

Определение уровня PSA выявило у больных тенденцию к увеличению значений PSA при раковом поражении простаты. Значения колебались в пределах 1,5-120 мг/л. При слабой степени дифференцировки опухоли отмечались высокие значения PSA, однако однозначной четкой зависимости нами выявлено не было. Так, в 5 случаях при слабодифференцированной аденокарциноме, поражающей обе доли простаты, PSA составлял 1,9-3,5 мг/л. Уровень PSA у больных с высокодифференцированной аденокарциномой всегда был выше 7,0 мг/л, но и в случаях с аденоматозной гиперплазией, особенно в сочетании с хроническим простатитом, цифры оказывались достаточно высокими (12,8—22,0 мг/л).

При аденокарциномах простаты обнаруживались разнообразные комбинации следующих цитологических признаков:

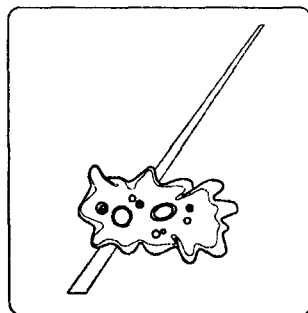
- ядрышки всегда увеличенные (более 1мкм в диаметре), значительное количество ядер с ядрышками,
- размер ядер более 10 мкм,
- расположение ядер (вариабельность расстояний между ядрами в комплексах, высокая частота наложений ядер),
- полиморфизм ядер,
- диссоциация клеток (повышенное количество голых ядер, увеличение количества клеток, лежащих отдельно от клеточных комплексов).

На практике для постановки диагноза злокачественной опухоли простаты требуется обнаружить изменения не менее трех из вышеперечисленных критериев. Ни ядерно-цитоплазматическое отношение, ни гиперхромия ни гетерохромия ядер в отдельности не являются диагностически достоверными для диагностики рака.

Цитологические критерии интраэпителиальной неоплазии простаты (PIN) в настоящее время разработаны недостаточно. Цитолог чаще всего в предположительной форме может высказаться о наличии той или иной степени дискарриоза в пластах гиперплазированного эпителия, не исключая PIN. В ряде случаев PIN умеренной и тяжелой степени невозможно надежно дифференцировать от клеток высокодифференцированной аденокарциномы, реактивно измененного эпителия при гранулематозном простатите. Высокодифференцированную аденокарциному простаты чаще всего приходится дифференцировать с пролиферирующим эпителием при постатрофической гиперплазии, а также с пролиферативными изменениями простаты при базально-клеточной гиперплазии.

Ошибочный диагноз слабодифференцированной аденокарциномы возможен при неправильной трактовке присутствующего постоянно в препаратах инволюционно измененного эпителия семенных пузырьков и семявыносящих протоков. Выраженный анизокариоз и гиперхромия ядер в комплексах рыхло расположенных клеток действительно могут имитировать низкодифференцированную карциному, но обнаружение в цитоплазме клеток черно-зеленых, бурых гранул липофусцина (окраска по Романовскому) помогает правильно интерпретировать цитологическую картину.

Необходимо отметить также полезность дооперационного цитологического исследования аспиратов тазовых и парааортальных лимфоузлов, получаемых при помощи тонкой иглы под контролем УЗИ. Метод имеет чувствительность около 86% и специфичность около 100% и позволяет урологу выбрать подходящие методы лечения.



А.А. Матвеевко, А.Э. Мационис, Ю.Т. Ягубяц,  
М.И. Коган, В.А. Перепечай, В.Л. Медведев

## ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ ЭКСПРЕСС-АНАЛИЗ ТАЗОВЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ ЦИСТ- И ПРОСТАТЭКТОМИЯХ

*Ростовский государственный медицинский университет,  
Ростовское областное патолого-анатомическое бюро*

Начиная с 1998 г. цитологами Ростовского областного патолого-анатомического бюро совместно с кафедрой урологии РГМУ регулярно проводятся экспресс-цитологические интраоперационные исследования тазовых лимфоузлов (наружных, внутренних подвздошных и запирательных) при радикальных цист- и простатэктомиях. Рабочее место цитопатолога находится в предоперационной.

Отпечатки делают с 2-3 поперечных разрезов лимфоузла, в зависимости от его размера; один из разрезов обязательно проходит в районе ворот узла. Полученные препараты подсушивают и окрашивают по Романовскому-Гимза в течение 10-12 мин.

Эффективность данного исследования высока: процент совпадения цитологических заключений с гистологическими равен 100.

При раке мочевого пузыря (50 случаев) чаще всего оказываются поражены группы запарательных и внутренних подвздошных лимфоузлов справа (20% случаев) и слева (16%). Метастазирующими, как правило, оказываются низкодифференцированные эндодифитные Грейд-3 (G3) уротелиальные карциномы.

При экзофитных папиллярных формах G1-2, высоко- и умеренно-дифференцированных уротелиальных раках в лимфоузлах в подавляющем большинстве исследований наблюдается цитоморфологическая картина хронического неспецифического лимфаденита с высокой макрофагальной активностью. В части крупных лимфоузлов отмечается липоматоз. Помимо лимфатических узлов при цистэктомиях на исследование доставляют фрагменты мочеточников для экспресс-анализа отпечатков с краев резекции. При поражении раком предстательной железы (62 больных) метастазы выявлены у 2 пациентов. Опухолевые отсевы у данных больных обнаруживали во внутренних подвздошных лимфоузлах, причем по результатам дооперационного гистологического исследования, аденокарцинома у них определена в обеих долях простаты и в семенных пузырьках. Все метастазирующие раки идентифицированы как низкодифференцированные аденокарциномы (Глиссон 8-9).

В большинстве лимфоузлов, исследованных при радикальной простатэктомии (88%), наблюдалась морфологическая картина хронического неспецифического лимфаденита. В части макрофагов обнаруживали смешанную микрофлору с преобладанием кокковых форм микроорганизмов. В данной группе больных коэффициент Глиссона составлял от 3 до 5, то есть аденокарциномы варьировали от высоко- до среднелдифференцированных.

# Диферелин 3,75 мг

triptorelin

Оригинальный аналог гонадотропного рилизинг-фактора в урологии



**Надежная и безопасная альтернатива орхидэктомии при аденокарциноме предстательной железы**

Таким образом, сочетание дооперационной биопсийной гистологической диагностики опухолей мочевого пузыря и простаты с последующим интраоперационным цитологическим экспресс-анализом тазовых лимфоузлов позволяет избежать неадекватных радикальных цист- и простатэктомий, тем самым положительно влияя на отдаленные результаты лечения.

