

АЛГОРИТМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРОСТАТЫ У БОЛЬНЫХ С СИМПТОМАМИ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

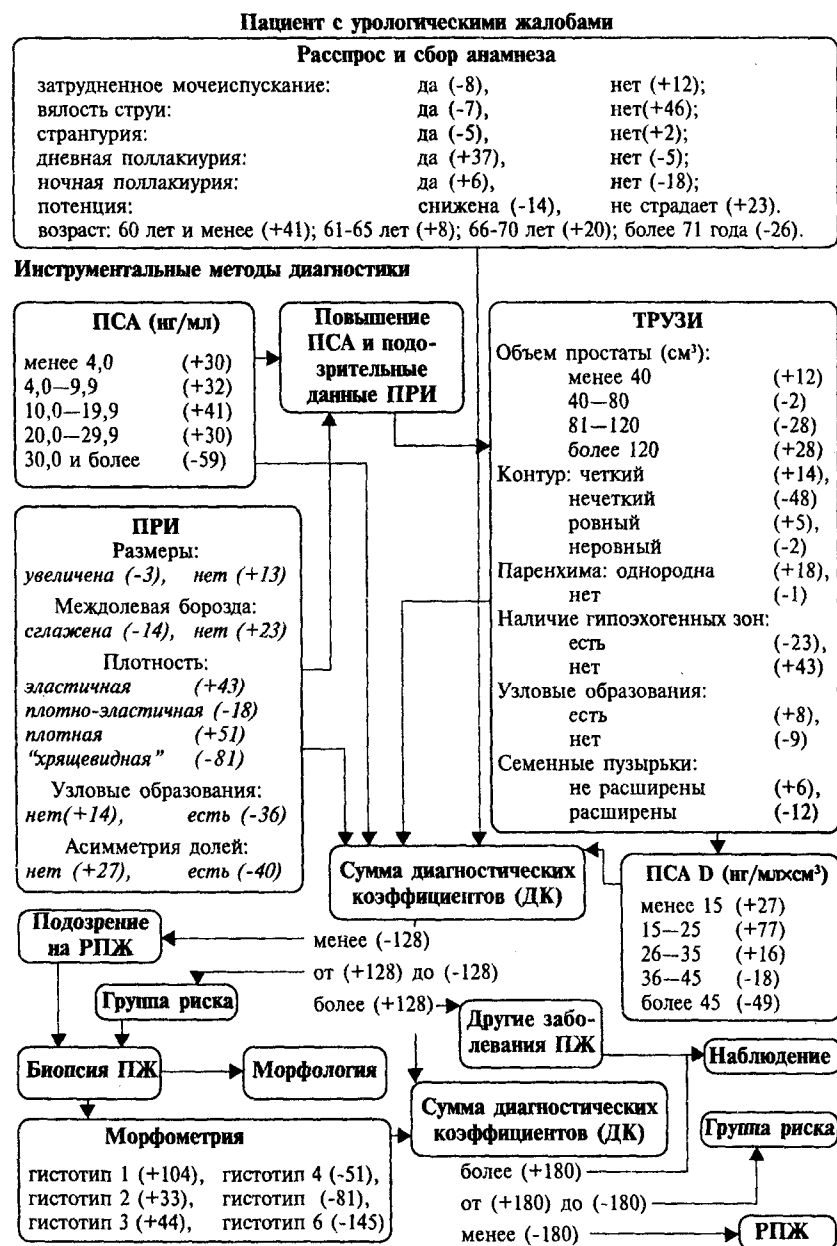
Сочетанные заболевания предстательной железы снижают чувствительность, специфичность и точность таких известных методов обследования, как ПСА, ПРИ, ТРУЗИ и полифокальная биопсия простаты. Ни один из этих методов не отличается абсолютной достоверностью, особенно при ранней диагностике рака предстательной железы (РПЖ). Поэтому поиски рационального использования имеющихся и новых методов ранней диагностики РПЖ весьма актуальны.

Нами разработан алгоритм диагностики РПЖ у больных с симптомами нарушения мочеиспускания (СНМ), основанный на наблюдениях 210 мужчин с СНМ. Методики расчета, использованные в данной работе, являются частью патометрического анализа (Е.В. Гублер, 1978, 1990). Они основаны на сопоставлении частот проявления определенных признаков в группах обследуемых и на попарном сопоставлении групп между собой.

Вычисления проводили поочередно, рассматривая частоты проявления признака в группе пациентов с РПЖ в сопоставлении с аналогичными частотами в сводной группе, куда включали больных, имеющих иные варианты патологии предстательной железы. Конкретные величины диагностических коэффициентов (баллов), оценивающих "вес" того или иного признака, были рассчитаны на основании количественной оценки значимости различных диагностических признаков, с учетом диагностических коэффициентов. Показатели информативности допускают следующее толкование: чем больше значение информативности, тем более увеличивается для "среднего" больного соотношение между вероятностью правильной постановки диагноза (из двух сопоставляемых между собой вариантов) и вероятностью ошибки. При этом подразумевается, что, во-первых, диагноз "среднего" больного априорно неизвестен, и, во-вторых, диагностическую ценность имеет

как наличие, так и отсутствие того или иного симптома при обследовании больного.

Если сумма диагностических коэффициентов (ДК) больше (+128), то с большей вероятностью (ошибка диагностики составит 4,98%) можно утверждать об отсутствии онкологического процесса в простате. Количество нераспознанных случаев (сумма ДК в интервале от (+128) до (-128) может составить 18,61% (такие пациенты должны рассматриваться как группа риска). При сумме диагностических коэффициентов меньше (-128) можно



Алгоритм дифференциальной диагностики рака простаты у больных с симптомами нарушения мочеиспускания

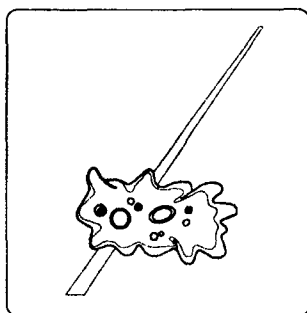
говорить о серьезном подозрении на РПЖ. Этой категории больных показана сектантная биопсия простаты с последующим морфологическим и морфометрическим исследованием биоптатов.

В случае морфологического подтверждения РПЖ морфометрия дает дополнительную информацию о степени дифференциации опухоли, что в совокупности с градацией по Глисону немаловажно для дальнейшей тактики ведения больного. В случае отсутствия РПЖ при морфологическом исследовании данным морфометрии, разделенным на гистотипы, также присваиваются диагностические коэффициенты.

Сумма ДК (включая коэффициенты всех ранее проведенных исследований и морфометрии) меньшая (-180), указывает на наличие РПЖ (ошибка диагностики без учета нераспознанных случаев составит 1,53%), несмотря на отсутствие РПЖ в морфологическом диагнозе. Случаи, в которых

сумма ДК находится в интервале от (+180) до (-180), как правило, соответствуют гистотипам, свидетельствующим о ПИН высокой степени либо высоко- или низкодифференцированному раку. Из таких больных формируется группа риска, требующая повторного обследования через 3 мес. Наконец, если сумма диагностических коэффициентов больше (+180), — это означает отсутствие онкологического процесса. В таком случае достаточно просто наблюдения за пациентами.

Разработанный на основании проведенного клинического и математического исследования алгоритм дифференциальной диагностики существенно помогает определить рациональный план обследования больных, обосновать дальнейшую тактику ведения пациентов и, соответственно, улучшить раннюю диагностику рака предстательной железы у больных с симптомами нарушения мочеиспускания.



К.А. Цепелев, М.И. Петричко,
А.Н. Евсеев, А.А. Карпенко

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРОСТАТЫ

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

В настоящее время основным методом лечения распространенного рака простаты является гормонотерапия. Однако до 20—30% первично выявленных опухолей простаты обладают гормонорезистентностью, что делает гормонотерапию заведомо неэффективной (И.Г. Русаков, 2001). Выявление этой формы рака простаты является сложной проблемой, что связано с отсутствием четко разработанных критериев эффективности проводимого лечения. Решение данной проблемы, на наш взгляд, возможно на основе комплексного использования возможностей современных методов диагностики, включая динамику морфологических изменений при РПЖ на фоне лечения.

С мая 2001 г. по март 2002 г. нами проведена максимальная андрогенная блокада (МАБ) 15 пациентам с местнораспространенным раком простаты: 7 больных получали гозерелин (3,6 мг 1 раз в течение 28 дней) и флуцином (250 мг 3 раза в день); 8 больным выполнена билатеральная орхэктомия и назначен флуцином (250 мг 3 раза в день).

Средний возраст больных составил 68,5 лет, число Глисона находилось в пределах от 3 до 7. Проведен мониторинг в течение 3 мес. Кроме клинического обследования произведена морфологи-

ческая оценка биоптатов, полученных при повторных биопсиях в указанные сроки.

Динамика трансректальной сонографической картины характеризовалась уменьшением объема простаты и гипоехогенных участков через 1 мес., повышением эхогенности и появлением склероза к 3 мес. Независимо от способа лечения наиболее выраженный клинический эффект был отмечен в

Результаты 3-месячного мониторинга при максимальной андрогенной блокаде у лиц с местнораспространенным раком простаты

Показатель	Срок исследования		
	до лечения	через 1 мес.	через 3 мес.
IPSS	22,6	8,7	6,3
QL	4,5	2,2	1,8
PSA	35,2	3,7	1,3
Объем простаты	54,9	29,4	22,2
Объем остаточной мочи	141	89	58
Qmax	7,1	11,5	15,5
Время мочеиспускания	66	51	43
Морфологическая картина		без динамики	патоморфоз II ст.