

УДК 616.65-089.81-03

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОЛИФОКАЛЬНОЙ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Н. Павлов¹, А.А. Измайлов¹, И.И. Муратов¹, Л.М. Кутляров²,
М.Ф. Урманцев¹, А.О. Папоян², В.В. Кудряшов¹,

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа,

²Клиника ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа

Павлов Валентин Николаевич – e-mail: Pavlov@bashgmu.ru

В данной статье произведен анализ результатов выполненной полифокальной пункционной биопсии предстательной железы 537 больным, у 380 из них был обнаружен рак предстательной железы (РПЖ). В группе пациентов с выявленным РПЖ преобладали мужчины старшей возрастной группы, средний возраст которых составил 71 ± 10 лет (41–91 год). Методами обследования в нашей работе были: определение уровня общего специфического антигена предстательной железы (ПСА). В качестве уточняющих методов исследования применялась полифокальная пункционная биопсия предстательной железы с гистологическим исследованием материала, с использованием показателя Глисона (Gleason) для оценки гистологической верификации патологического процесса.

Ключевые слова: рак предстательной железы, простатический специфический антиген, полифокальная пункционная биопсия, шкала Глисона.

In this article you can see analyzes of the results of the executed polyfokal needle biopsy of prostate gland in 537 patients, 380 of them have been diagnosed with cancer of the prostate. In the group of patients with diagnosed prostate cancer prevailed men older age group, average age was 71 ± 10 year (41–91 years). Researching methods in the work were: the definition of the level of total prostate specific antigen (PSA). As a refinement of research methods used polyfokal needle biopsy of the prostate with histological examination of the material, using Gleason for the assessment of histological verification of the pathological process.

Key words: prostate cancer, benign prostatic hyperplasia (BPH), prostate specific antigen (PSA), Gleason scale.

Введение

Одной из важнейших проблем сохранения мужского здоровья является рак предстательной железы (РПЖ), который поражает 679 000 мужчин и вызывает каждый год 221 000 смертей. В этиопатогенезе рака предстательной железы важную роль играют следующие факторы:

- конституциональные факторы риска (ожирение увеличивает риск),
- возрастные (до 50 лет диагностируется не менее 0,7% этих новообразований, а в возрасте после 65 лет диагностируется 75–85% случаев),
- этнические, расовые, географические (в настоящее время самые высокие показатели заболеваемости выявлены у афроамериканцев, а самые низкие в Юго-Восточной Азии),
- генетико-семейные факторы (13–26% всех случаев рака предстательной железы, из которых 5% имеют ауто-сомно-доминантное наследование).

В качестве ранней диагностики РПЖ и мониторинга развития этого заболевания в конце 80-х гг. стали определять уровень простатического специфического антигена (ПСА) в сыворотке крови с помощью иммуноферментного и радиоиммунного анализов. Повысится ли эффективность лечения после скрининга на уровень ПСА у мужчин старше 50 лет? До недавнего времени этот тест являлся золотым стандартом в проведении обследования у мужчин на предмет выявления рака предстательной железы. Однако, Целевая профилактическая служба Соединенных Штатов

(U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) не рекомендует проведение теста на уровень ПСА для скрининговой диагностики РПЖ у мужчин в возрасте старше 50 лет, обосновывая данный факт тем, что тест на уровень ПСА не дает точного ответ на вопрос о том, какой рак у пациента (агрессивный или неагрессивный), что в последующем может привести к неоправданному хирургическому и лучевому лечению, сопровождающемуся большим количеством осложнений [1].

Согласно данным европейской ассоциации урологов определение уровня ПСА в сыворотке крови в качестве скрининговой диагностики РПЖ приводит к гипердиагностике последнего. Помимо этого в 15–20% случаях РПЖ определяется у мужчин с уровнем ПСА в пределах референсных значений [2, 3].

Поэтому, согласно клиническим рекомендациям ассоциации онкологов России, не существует определенного дискриминационного уровня ПСА, однократное определение этого показателя неинформативно, в связи с чем уровень ПСА следует прослеживать в динамике [4]. Так как однократное определение общего ПСА неинформативно, Европейская ассоциация урологов рекомендует определение соотношения «свободный ПСА/общий ПСА» для достоверности полученного результата анализа при значении общего ПСА ≥ 10 нг. При соотношении fPSA/tPSA менее 15% – прогноз неблагоприятный, что дает возможность заподозрить РПЖ.

Было показано, что скрининг ПСА уменьшает смертность от рака, но в то же время он может быть причиной гипердиагностики, тем самым провоцируя серьезные осложнения, вызванные лечением ранних форм и обусловленные тем, что в онкологии применяют агрессивные методы лечения (расширенные оперативные вмешательства, лучевую терапию, химиотерапию, гормонотерапию), которые могут значительно влиять на качество жизни больного.

Цель исследования: выявить взаимосвязь между степенью злокачественности РПЖ и уровнем ПСА крови.

Материал и методы

В урологическом и онкологическом отделениях на базе Клиники Башкирского государственного медицинского университета (г. Уфа) в 2013 году была произведена полифокальная пункционная биопсия предстательной железы из 12 точек (для получения достаточного количества материала для исследования) 537 больным, у 380 из них был выявлен рак предстательной железы.

Гистологическая оценка дифференцировки рака простаты проводилась в биопунктатах. Для оценки гистологической верификации патологического процесса использовали показатель Глисона (Gleason) согласно шкале градаций Глисона.

Полученные данные обрабатывались в программах Microsoft Excel и Statistica 6 с помощью методов описательной статистики (количество наблюдений, среднее значение, стандартное отклонение, минимальные и максимальные значения).

Результаты и их обсуждение

Возраст обследованных больных с заболеваниями предстательной железы варьировал от 41 до 91 года. В группе пациентов с диагностированным РПЖ средний возраст составил 71 ± 10 лет (41–91 год), с выявленной доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) возраст составил 69 ± 9 лет (48–91 год). Возрастная гетерогенность в распределении больных по нозологии не наблюдалась: как РПЖ, так и ДГПЖ определялись, в основном, в старшей возрастной группе. Средний уровень ПСА в группе больных с диагностированным РПЖ составил $22,3 \pm 2,25$ нг/мл (max: 842 нг/мл, min: 0,2 нг/мл), в группе больных с ДГПЖ – $9,15 \pm 0,65$ нг/мл (min: 0,3 нг/мл, max: 68,3 нг/мл). Средний уровень ПСА крови у пациентов с выявленным РПЖ превышает аналогичный показатель у исследуемых с ДГПЖ.

У отдельных пациентов выявлено незначительное повышение уровня ПСА при доброкачественной гиперплазии, при раке предстательной железы значения ПСА колеблются от высоких (842 нг/мл) до нормальных показателей. Значение порогового уровня ПСА в сыворотке крови в скрининговых программах ориентировано на 4 нг/мл. В таблице представлены данные уровня сывороточного ПСА у больных с раком простаты и ДГПЖ.

У большинства больных раком простаты концентрация ПСА в сыворотке крови колебалась в пределах: до 4 нг/мл и 4–10 нг/мл – у 68 (17,9%) и 105 (27,6%) больных соответственно, 10–20 нг/мл – 108 пациентов (28,4%), 20–50 нг/мл – у 74 больных (19,5%), 50–100 нг/мл – у 16 (4,2%) больных и выше 100 нг/мл было у 9 (2,4%) больных. Исследование J. Oesterling показало, что 20–40% всех злокачественных новообразований предстательной железы сопровождаются

нормальной концентрацией ПСА в сыворотке крови. Аналогичные результаты были получены и в данной работе: в 17,9–27,6% наблюдается нормальная концентрация ПСА. Согласно J. Oesterling, чувствительность метода недостаточна для определения латентного, фокального, высококодифференцированного рака простаты, поэтому предлагается проводить оценку дифференцировки рака простаты в биопунктатах, используя шкалу Глисона. В результате были получены следующие данные:

- в 77 случаях обнаружена очень агрессивная низкодифференцированная форма рака (8–10 баллов);
- в 52 случаях – высококодифференцированная форма рака с очень низкой степенью агрессии (2–4 балла);
- в 251 случае – умеренно агрессивная форма рака (5–7 баллов).

При анализе зависимости степени злокачественности РПЖ и уровень ПСА крови коэффициент корреляции моментов произведений (коэффициент Пирсона) составил 0,107, что свидетельствует о значимой положительной корреляционной связи. Положительный коэффициент Пирсона позволяет нам говорить о существовании корреляционной зависимости уровня ПСА крови от степени злокачественности РПЖ.

ТАБЛИЦА.

Уровень сывороточного ПСА (нг/мл)

Возраст	Средний уровень сывороточного ПСА (нг/мл)		
	норма	РПЖ	ДГПЖ
40-49	2,5	5,6	5,9
50-59	3,5	21,3	10,2
60-69	4,5	27,8	8,5
Более 70	6,5	20,2	9,5

Выводы

Таким образом, полученная прямо пропорциональная зависимость говорит о том, что чем больше уровень общего ПСА в сыворотке крови у пациентов, тем агрессивнее форма рака по результатам гистологической оценки в биопунктатах с использованием показателей Глисона. Однако результаты исследования показали, что 17,9–27,6% всех злокачественных новообразований предстательной железы сопровождаются концентрацией ПСА в сыворотке крови в пределах референсных значений. Причем в проведенном исследовании как РПЖ, так и ДГПЖ диагностировался в основном в старшей возрастной группе.



ЛИТЕРАТУРА

1. Eckersberger E., Finkelstein J., Sadri H. et al. Screening for Prostate Cancer: A Review of the ERSPC and PLCO Trials. Department of Urology, School of Medicine. New York: New York University, 2009.
2. Schroder F.H., Hugosson J., Roobol M.J. et al. Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. ERSPC Investigators. 2009.
3. Guidelines on Prostate Cancer. European Association of Urology. 2014.
4. Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных раком предстательной железы. Ассоциация онкологов России. 2014.
Klinicheskiye rekomendacii po diagnostike i lechenyu bolnich rakom predstatelnoy zhelezy. Assotiatia onkologov Rossii. 2014.