

М.И. Петричко, А.Г. Антонов

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРОСТАТЫ У БОЛЬНЫХ С СИМПТОМАМИ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Рак предстательной железы (РПЖ) — злокачественная опухоль, находящаяся в центре внимания ученых в течение целого ряда лет в связи с быстрыми темпами роста заболеваемости во всем мире (В.Н. Степанов с соавт., 1998; Б.П. Матвеев, 2001).

В России опухоли предстательной железы составляют 5% от всех злокачественных новообразований у мужчин, занимая 4 место по заболеваемости. Смертность от РПЖ в структуре общей смертности от онкологических заболеваний составляет 3,9% (И.Г. Русаков с соавт., 2001; Н.Н. Трапезников с соавт., 2001).

В то же время велик удельный вес сочетания рака простаты с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) и хроническим простатитом (ХП), заболеваниями, сопровождающимися симптомами нарушения мочеиспускания (М.Ф. Трапезникова с соавт., 1996; W.D.E. Miersch et al., 1996). Это в значительной степени затрудняет диагностику онкологического процесса, особенно на ранней стадии. Ранняя диагностика рака простаты у больных с расстройствами мочеиспускания является одной из наиболее актуальных проблем современной урологии (О.Б. Лоран, 1999; Д.Ю. Пушкарь с соавт., 2001).

Цель исследования: оценить эффективность основных методов диагностики рака простаты у больных с симптомами нарушения мочеиспускания (СНМ).


Обследовано 210 мужчин с клиникой нарушения мочеиспускания в возрасте от 41 до 92 лет, (средний возраст 66,8 года). Клиническими проявлениями расстройств мочеиспускания были вялость струи — у 172 пациентов (81,90%), ночная поллакиурия — у 163 (77,62%), затрудненное мочеиспускание — у 116 (55,23%),

странгурия — у 59 (28,10%), дневная поллакиурия — у 31 (14,76%). Всем больным проведено ПРИ, исследование общего ПСА крови, ТРУЗИ с измерением объема простаты и расчетом плотности ПСА (ПСА D), полифокальная биопсия простаты из 6—9 точек биопсийным пистолетом с диаметром иглы 16G, морфологическое исследование биоптатов, компьютерная морфометрия зон ядрышковых организаторов (ЗЯО). Статистическая обработка проведена на IBM-совместимом компьютере с помощью пакета прикладных статистических программ Statistica 5.5.


# Тонокардин®

doxazosin

ЭФФЕКТИВНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДГПЖ



Одно  
РЕШЕНИЕ  
ДВУХ  
ПРОБЛЕМ:  
препарат  
выбора  
при сочетании  
ДГПЖ  
и гипертонии

 PLIVA

**Эффективность методов диагностики рака простаты у больных с симптомами нарушения мочеиспускания**

Результаты обследования	Метод диагностики			
	ПСА	ПРИ	ТРУЗИ	морфометрия
Истинноположительные	41	29	30	17
Истинноотрицательные	14	90	116	139
Ложноположительные	154	78	52	9
Ложноотрицательные	1	13	12	14
Всего	210	210	210	179
Чувствительность, %	97,61	69,04	71,42	54,83
Специфичность, %	83,3	53,5	69,04	93,91
Точность, %	26,19	56,66	69,52	87,15

При морфологическом исследовании биоптатов РПЖ выявлен у 42 обследуемых (20%), ДГПЖ — у 48 (22,85%), сочетание ДГПЖ и ХП — у 48 (22,85%). Остальные 34,27% случаев составили различные формы ПИН в сочетании с ДГПЖ и хроническим простатитом: ДГПЖ и ПИН низкой степени — 18 (8,57%), ДГПЖ и ПИН высокой степени — 22 (10,47%), ДГПЖ, ХП и ПИН низкой степени — 20 (9,52%), ДГПЖ, ХП и ПИН высокой степени — 12 (5,71%).

При анализе клинических проявлений выявлено преобладание ирритативных симптомов в возрастной группе до 60 лет и обструктивных — у лиц старше 60 лет. Зависимости клинических симптомов от морфологического диагноза выявлено не было.

С учетом возрастнo-специфических дискриминационных уровней повышение ПСА было выявлено у 93% пациентов. Впоследствии РПЖ выявлен у 41 из них (19,52%), а у 1 пациента (0,48%) РПЖ обнаружен на фоне нормального уровня PSA. Увеличение уровня ПСА более 30 нг/мл было высокоспецифичным для РПЖ. При оценке эффективности определения уровня общего ПСА в диагностике рака простаты получены следующие показатели: чувствительность метода — 97%, специфичность — 8%, точность — 26%.

При проведении пальцевого ректального обследования у 107 пациентов (51%) были выявлены признаки, нетипичные для аденоматозного перерождения простаты. В последующем у 29 из них (13%) был подтвержден диагноз РПЖ. Для рака простаты было характерно наличие узловых образований (40,5%), асимметрия долей (59,5%), плотная или "хрящевидная" консистенция органа при пальпации (соответственно, 47,6 и 30,9%). Эф-

фективность ПРИ в диагностике рака простаты у пациентов с СНМ была следующей: чувствительность метода — 69%, специфичность — 53%, точность — 56%.

При ТРУЗИ рак простаты был заподозрен у 146 пациентов (69%). В дальнейшем он был подтвержден у 30 больных (14,3%), а у 12 (5,7%) обследуемых соноскопическими признаками РПЖ впоследствии рака выявлено не было. Наибольшую актуальность имело выявление гипоехогенных участков в периферической зоне простаты — 80% случаев.

Плотность ПСА изменялась от 0,24 при ДГПЖ до 0,59 при РПЖ. Сочетание доброкачественной гиперплазии с ХП или ПИН любой степени сопровождалось повышением ПСА D от 0,32 до 0,39. Эффективность ТРУЗИ составила: чувствительность метода — 71%, специфичность — 69%, точность — 69%.

При морфометрии злокачественное состояние эпителия выявлено в 29 случаях (16,2%), из них РПЖ диагностирован впоследствии у 20 пациентов (11,2%). В 32 случаях (17,9%) при морфометрии установлена ПИН высокой степени. При оценке эффективности морфометрии отмечена низкая чувствительность (59%) и высокая специфичность (94%) и точность (87%).

Таким образом, диагностика РПЖ при заболеваниях, сопровождающихся СНМ, должна быть основана на последовательном применении ПСА, ПРИ, ТРУЗИ и полифокальной биопсии с последующим морфологическим и морфометрическим исследованием биоптатов. У больных с СНМ снижается специфичность и точность ПСА, что обусловлено различными когортами обследуемых (от здоровых мужчин 50 лет до возрастных групп повышенного риска), разными фирмами — производителями диагностикумов и наличием сочетанной патологии предстательной железы. В то же время повышается значимость ПРИ, особенно у больных с нормальным уровнем ПСА. Выявление гипоехогенных зон при ТРУЗИ у больных с СНМ в диагностике РПЖ обладает достаточной эффективностью. В случаях сомнительной гистологической картины и наличия ПИН высокой степени рекомендовано использование морфометрии как дополнительного метода дифференциальной диагностики РПЖ. Морфометрическая картина ПИН высокой степени позволяет выделить особую группу риска по РПЖ, которая требует динамического наблюдения и повторной биопсии.

