

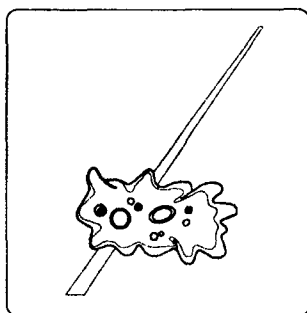
говорить о серьезном подозрении на РПЖ. Этой категории больных показана сектантная биопсия простаты с последующим морфологическим и морфометрическим исследованием биоптатов.

В случае морфологического подтверждения РПЖ морфометрия дает дополнительную информацию о степени дифференциации опухоли, что в совокупности с градацией по Глиссону 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 Глиссона 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.

течение 1 мес. у 14 больных. Морфологические изменения (патоморфоз II степени) появились к 3 мес. во всех случаях, независимо от вида кастрации. В одном случае по указанным критериям эффекта не было, отмечена гормонорезистентность и назначено лучевое лечение.

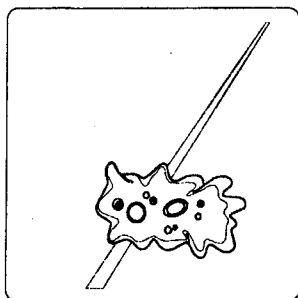
Выводы

1. Клинико-функциональная положительная динамика начинается с 1 нед., наиболее выраже-

на в течение 1 мес. и к 30 дню одинаково эффективна, независимо от вида МАЕ.

2. Морфологические признаки в виде лечебного патоморфоза появляются к 3 мес. от начала терапии.

3. Активный мониторинг больных раком простаты в условиях комплексного динамического обследования позволяет своевременно заподозрить наличие гормонорезистентности опухолевого процесса.



В.И. Цыганков, Н.П. Мельникова, М.И. Петричко, А.Г. Антонов

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЯДЕРНО-ЯДРЫШКОВОГО АППАРАТА ЭПИТЕЛИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

В связи с ростом заболеваемости раком предстательной железы разработка новых подходов, расширяющих возможности традиционной морфологической диагностики, продолжает оставаться актуальной. В этой связи мы обратили свое внимание на компьютерную морфометрию зон ядрышкового аппарата (ЗЯО), представляющего собой хромосомный участок, где локализуется рибосомальная ДНК, связанная с кислыми негистоновыми белками, для выявления которых используются их аргирофильные свойства.

Однако в индивидуальной клинико-диагностической трактовке результатов морфометрических исследований в настоящее время существует определенная проблема. Суть ее состоит в том, что визуальная морфологическая диагностика и морфометрическая диагностика основаны каждая на своих методических подходах, своем языке и понятиях. Решение этой проблемы, на наш взгляд, возможно путем создания морфометрических классификаций, которые можно было бы в той или иной степени согласовывать и с морфологической диагностикой.

В работе исследованы биоптаты предстательной железы 180 пациентов, которым данное исследование проводилось в связи с повышенным уровнем в крови простатспецифического антигена. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином-эозином, по Ван-Гизону, а также 50% раствором $AgNO_3$ [6] для выявления активности ЗЯО. Компьютерный морфометрический анализ ядерно-ядрышкового аппарата проводили с помощью анализатора изображений "Мекос", статистическую обработку результатов измерений — в пакете прикладных программ "Statistica 5.0".

При переходе от нижестоящего гистотипа к вышестоящему морфометрические показатели непрерывно и монотонно возрастали. Наиболее информативными, на наш взгляд, являются изменения значений суммарной площади ЗЯО и их дисперсии. Особо значимо возрастание значений дисперсии суммарной площади ЗЯО при переходе от 4 к 5 гистотипу, что, на наш взгляд, отражает возрастание полиморфизма ядрышек.

С позиции теории информации наибольшим запасом структурной устойчивости обладает эпителий первого гистотипа, о чем говорят величiny коэффициентов избыточности морфометрических показателей, существенно превышающие

Клинико-морфологическая трактовка результатов компьютерной классификации морфометрических показателей ядерно-ядрышкового аппарата эпителия предстательной железы

Морфометрическое заключение	Морфологическая интерпретация
Гистотип 1	Эпителий без морфометрических признаков ПИН
Гистотип 2	Эпителий с морфометрическими признаками ПИН-1
Гистотип 3	Эпителий с морфометрическими признаками ПИН-2
Гистотип 4	Эпителий с морфометрическими признаками ПИН-3 или аденокарцинома с морфометрическими признаками низкой злокачественности
Гистотип 5	Аденокарцинома с морфометрическими признаками умеренно-низкой злокачественности
Гистотип 6	Аденокарцинома с морфометрическими признаками высокой злокачественности