

УДК 616.33-006.6-07

**СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА —  
МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?****Е.И. Михайлова, Э.Н. Платошкин, Ю.В. Крылов, В.С. Беляковская****Гомельский государственный медицинский университет  
Витебский государственный медицинский университет  
Гомельская городская клиническая больница № 2**

Описан клинический случай больного с малигнизированной язвой желудка, которая зарубцевалась на фоне противоязвенной терапии; однако диагноз все-таки удалось поставить с помощью повторно взятой уже из сформировавшегося рубца биопсии; в желудочном соке пациента выявлен одинаково высокий уровень двух опухолевых маркеров: раково-эмбрионального антигена и ферритина.

Ключевые слова: малигнизированная язва желудка, опухолевые маркеры.

**ON-TIME GASTRIC CARCINOMA DIAGNOSIS — MYTH OR REALITY?****E.N. Platoshkin, E.I. Mihailova, Yu.V. Krylov, V.S. Belyakovskaya****Gomel State Medikal University  
Vitebsk State Medical University  
Gomel Municipal Clinical Hospital №2**

The clinical case of the patient with the malignased ulcer of the stomach that cicatrized against the background of the antiulcerous therapy is described; the diagnosis is made with the help of the repeatedly taken biopsy from the formed scar; in the patient's gastric juice the equally high level of two tumour markers was revealed: the cancer-embryonic antigen and ferritin.

Key words: malignased ulcer of the stomach, tumour markers.

В промышленно развитых странах в последние годы отмечается некоторая тенденция к снижению заболеваемости раком желудка. Тем не менее эта патология по-прежнему занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований [2]. Несмотря на значительно осложнившуюся после аварии на Чернобыльской атомной станции радиоэкологическую обстановку, в нашей республике также наблюдается тенденция к снижению заболеваемости раком желудка, хотя ее уровень остается довольно высоким. Так, за период с 1986 по 1994 годы средние стандартизованные показатели достоверно снизились по отношению к доаварийному периоду (1977—1985гг.) с  $47,8 \pm 0,71$  до  $45,2 \pm 0,78$  — у мужчин и с  $21,7 \pm 0,48$  до  $19,4 \pm 0,30$  — у женщин [4].

Вероятнее всего, причиной такой тенденции является совершенствование диагностики и лечения как самого заболевания, так и тех состояний, которые приводят к его появлению. Это обстоятельство диктует необходимость подробного изучения наряду с раком предраковых заболеваний желудка.

На наш взгляд, наиболее оптимальным объектом исследования, позволяющим и далее эффективно снижать заболеваемость раком желудка, является язвенная болезнь, которая, по общепринятому мнению, относится к предраковым заболеваниям этого органа.

Значительная вероятность малигнизации пептических язв желудка, сложность проведения в ряде случаев дифференциальной диагностики между ними и ранними формами рака желудка требует поиска дополнительных диагностических критериев, тем более, что применяемая в настоящий момент био-

псия не исключает диагностических ошибок, особенно в случаях взятия небольшого количества гастробиоптатов [1].

Одним из перспективных направлений таких исследований является определение опухолевых маркеров в желудочном соке больных, как наиболее полно отражающих процессы, происходящие в желудке. Опухолевые маркеры получили в последние годы довольно широкое распространение. К настоящему времени разработаны высокочувствительные методики выявления антигенов в сыворотке крови, гистологических препаратах с использованием поли- и моноклональных антител, описано большое число антигенов при различных физиологических и патологических состояниях слизистой оболочки желудка [5]. Довольно значительная серия исследований по определению антигенов выполнена при раке желудка как для решения фундаментальных проблем, так и для задач практической онкоморфологии [3]. Перспективными для проведения таких исследований являются онкофетальные, мекониальные и онкоплацентарные антигены, в том числе и наиболее известные из них — ферритин и раково-эмбриональный антиген [5].

В подтверждение сказанному мы хотим описать один клинический случай, который нам довелось наблюдать в своей практике.

Больной Б., мужчина, возраст 53 года, поступил в гастроэнтерологическое отделение Гомельской городской клинической больницы № 2 с жалобами на интенсивные «голодные» боли в эпигастриальной области, периодическую изжогу. Из анамнеза известно, что больной страдал язвенной болезнью желудка в течение 15 лет. Обострения заболевания отмечались ежегодно в весенне-осенний период. Лечился, как правило, стационарно, однако после выписки из больницы рекомендаций врачей не придерживался. Обращает на себя внимание, что больной уходил из стационара в большинстве случаев с уменьшившейся в размерах, но до конца не закрывшейся язвой желудка. Диагноз при поступлении — «язвенная болезнь желудка в ст. обострения». Хроническая язва до 1 см в диаметре располагалась в углу желудка, отмечались также рубцовая деформация выходного отдела желудка и дуодено-гастральный рефлюкс 2 ст. Гистологическое заключе-

ние при исследовании гастробиоптатов, взятых из краев и дна язвы до лечения, — хроническая язва желудка с обострением. Уреазный тест на присутствие *Нр* — «+». Концентрация ферритина в желудочном соке больного составила 517,3 нг/мл, а РЭА — 447,3 нг/мл, что значительно превышало их нормальное содержание в данной среде (ферритин — 25 нг/мл, РЭА — 100 нг/мл). Через 2 недели от начала противоязвенного лечения эндоскопически отмечено формирование на месте язвы постязвенного рубца 4x2 мм. Однако больного продолжали беспокоить, хотя и менее интенсивные и более редкие, но все-таки сохраняющиеся «голодные» боли в эпигастриальной области. При этом уровень ферритина в желудочном соке хоть и снизился до 297,1 нг/мл, но оставался очень высоким, концентрация РЭА была также значительно выше нормы — 350,0 нг/мл. Изучение биопсийного материала, взятого у этого больного повторно, выявило наличие у него низкодифференцированного перстневидноклеточного рака желудка, что, по нашему мнению, и обусловило столь высокие уровни и ферритина, и РЭА как до, так и через 2 недели от начала лечения несмотря на, казалось бы, благополучную эндоскопическую картину.

Анализ данного наблюдения предполагает, по нашему мнению, необходимость дальнейших исследований в этом направлении в подтверждение напрашивающегося вывода о необходимости тщательного биопсийного исследования с набором большого количества гастробиоптатов в случаях наличия постязвенного рубца, сочетающегося с высокими значениями РЭА и ферритина, с целью своевременной диагностики рака желудка.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Барышников А.А., Франк Г.А., Белус Т.А. и др. / О вероятности малигнизации хронической язвы желудка. // Клиническая медицина. — 1987. — V. 65., — № 2. — С. 86—90.
2. Жаков И.Г., Океанов А.Е. / Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями в Беларуси после аварии на Чернобыльской АЭС. // Чернобыльская катастрофа: медицинские аспекты: сборник научн. работ. — Минск., 1994. — С. 31—42.
3. Иммуноморфологическая характеристика некоторых параметров инвазии рака желудка. /

Франк Г.Я., Литвинова Г.Л., Белоус Т.А., Пугачев К.К. // Архив патологии. — 1997. — Т. 59. № 2. — С. 22—27.

4. Медицинские последствия воздействия радиации. / Океанов А.Е., Жаков И.Г., Якимович Г.В. и др. // Медико-биологические аспек-

ты аварии на Чернобыльской АЭС. — Аналитико-информационный бюллетень. — 1995. — № 2—3. — С. 78—98.

5. Франк Г.Я., Пугачев К.К. / Антигенные маркеры рака и предрака желудка. // Архив патологии. — 1990. — Т. 52., — № 3. — С. 72—75.

Поступила 27.10.2004

УДК 616-084: 512.014.482

## ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ КАРЦИНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.Г. Савастеева, А.В. Макарчик, С.М. Береснева, К.В. Бронская, Е.З. Янукович

Республиканский научно-практический центр  
радиационной медицины и экологии человека

В настоящей статье освещены вопросы качества ведения больных, оперированных по поводу карциномы щитовидной железы. Рассмотрены вопросы степени медикаментозной супрессии ТSH в различные годы после оперативного лечения, а также состояние фосфорно-кальциевого обмена и степень его коррекции.

Ключевые слова: карцинома щитовидной железы, онкобольные, онкопатология, реабилитация, медикаментозная супрессия ТSH, обмен кальция, гипопаратироз.

## THE PROBLEM IN THE REABILITATION OF PATIENTS, OPERATED BY THYROID CARCINOMA

I.G. Savasteeva, A.V. Makarchic, S.M. Beresneva, K.V. Bronskaya, E.Z. Yanucovich.

Republican Research Centre of Radiation Medicine and Human Ecology

In this article are discussed questions of quality of postoperative conducting patients, concerning thyroid carcinoma. Questions of a TSH medicaments suppression in various years after operative treatment, and also a Phosphorus and Calcium condition and degree of it correction was discussed.

Key words: carcinoma of the thyroid gland, oncological pathology, rehabilitation, medicaments suppression TSH, calcium metabolism, hypoparathyrosis.

По данным литературы, общая выживаемость пациентов, получающих систематизированное современное лечение по поводу карциномы щитовидной железы, составляет 90% [1]. Для подгруппы наиболее часто встречающегося папиллярного рака щитовидной железы эта цифра достигает 99% [1, 2]. Данная гистологическая форма рака доминирует в структуре заболеваемости, и актуальность полноценного возвращения больного в общество является очевидной.

Программа реабилитации онкобольных включает медицинские, профессио-

нальные и социальные аспекты. Она должна начинаться с момента установления диагноза и продолжаться в послеоперационном периоде. Медицинская реабилитация включает в себя диспансерное наблюдение с применением всех необходимых исследований, лечение левотироксина, диагностику и лечение гипопаратироза [3]. Необходимо также лечение сопутствующей патологии с включением необходимых симптоматических средств, курсы восстановительного лечения в условиях специализированного отделения реабилитации 1—2 раза в год [4].