колоректальным раком до лечения

В.Н.Блиндарь, Г.Н.Зубрихина

Клинико-диагностическая лаборатория ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, 115478, Москва, e-mail:bld51@list.ru

Введение. Наиболее общим звеном патогенеза анемического синдрома (АС) у онкологических больных является участие провоспалительных цитокинов, в частности интерлейкина 6 (ИЛ-6), который стимулирует образование гепсидина в печени — универсального регулятора метаболизма железа. Имеются предположения о возможности использования ИЛ-6, гепсидина для дифференциальной диагностики АС. Вместе с тем клиническая значимость этих показателей окончательно не определена.

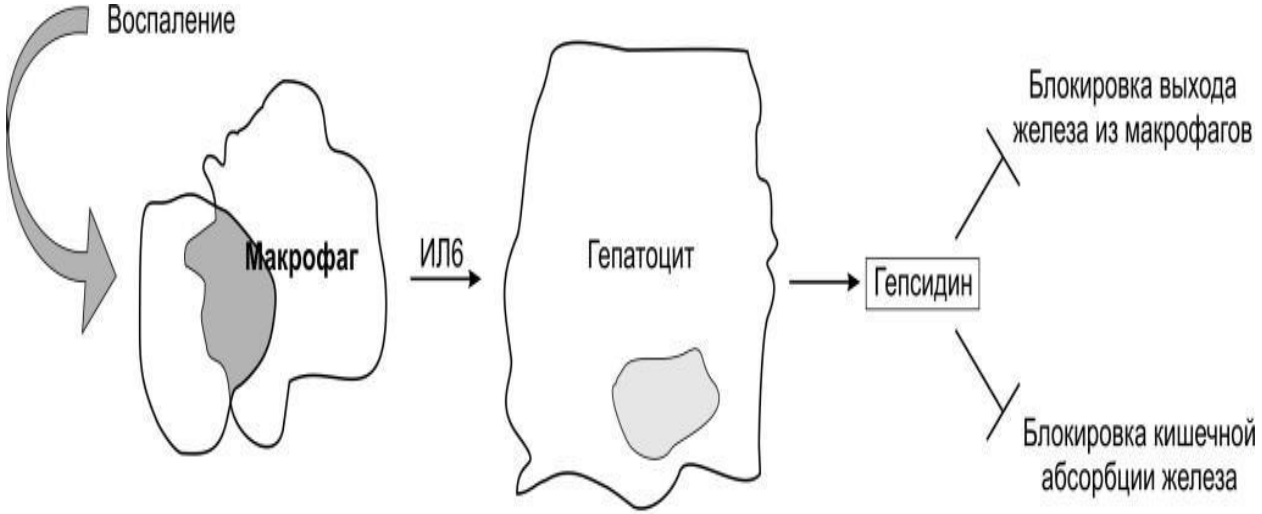

Рис. 1. Регуляция продукции гепсидина при воспалении.
(*Nemeth E., Rivera S., Gabajan V. et al. Il6 mediates hypo-ferramia inducing the synthesis of the iron regulatory hormone hepcidin. J. Clin. Inv. 2004; 113(9): 1271-1276*).

Цель работы — Исследовать экспрессию гепсидина, интерлейкина-6 и ряд других метаболитов для выявления их роли в дифференциальной диагностике АС у онкологических больных до лечения

Материалы и методы. Исследование проведено у 64 больных колоректальным раком с анемией, до лечения. Средний возраст (67,4±2,1) лет. Контрольная группа -25 здоровых лиц. Ферритин (ФР), растворимые рецепторы трансферрина (рРТФ), эритропоэтин (ЭПО), интерлейкин-6 (ИЛ-6) и гепсидин-25 (ГП25) определяли методом ИФА.

Результаты. Больные с анемий имели одинаковые морфологические признаки эритроцитов и ретикулоцитов крови, а именно, микроцитоз (MCV=74,3±2,1 фл) и гипохромию (MCH=23,1±1,2) пг, среднее содержание гемоглобина в ретикулоците составило (22,7 ±0,б) пг. На основании показателей ФР, рРТФ, ИЛ-6, ГП25 среди больных были выделены три группы: первая (21 чел.) - с истинной ЖДА, при которой отмечено снижение ФР (13,2±1,7) нг/мл, повышение уровня рРТФ (3,9±0,7) мкг/мл, ИЛ-6 колебался от 0 до 4,1 пг/мл (2,7 ±0,4) пг/мл. ГП25 был значительно (2,5±0,04) нг/мл ниже нормы (4,3 ± 0,7) нг/мл; 2-я (24 чел) с железодефицитным эритропоэзом (ЖДЭ)

Показатели ГП25 (43,0±6,1) нг/мл и ИЛ-6 (24,3 ±5,5) пг/мл были достоверно выше ($p < 0,01$), чем у больных с ЖДА и ЖДЭ. Анализ показателей ЭПО выявил повышение более 100 мЕ/мл у 29 (45,3%) чел. с колебаниями от 57 до 227 мЕ/мл. У 35 (54,7%) больных ЭПО колебался от 3,2 до 43,0 мЕ/мл (18,1±3,8) мЕ/мл, медиана-10,5 мЕ/мл, т.е. был неадекватным степени тяжести анемии. Более низкая продукция ЭПО отмечалась у всех больных с ФДЖ, в меньшей степени у пациентов с ЖДЭ и ЖДА.

РИС.2 Содержание ФР, рРТФ, ГП25, ИЛ-6 у пациентов колоректальным раком с разными типами АС

РИС.2 Содержание ФР, рРТФ, ГП25, ИЛ-6 у пациентов колоректальным раком с разными типами АС

Заключение. Исследование показало, что определение ИЛ-6, ГП25 можно использовать в качестве дополнительных методов для понимания патогенеза феррокинетики АС, ассоциированного со злокачественными новообразованиями. Это, в свою очередь, будет способствовать адекватному назначению препаратов железа.