

Раннее выявление рака предстательной железы

Согласно статистическим данным, рак предстательной железы по частоте занимает в развитых странах 2–3-е место среди злокачественных новообразований у мужчин (после рака лёгких и рака желудка). Относительно редко рак предстательной железы регистрируется у жителей Японии и некоторых других стран Азии, а наиболее часто – в Европе и Северной Америке. Помимо различных факторов (табл. 1, 2), существуют и этнические: заболевание чаще регистрируется у афроамериканцев (до 200 случаев на 100 тыс. человек).

Симптомы рака могут носить воспалительный и (или) обструктивный характер. К сожалению, зачастую заболевание длительно протекает латентно. При беседе с пациентом следует обратить внимание на такие симптомы, как:

- тупая боль в нижних отделах таза;
- нарушение мочеиспускания:
 - частое, болезненное мочеиспускание,
 - жжение при мочеиспускании,
 - недержание мочи,
 - слабый напор мочи;
- кровь в моче, сперме;
- эректильная дисфункция, боль при эякуляции;
- боль в пояснице, бёдрах;
- снижение аппетита, уменьшение массы тела;
- боль в костях.

Простатспецифический антиген (ПСА) – это вещество белковой природы, которое синтезируется в

предстательной железе и является важнейшим маркером её злокачественного перерождения.

Определение уровня ПСА, наряду с пальцевым ректальным исследованием, относится к «золотому стандарту» диагностики рака предстательной железы. Внедрение в повседневную практику анализа на определение ПСА позволило увеличить выживаемость пациентов с раком предстательной железы на 25 %. Помощь в диагностике заболевания также даёт трансректальное ультразвуковое исследование (ТрУЗИ).

Забор крови на ПСА следует осуществлять **строго до** проведения пальцевого исследования, биопсии ткани предстательной железы или любых инвазивных процедур на мочевыводящих путях (цистоскопии, катетеризации мочевого пузыря и пр.). Кроме этого, пациентам рекомендуется половое воздержание до 2 дней до взятия крови, поскольку эякуляция может спровоцировать увеличение концентрации ПСА. В противном случае повышается вероятность получения ложно-положительных результатов. Уровень ПСА повышается на фоне некоторых препаратов, которые используются при аденоме простаты (например, финастерид).

В настоящее время нет единого мнения относительно того, в каком возрасте следует начинать мониторинг ПСА, однако большинство экспертов считают, что каждому мужчине в возрасте старше 40 лет целесообразно регулярно проводить пальцевое ректальное исследование и определение уровня ПСА.

Таблица 1. Некоторые факторы риска развития рака предстательной железы

Фактор риска	Степень увеличения риска
Этническая группа (афроамериканцы, жители Карибского бассейна)	В 2–3 раза
Родственники с раком предстательной железы	В 2 раза
Родной брат с раком предстательной железы	В 3 раза
Рак предстательной железы у родственников первой линии (отец, брат, дед) в возрасте до 60 лет	В 4 раза
Рак грудной железы у родственницы в возрасте до 40 лет	Повышен
Рак толстой кишки или другого отдела ЖКТ	Повышен

Таблица 2. Рост частоты рака предстательной железы с возрастом (Великобритания) [1]

Возраст, лет	Число случаев (на 100 тыс. мужчин)
44–49	9
55–59	114
65–69	449
Старше 85	894

Алгоритм ранней диагностики рака предстательной железы

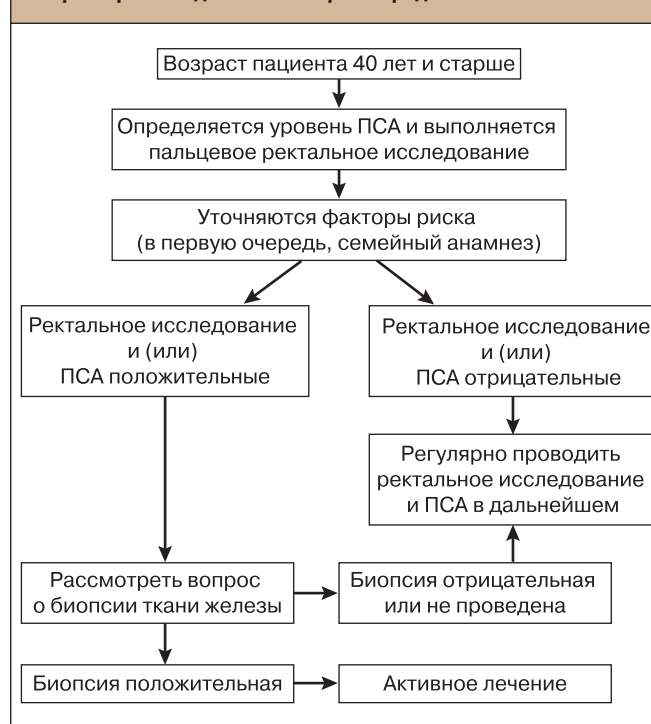


Таблица 3. Нормальные уровни ПСА

Возраст пациента, лет	Нормальный уровень ПСА, нг/мл
40–49	0–2,5
50–59	0–3,5
60–69	0–4,5
70–79	0–6,5

Уровень ПСА увеличивается с возрастом, однако он всё равно должен оставаться в определённых границах нормы (табл. 3). Быстрое нарастание уровня ПСА за короткий промежуток времени говорит о высокой вероятности рака предстательной железы. В этом случае следует рассмотреть вопрос о биопсии ткани.

Хотя рак предстательной железы является наиболее частой причиной увеличения уровня ПСА, следует учитывать, что ПСА может быть повышен и при других заболеваниях. Так, не следует определять ПСА во время острых воспалительных заболеваний нижних отделов мочевыводящих путей. В этих случаях анализ следует перенести на месяц после купирования симптомов инфекции.

Уровень ПСА повышается при аденоме (доброкачественной гиперплазии) предстательной железы, при этом чем больше увеличена железа в размере, тем больше ПСА она продуцирует.

Собственно повышенный уровень ПСА не является абсолютным доказательством наличия рака, поэто-

му для подтверждения диагноза требуется ТрУЗИ и биопсия.

Контроль ПСА помогает при наблюдении за течением уже диагностированного рака простаты и эффективностью проводимого лечения. После простатэктомии в крови больного ПСА больше определяться не должен, в противном случае можно говорить о возможном рецидиве рака.

Литература

1. New guidelines on PSA testing for primary care // Urology SSG Bristol. 2009. 10 p.
2. Prostate-specific antigen best practice statement: 2009 Update // American urology association. 2009. 81 p.
3. Bostwick D.G., Burke H.B., Djakiew D. et al. Human prostate cancer risk factors // Cancer. 2004. 101: 2371–2490.
4. Allaf M.E., Carter H.B. Update on watchful waiting for prostate cancer // Curr Opin Urol 2004. 14: 171–175.

Editorial: Early detection of prostate cancer

According to statistics, prostate cancer is number 2–3 in frequency among malignant tumors in men in developed countries (after lung and stomach cancer). Symptoms of prostate cancer may be inflammatory and / or obstructive. Unfortunately, the disease often takes a long time without symptoms. Prostate specific antigen (PSA) is a substance of protein nature synthesized in the prostate gland. PSA is a very important marker of malignant transformation. Determining the level of PSA and digital rectal examination are both the gold standard of prostate cancer diagnosis.

Опыт международного сотрудничества

Впервые в МОНИКИ, в соответствии с Меморандумом о сотрудничестве между МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского и госпиталем «Джей-Пи-Эс Хелт Нетуорк», США, Техас, 4 июня 2010 г. состоялась видеоконференция, посвящённая медицинским исследованиям.

Данный госпиталь осуществляет амбулаторную и госпитальную помощь, готовит большое число резидентов и принадлежит к числу передовых учреждений, развивающих подготовку специалистов общей врачебной практики и разрабатывающих идеологию оказания первичной помощи.

Один из разделов конференции был посвящён остеопорозу с точки зрения врача общей практики, терапевта и эндокринолога.

Учёными МОНИКИ были представлены стендовые доклады «Уровень знаний врачей по проблеме остеопороза в Московской области» и «Качество медицинской помощи пациентам с остеопорозом в Московской области», созданные совместно кафедрами общей врачебной практики и эндокринологии.

Доклады вызвали большой интерес и получили высокую оценку зарубежных коллег. В режиме онлайн произошел обмен мнениями по вопросам диагностики, профилактики и лечения остеопороза в наших странах, в котором приняли участие заведующий кафедрой эндокринологии МОНИКИ, главный эндокринолог Московской области, профессор Древалев А.В., доцент кафедры общей врачебной практики, главный специалист по общей врачебной практике Московской области Шевцова Н.Н., доцент кафедры эндокринологии Марченкова Л.А.

В выступлении декана ФУВ МОНИКИ, профессора Агафонова Б.В. было акцентировано внимание на необходимости внесения изменений в программу подготовки врачей общей практики по разделу «остеопороз». Организаторы конференции поддержали предложение о проведении совместной международной конференции в МОНИКИ осенью 2010 г.

Следует отметить высокое качество обеспечения видеосвязи сотрудниками Медицинского информационно-аналитического центра МОНИКИ.