|  |
| --- |
| **Наиболее иформативные опухолевые маркеры для злокачественных новообрзваний основных локализаций** |
| **№** | **Локализация карциномы** |  **Опухолевые маркеры** |
| 1. | Рак молочной железы СА 15-3, РЭА, СА 19-9, СА 72-4 гормоны: пролактин, эстрадиол)  |
| 2. | Рак яичников: -серозный СА125, НЕ4, СА 19-9, СА 72-4 -муцинозный СА 72-4, СА125, (СА 19-9) -эндометриальный СА125, НЕ4, (СА 19-9) Герминогенные β-ХГЧ, α-фетопротеин Гранулезоклеточные эстрадиол, ингибин В |
| 3. | Опухоли яичек β-ХГЧ, α-фетопротеин |
| 4. | Рак шейки матки: -плоскоклеточный SCC, Cyfra 21-1 -аденокарцинома СА125 |
| 5. | Рак вульвы SCC, Cyfra 21-1 |
| 6. | Рак эндометрия СА125, НЕ4, СА 19-9, РЭА, СА 72-4 |
| 7. | Рак пищевода SCC, Cyfra 21-1 |
| 8. | Рак желудка СА 72-4, РЭА, СА 19-9 |
| 9. | Колоректальный рак РЭА, СА 19-9, СА 242, iFOBT |
| 10. | Рак поджелудочной железы СА 19-9, СА 242 |
| 11. | Рак мочевого пузыря UBC, Cyfra 21-1, BTA, NMP-22 |
| 12. | Рак почки Тu M2-PK, SCC, CA 125 |
| 13. | Рак предстательной железы ПСА общ., ПСА своб./ПСАобщ., (-2)proPSA. |
| 14. | Рак легкого:- аденокарцинома РЭА, Cyfra 21-1, СА 72-4 -плоскоклеточный Cyfra 21-1, SCC, РЭА -крупноклеточный Cyfra 21-1, SCC, РЭА -мелкоклеточный ProGRP, HCE, PЭА |
| 15. | Рак щитовидной железы: -фолликулярный; папиллярный Тиреоглобулин, ТТГ -медуллярный Кальцитонин, РЭА |
| 16. | Метастазы опухолей различных локализаций в костях | Bone TRAP-5b, костная фракция щелочной фосфатазы |
| 17. | Меланома S-100 |

МНИОИ им.П.А.Герцена, отд. Прогноза эффективности консервативного лечения, тел: 945-87-11; 945-74-15; факс:945-715; 945-6-86; e-mail:prognoz.@mail.ru

**Клинико-лабораторная концепция серологического исследования опухолеассоциированных маркеров и некоторых гормонов у больных раком.**

**Общие положения:**

1.Серологические опухолеассоциированные маркеры (ОМ) повышаются в сыворотке крови не только при онкологических, но и (в небольшом проценте случаев) при неонкологических заболеваниях и доброкачественных опухолях. Поэтому использование опухолевых маркеров для диагностики рака имеет ограниченное значение. В то же время сам факт повышения опухолевого маркера свидетельствует о наличии патологического процесса и является основанием для дообследования.

2.Основная цель исследования маркеров-монторинг эффективности лечения и предклиническое выявление рецидивов и метастазов.

Схема использования онкомаркеров:

1. У онкологических больных на старте лечения исследуют уровень всех ОМ, информативных для опухолей конкретного гистологического типа, и отмечают маркеры, уровень которых повышен.
2. Через 3-4 нед. После операции исследуют уровень ОМ, которые были повышены на старте лечения. Повышенный уровень какого-либо из них после операции должен настораживать в плане нерадикальности лечения.
3. Далее, если больной не получает дополнительного лечения, но относится к группе риска рецидива заболевания, в первый год после операции каждые 4 мес. исследуют ОМ, которые были повышены на старте лечения. Три последовательных повышения уровня ОМ (с перерывом 1 мес.) в большинстве случаев свидетельствуют о начале развития рецидива заболевания (повышение уровня может наблюдаться уже за несколько месяцев до клинических проявлений рецидива).
4. Если больной получает консервативную терапию, уровень ОМ (которые были повышены на старте лечения) исследуют до начала лечения и перед каждым последующим курсом терапии, как контроль за ее эффективностью; отсутствие снижения уровня ОМ в процессе лечения – косвенное свидетельство неэффективности лечения.
5. Измерение уровня ОМ у онкологического больного в динамике целесообразно проводить с использованием наборов одной фирмы и желательно в одной лаборатории. Кроме того, в связи с длительностью противоопухолевого лечения и возможностью зачастую желанием пациента получить консультации у специалистов нескольких медицинских учреждений, а также самому контролировать уровни ОМ, целесообразно заводить индивидуальный «паспорт ОМ», который содержит сведения об уровне ОМ в динамике. Такой паспорт позволяет следить за частотой исследования и изменением уровня ОМ в процессе лечения и после его завершения и прогнозировать развитие рецидива до его клинического выявления.