

ПОКАЗАНИЯ К ИССЛЕДОВАНИЮ:

- Оценка эффективности лечения карциномы толстого кишечника, прямой кишки, рака поджелудочной железы, печени, матки.
- Прогноз развития заболевания при карциноме толстого кишечника и прямой кишки.
- Оценка эффективности лечения карциномы молочной железы.
- Дифференциальная диагностика опухолей яичников.
- Оценка эффективности лечения рака легких.

Следует использовать комбинации определения РЭА с выявлением других опухолевых маркеров согласно предполагаемому виду онкозаболевания. (см.рис.)

У всех больных раком ободочной и прямой кишки, желудка и поджелудочной железы при наличии метастазов концентрация РЭА в сыворотке крови превышает норму не менее чем в 2 раза. При этом степень повышения концентрации РЭА зависит от локализации метастазов.

Повышение содержания РЭА в плевральном экссудате и асцитической жидкости обнаружено у 25–40% больных раком, причем чаще при трансудативных, чем при экссудативных процессах. У 20–25% больных со злокачественными новообразованиями увеличение концентрации РЭА в плевральном экссудате бывает единственным признаком наличия опухоли. Более высокий уровень РЭА в сыворотке крови отмечается у 73% больных раком толстой кишки, 92% больных раком поджелудочной железы, 57% больных раком печени, 72% больных раком легких, 52% больных раком молочной железы, 53% больных раком матки и 36% больных раком яичников.

Концентрация РЭА в сыворотке крови больных со злокачественными новообразованиями некоторых локализаций (рак органов пищевого канала, молочной железы) коррелирует со степенью опухолевой инвазии и метастазирования. Количество РЭА, превышающее 80 нг/мл, указывает на наличие в организме метастазирующей опухоли.

На результаты определения концентрации РЭА следует обращать особое внимание при отрицательных данных радиоизотопного и УЗИ

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛИ

ЛЁГКИЕ
АКТГ, Прولاктин,
Паратиреоидный гормон,
НСЕ, РЭА

ПЕЧЕНЬ
АФП, РЭА, СА-19-9

**ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ
ЖЕЛЕЗА**
СА-19-9, СА-242, РЭА

**ТОЛСТЫЙ
КИШЕЧНИК**
СА-19-9,
СА-242, РЭА

**МНОЖЕСТВЕННАЯ
МИЕЛОМА**
β-2-микроглобулин

**ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ
ЖЕЛЕЗА**
ПСА, Свободный ПСА,
Простатическая
кислая фосфатаза

ЯИЧКО
АФП, β-ХГЧ
(свободная
субъединица)

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛИ

НОСОГЛОТКА И УХО
РЭА

ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА
Тиреоглобулин, РЭА,
НСЕ, кальцитонин

МОЛОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА
СА-15-3, РЭА

ЖЕЛУДОК
СА-19-9, РЭА

ЯИЧНИК
СА-125, СА-19-9, β-ХГЧ
(свободная
субъединица)

МАТКА
РЭА, СА-125

ШЕЙКА МАТКИ
РЭА, СА-125

НАДПОЧЕЧНИКИ
ВМК, ГВК

Рис. Серологические маркеры, применяемые для диагностики и мониторинга онкологических заболеваний в зависимости от локализации опухоли в организме.

печени, поскольку уровень РЭА существенно повышается в 70% случаев ее «мелкозернистого» множественного метастатического поражения, не устанавливаемого при лучевой диагностике.

Через 2 месяца после операции у больных раком желудка, прямой и толстой кишки происходит снижение уровня концентрации РЭА до нормального, если операция была радикальной и отсутствовали отдаленные метастазы. При дальнейшем наблюдении повышение уровня РЭА у таких больных указывает на развитие отдаленных метастазов или рецидива. Тест на РЭА в этом отношении обладает повышенной чувствительностью: увеличение уровня РЭА происходит за 3-6 месяцев до клинического проявления метастазов. Такой контроль за больными очень важен для назначения своевременной повторной операции или применения других видов терапии. Клинически значимым показателем начала развития рецидива у радикально оперированных больных раком толстой и прямой кишки может считаться повышение РЭА в 2 раза.

Определение уровня РЭА для клинического выявления рецидива опухоли или отдаленных метастазов у больных раком толстой и прямой кишки необходимо проводить каждый месяц в течение первого полугодия после операции, затем до 2^х лет – один раз в квартал, а в последующем – каждые полгода.

У больных раком желудка после радикальной операции при отсутствии осложнений концентрация РЭА в крови быстро снижается. Тем не менее повторное исследование содержания РЭА следует производить не ранее, чем через 2-3 месяца после оперативного вмешательства, когда исчезают все воспалительные явления, затем до 2^х лет – 1 раз в 2 месяца, дважды на 3^м году, в последующем – 1 раз в год.

При клиническом исследовании больных следует иметь в виду, что повышенная концентрация РЭА может наблюдаться при следующих заболеваниях: хроническая почечная недостаточность; хронические заболевания печени; хронический панкреатит; язвенный колит; болезнь Крона; бронхопневмония; хронический бронхит; туберкулез; муковисцидоз; аутоиммунные болезни, а также у курильщиков.

Рак толстой и прямой кишки развивается обычно на фоне хронических воспалительных процессов в толстой кишке. Опасность возникновения рака особенно велика у больных, страдающих колитом более 10 лет. Показана прямая связь развития рака с полипами толстой кишки. Причем, чем больше полипов обнаружено у данного больного, тем больше вероятность возникновения у него рака. Есть также основания говорить о семейном раке толстой кишки, который предопределен генетически.

При длительном наблюдении пациентов *решающим является не абсолютный показатель уровня РЭА, а динамика изменения его концентрации.* Поэтому уровень концентрации РЭА необходимо определять одним и тем же методом в одной и той же лаборатории. Для правильной клинической оценки необходимо тесное сотрудничество лаборатории и клинического учреждения.

Предлагаем наборы реагентов для иммуноферментной и real-time ПЦР-диагностики

ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов А, В, С, D, E, G; TORCH-инфекций; инфекций, передаваемых половым путем; паразитарных и желудочно-кишечных заболеваний; клещевых инфекций, аутоиммунных и системных заболеваний; беременности и ее мониторинга; выявления опухолевых маркеров, гормонов и цитокинов,

а также наборы реагентов для клинической биохимии.

Максимальный выбор диагностической продукции!

ЗАО «Вектор-Бест»

630117, г. Новосибирск-117, а/я 492
 тел.: (383) 332-37-58, 332-36-34
 тел./факс: 332-67-49, 332-67-52
 e-mail: vbmarket@vector-best.ru
 Internet: http://www.vector-best.ru

Представительства:

Москва: (495) 710-76-96;
 С.-Петербург: (812) 495-55-99;
 Ростов-на-Дону: (863) 295-15-61;
 Уфа: (347) 246-23-34;
 Екатеринбург: (343) 372-90-50;
 Хабаровск: (4212) 335-946;
 Нижний Новгород: (831) 270-48-53
 Киев: (044) 220-04-04

Формат 80×100/32. Гарнитура Century SchoolBook. Бумага мелованая. Доп. тираж 3000 экз. Подписано в печать 21.05.15.

Отдел оперативной печати ЗАО «Вектор-Бест». 630559, Новосибирская обл., пгт. Кольцово, а/я 121

РАКОВО-ЭМБРИОНАЛЬНЫЙ АНТИГЕН

Основное применение определения онкомаркеров в клинической практике – мониторинг течения заболевания и оценка эффективности проводимого лечения, а также идентификация опухоли на ранних стадиях развития в комбинации с другими диагностическими методами. Одним из важнейших опухолевых маркеров является раково-эмбриональный антиген (РЭА).

РЭА – гликопротеин с молекулярной массой 180 кДа. РЭА является онкофетальным белком, который обнаруживается в эпителиальных клетках пищеварительного тракта и бронхов. В первом триместре беременности он присутствует в клеточной цитоплазме, а затем становится составной частью поверхностных клеточных мембран плода. У взрослых людей РЭА продуцируется в очень ограниченных количествах эпителиальными клетками бронхов, молочной железы и кишечника. В минимальных количествах РЭА обнаруживается в крови, в плевральном экссудате, асците и спинномозговой жидкости. Наиболее высокое содержание РЭА обнаружено в слюнных железах и их протоках. Метаболизируется РЭА в печени. Физиологическая функция РЭА у плода и взрослых людей не выяснена. Биологический период полужизни – 14 дней.

У клинически здоровых людей в возрасте от 20 до 65 лет уровень РЭА в крови колеблется от 0 до 5 нг/мл. Патологические значения более 5 нг/мл.

**НАБОРЫ РЕАГЕНТОВ
 ПРОИЗВОДСТВА ЗАО «ВЕКТОР-БЕСТ»
 ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ МАРКЕРОВ**

№ по каталогу	Наименование	Количество анализов
T-8454	РЭА – ИФА – БЕСТ	12×8
T-8456	АФП – ИФА – БЕСТ	12×8
T-8458	ПСА общий – ИФА – БЕСТ	12×8
T-8460	ПСА свободный – ИФА – БЕСТ	12×8
T-8466	СА 125 – ИФА – БЕСТ	12×8
T-8468	ТБГ – ИФА – БЕСТ	12×8
T-4154	ХГЧ – ИФА – БЕСТ	12×8
D-4158	Свободная бета-ХГЧ-ИФА-БЕСТ	12×8
T-8476	NSE-ИФА-БЕСТ	12×8
T-8470	СА 19-9 – ИФА – БЕСТ	12×8
T-8472	СА 15-3 – ИФА – БЕСТ	12×8
T-8552	ФЕРРИТИН – ИФА – БЕСТ	12×8
D-3762	Пепсиноген 1 – ИФА – БЕСТ	12×8
D-3764	Пепсиноген 2 – ИФА – БЕСТ	12×8