

С. И. Андибян

СОДЕРЖАНИЕ КАНЦЕРО-ЭМБРИОНАЛЬНЫХ АНТИГЕНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Изучалось содержание канцеро-эмбриогенных антигенов (КЭА) у больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников.

Определение КЭА является перспективным направлением в клиническом обследовании больных с опухолями яичников в плане дифференциальной диагностики характера опухолевого процесса.

В настоящее время в онкологии большое внимание уделяется разработке методов ранней иммунологической диагностики злокачественных новообразований. Одним из наиболее перспективных путей является определение в крови иммунологических маркеров опухоли, т. е. антигенов, продуцируемых опухолью и секретируемых ею в кровь. Из известных в настоящее время маркеров наиболее изученными являются: альфа-фетопротейн (АФП), раково-эмбриональный антиген (РЭА), трофобластический бета-глобулин (ТБГ).

Большинство литературных данных свидетельствует о появлении ассоциированных с опухолью эмбриональных антигенов как в процессе опухолевого роста, так и при некоторых воспалительных процессах.

Определение уровня канцеро-эмбриональных антигенов (КЭА) производилось у больных со злокачественными новообразованиями яичников как в диагностических, так и в прогностических целях. При этом выявлено, что уровень РЭА в сыворотке крови при злокачественных новообразованиях яичников особенно повышен у больных с низкодифференцированной формой рака. Повышенное содержание РЭА в отдаленные сроки после операции, вероятно, свидетельствует о рецидиве процесса [3, 6, 9].

Некоторые авторы находят зависимость между частотой выявления РЭА и гистологическим строением опухоли. По данным Кноо и Маскау [8], РЭА наиболее часто встречается у больных с серозной цистаденокарциномой (77%). У больных с эндометриоидным раком яичника частота обнаружения его составила 69%, при слизистой цистаденокарциноме—41%. Однако Van Nagell с соавт. [14] утверждают, что высокий уровень РЭА чаще наблюдался при муцинозной, чем серозной формах рака яичника.

Принято считать уровень РЭА в сыворотке крови в пределах 2.55 нг/мл нормальным [14].

Некоторые опухоли могут быть связаны не с одним, а с несколькими антигенами, что вызвало комбинированное изучение опухолевых маркеров. По данным Kadouche J. et al. [7], РЭА обнаружен в сыворотке крови 50% больных раком молочной железы, яичников, раком шейки и тела матки, а высокий уровень АФП наблюдался при гепатомах и тератобластомах. Следует отметить, что АФП чаще выявлялся

у больных раком яичника и редко—у пациенток с раком матки и эндометрия [11], причем уровень АФП чаще повышен при герминогенных опухолях яичника [10, 15].

Число исследований по изучению значения этих иммунологических маркеров при доброкачественных опухолях незначительно.

Приведенные данные свидетельствуют о важном значении определения КЭА в клинике. Chu и Mughy [5] рекомендуют определение количества РЭА как скрининг-метод в неонкологической клинике.

Мы предприняли изучение содержания КЭА у больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичника, предполагая, что содержание КЭА даст возможность судить в какой-то мере о биологических свойствах опухоли*. Мы не преследовали цели определения уровня РЭА в зависимости от морфологического строения образования, считая, что этих больных объединяет отсутствие злокачественного процесса.

Содержание РЭА нами определено в сыворотке крови 59 больных (3 пациентки с серозной, 6—с муцинозной кистой, 11—со зрелой тератомой, 3—с феминизирующими опухолями, 20—с эндометриозом, 6—с фолликулярной кистой, 5—с параовариальной кистой, 5—с миомой матки). Уровень РЭА в сыворотке крови здоровых доноров, по данным лаборатории радиоизотопной диагностики ВОНЦ АМН СССР,— $6,4 \pm 0,71$ нг/мл. У обследуемых больных содержание РЭА составило $5,4 \pm 1,4$ нг/мл. У 13 больных (20,3%) антиген в сыворотке крови не определялся (5 пациенток со зрелой тератомой, 6—с эндометриозом, 1—с текомой и 1—с фолликулярной кистой).

У 32 больных (54,2%) содержание РЭА в сыворотке крови было ниже, лишь у 15 (25,5%) обследованных женщин—выше контрольного уровня.

При анализе полученных результатов выяснилось, что самые высокие цифры РЭА (50 нг/мл) оказались у больной с муцинозной кистой яичника и псевдомиксомой брюшины. Следует отметить, что эти заболевания хотя и морфологически доброкачественные, имеют злокачественное клиническое течение. Высокий уровень РЭА при обследовании больных с опухолями яичника свидетельствует о возможности злокачественного роста.

После операции содержание РЭА определено у 29 больных, из них у 21 женщины на 7—9-е сутки и у 8—через 2—2,5 месяца после лечения. У 8 пациенток уровень РЭА оказался несколько повышенным. У больной с муцинозной кистой и псевдомиксомой брюшины количество РЭА в сыворотке крови на 9-е сутки после операции понизилось до 22 нг/мл.

Содержание АФП изучено у 23 больных (10—с эндометриозной кистой, 4—с муцинозной кистой, 1—с серозной кистой, 2—со зре-

* Исследования проводились в ВОНЦ АМН СССР.

лой тератомой, 1—с фолликулярной кистой, 2—с параовариальной кистой и 3—с миомой матки).

У здоровых доноров, по данным лаборатории радиоизотопной диагностики ВОНЦ АМН СССР, АФП составлял $4,2 \pm 0,32$ нг/мл. У наших больных содержание АФП в сыворотке крови было равно $5,6 \pm 1,1$ нг/мл.

У 12 больных уровень антигена был выше контрольного. Известно, что между функциональным состоянием печени и яичников имеется связь [1, 2]. Можно предположить, что опухоли и опухолевидные образования яичников, изменяя гормональный баланс в организме, вызывают функциональные нарушения печени, что ведет к повышению уровня АФП. Наиболее высокий уровень АФП наблюдался у больной с эндометриозом ($20,273$ нг/мл).

После операции содержание АФП определено у 21 женщины, из них у 16—на 7—9-е сутки и у 5—через 2—2,5 месяца. Выявлено, что у большинства обследуемых на 7—9-е сутки оно оставалось на прежнем уровне, причем у 14 пациенток уровень АФП не превышал $13,5$ нг/мл, лишь у больной с муцинозной кистой и псевдомиксомой брюшины уровень антигена возрос до $63,7$ нг/мл (до операции $3,6$ нг/мл) и у пациентки с эндометриозом— $99,6$ нг/мл.

Повышение уровня АФП и высокое содержание РЭА (22 нг/мл) у больной с муцинозной кистой яичника и псевдомиксомой брюшины после операции, очевидно, является неблагоприятным прогностическим признаком.

Через 2—2,5 месяца после оперативного вмешательства средний уровень АФП у обследуемых составил $6,7 \pm 1,7$ нг/мл. Таким образом, уровень АФП до и после операции оставался несколько повышенным, однако наиболее высокое содержание АФП не превышало $10,8$ нг/мл.

Содержание ТБГ в сыворотке крови определено у 27 больных (7—с серозной кистой, 4—с муцинозной кистой, 6—со зрелой тератомой, 3—с миомой матки, 3—с эндометриозом, 2—с фолликулярной кистой, 2—с параовариальной кистой).

Контрольный уровень ТБГ здоровых доноров не превышал 3 нг/мл. Лишь у 10 обследуемых содержание ТБГ было несколько выше. Наиболее высокий уровень ТБГ выявлен у больной с фолликулярной кистой яичника (800 нг/мл) и с серозной кистой (70 нг/мл).

На 7—9-е сутки после операции обследовано 9 больных, у 6 из них содержание ТБГ в сыворотке крови не отличалось от контрольного уровня. Наиболее высокое содержание антигена выявлено у больной с серозной кистой (110 нг/мл). Объяснить столь высокое содержание ТБГ в сыворотке крови у больных с фолликулярной кистой и серозной кистой в настоящее время трудно, необходимо провести тщательное клиническое обследование этих больных.

Таким образом, при изучении содержания КЭА у больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников оказалось, что РЭА в сыворотке крови у этих больных мало отличается от контрольного. Причем повышенное содержание РЭА может иметь дифференциально-диагностическое значение для выявления характера опухолевого процесса (доброкачественный или злокачественный).

Повышенное содержание АФП, по-видимому, связано с гормональными сдвигами в организме больных, ведущими к нарушению функционального состояния печени. Однако следует отметить, что повышенные уровни АФП у больных с доброкачественными процессами в яичнике не превышало 20,273 нг/мл.

Содержание ТБГ в сыворотке крови большинства обследованных было в пределах нормы.

В заключение можно сказать, что определение КЭА является перспективным направлением в клиническом обследовании больных с опухолями яичников в плане дифференциальной диагностики характера опухолевого процесса.

Всесоюзный научно-исследовательский центр
по охране здоровья матери и ребенка

Поступила 12/III 1982 г.

Ս. Ա. ԱՆԻԿՅԱՆ

ԲԶՋԱՑԻՆ ԵՎ ՀՈՒՄՈՐԱԿ ԻՄՈՆՆԻՏԵՏԵՏԸ ԶՎԱՐԱՆՆԵՐԻ ՖԵՄԻՆԻԶՍՆՈՂ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐՈՎ ԵՎ ՈՒՌՈՒՑՔԱՆՄԱՆ ԿՍԶՄԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆՎՆԵՐԻ ՄՈՏ

Բջջային և հումորալ իմունիտետը ուսումնասիրվել է 12 հիվանդների մոտ, որոնք ունեին ձվարանների ֆեմինիզացնող ուռուցքներ և ուռուցքանման կաղամվորումներ:

Իմունոլոգիական (հետազոտումը կատարված է հետևյալ մեթոդներով՝ ինքնաբեր վարդակազոյացման սեակցիայի, կոմպլեմենտակախված վարդակազոյացման սեակցիայի, ՖՀՍ-ի լիմֆոցիտների վրա բլաստոտրանսֆորմացիոն սեակցիայի, արյան շիճուկի մեջ A, M, G իմունոգլոբուլինների որոշումը ըստ Mancini:

Պարզվեց, որ T-լիմֆոցիտների ֆունկցիոնալ ակտիվությունը ֆեմինիզացնող ուռուցքներով հիվանդների մոտ ճնշված է, այն ժամանակ, երբ T-և B-բջջաների բանակը և իմունիտետի հումորալ օղակը քիչ է փոփոխված: Նկատի ունենալով, որ էստրոգենների ուժեղացված արտադրման աղբյուրի հետաքոնալից հետո իմունոդեպրեսիան պահպանվում է, կարելի է ենթադրել, որ իմունային սեակցիաների զարգացման մեջ դեր են խաղում ոչ միայն էստրոգենները, այլև ուռուցքային անտիգենները և այլ հանգամանքներ:

S. I. ANDIKIAN

THE CONTENT OF CEA IN SERUM OF THE PATIENTS WITH BENIGN TUMOR AND TUMORLIKE FORMATIONS OF OVARY

The article presents the results of the study of the CEA content in the serum of patients with benign tumors and tumorlike formations of ovary before and after operation.

The high content of CEA in the serum of the blood has differential diagnostic significance for characteristics of the tumor growth.

Content of AFP was not lower than 20 ng/ml in patients with benign processes in ovary. Content of TSBG in patients' serum was in the normal range.

The assessment of CEA levels is important in clinical investigations of patients with benign tumors of ovary.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сорочан Е. А. В кн.: Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Кишинев, 1972, стр. 126.
2. Яценко Л. А. Сов. мед., 1970, 3, стр. 107.
3. Anger H., Glussenberger U., Dittman F. W. Arch Gynäk., 1977, 224, № 1—4, 472—473.
4. Berardi R. S., Ruiz R., Backnell W. F., Keonin Y. South. Med. J., 1977, 70, № 10, 1196—1198.
5. Chu T. M., Murphy G. K. N. Y. State J. Med., 1978, 78, № 6, 879—882.
6. Herberman R. B. Lab. Testing Cancer. Basel e. a. 1978, 59—66.
7. Kadouche J., Gorins A., Lokiec F., Cottenot F., Najean Y. Actual gynecol. 12^{eme} Ser., Paris e. a. 1979, 9—19.
8. Khoo S. K., Mackay E. V. Brit. J. Obstet. Gynec., 1976, 83, № 10, 753.
9. Khoo S. K., Whitaker S., Joens I. S. C., Mackay E. V. Gynecol. Oncol., 1979, 7, № 3, 288.
10. Lamerz R. Therapiewoche., 1978, 28, № 20, 4081.
11. Sacco F., Benedetti P. P., Villani L., Di Roberto P., Bartle G., Lacobelli S. Minerva gynecol., 1978, 30, № 10, 811.
12. Tabor E., Genety R. J., Needy C. F., Fllsberg B. L., Colon A. R., Jones R. Eur. J. Cancer, 1981, 17, № 2, 257.
13. Taylor C. R., Kurman R. J., Warner N. F. Hum. Pathol., 1978, 9, № 4, 417.
14. Van Nagell J. R., Donaldson E. S., Gay E. C., Sharrey R. M., Rauburn P., Goldenberg D. M. Cancer., 1978, 41, № 6, 2335.

УДК 616.31—083+664.144

Г. С. АРЕВШАТЯН, Л. А. ФРАНГУЛЯН, И. Г. ПЕТРОСЯН, А. А. МИНАЛЯН,
Л. В. БАЛАЯН, Г. Т. ДАНИЕЛЯН

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА ДО И ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ КСИЛИТ- И ФТОРСОДЕРЖАЩЕЙ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ РЕЗИНКИ

Проведено наблюдение за микрофлорой и изменениями слизистой оболочки полости рта после применения ксилит- и фторсодержащей жевательной резинки. С целью профилактики кариеса изучалось ингибирующее действие фтора и ксилита на образование зубного налета.

В патогенезе кариеса большую роль играют зубной налет и проницаемость твердых тканей зуба. Изменения в зубах выражаются прежде всего в нарушении нормального уровня проницаемости, что может оказать глубокое воздействие на свойства зубных тканей и в дальнейшем на резистентность их к кариесу. Эмаль, проницаемая в норме для ионов, в то же время является барьером для бактерий, ядовитых высокомолекулярных продуктов их распада. Однако под влиянием ферментов бактерий зубного налета и других факторов проницаемость эмали может повышаться. Факторы, ведущие к повышению проницае-