепатоцеллюлярной карциномой, поскольку эти регионы Африки являются эндемичными зонами по этому заболеванию. В ходе этих исследований было установлено, что АФП также обнаруживается в крови пациентов с тестикулярной тератобластомой и герминомой яичников.

Биопсия и цитологическое исследование опухоли печени в соответствии с Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 60 не проводится при АФП > 400 или при росте АФП в динамике у пациентов в группах риска (гепатит/цирроз) при визуализации очаговых образований и типичной картине ГЦР при компьютерной томографии, так как диагноз уже считается подтвержденным [3].

Рост АФП может сопровождать различные онкологические заболевания, но наиболее характерен для первичных злокачественных опухолей, развивающихся в печени (гепатоцеллюлярный рак) – до 70 % случаев, эмбриональноклеточных опухолей яичек, гепатобластом, тератом, появления метастазов в печени – 9 % и опухолей других локализаций [4].

Цель

Проанализировать показатели уровня АФП у лиц с установленным диагнозом ГЦР.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе УЗ «Гомельский областной онкологический клинический диспансер». Анализируемую группу составили 25 человек с опухолевым поражением печени за период 2020–2022 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведен ретроспективный анализ результатов уровня альфа-фетопротеина у 25 пациентов, 16 (64 %) из которых с установленным диагнозом ГЦР, 9 (36 %) человек составили группу других опухолевых заболеваний. Группу исследования составили 19 мужчин (76 %) и 6 женщин (24 %) в возрасте от 34 до 76 лет (средний возраст $60,4 \pm 11,8$ лет).

Таблица 2 – Результаты исследования группы лиц с заболеванием печени

Исследуемая группа	АФП > 400 МЕ/мл	АФП < 400 МЕ/мл	КТ-картина соответствует ГЦР
ГЦР (n = 16)	10 (62,5 %)	6 (37,5 %)	12 (75 %)
Другие опухолевые заболевания печени (n = 9)	2 (22,2 %)	7 (77,8 %)	0 (0 %)

Выводы

В ходе исследования был проведен анализ показателей уровня альфа-фетопротеина при различных опухолевых заболеваниях печени. Согласно результатам было установлено, что при диагнозе ГЦР:

1. АФП > 400 МЕ/мл в 10 (62,5 %) случаях, сохраняется в норме в 6 (37,5 %) случаях.
2. КТ-картина соответствует диагнозу в 12 (75 %) случаях.

При этом уровень АФП увеличивается при метастатическом поражении печени в 22,2 % случаях, в 77,8 % сохраняется в норме. Вследствие этого можно сделать вывод о достаточно высокой информативности уровня АФП при гепатоцеллюлярном раке, что в сочетании с КТ-картиной позволяет установить диагноз ГЦР в 62,5 % случаях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирная организация здравоохранения. Режим доступа: <https://gco.iarc.fr/today/home>.
2. Онкология: учеб. пособие / Н. Н. Антоненкова [и др.]; под общ. ред. И. В. Залуцкого. – Минск: Выш. шк., 2007. – 703 с.
3. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 июля 2018 г. № 60 Об утверждении клинического протокола «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований».
4. Иванец, Т. Ю. Диагностическая значимость определения альфа-фетопротеина в онкологии, перинатологии и неонатологии (обзор литературы) / Т. Ю. Иванец, М. Л. Алексеева, В. Г. Колодько // Проблемы репродукции. – 2012. – № 6. – С. 14–19.