

Инцидентальный рак предстательной железы — случайность или результат неполного обследования пациента?

А. Г. Усс, М. А. Франк, Ш. Ш. Шамуратов
Урологическое отделение МУ ГКБ № 40, г. Екатеринбург

Среди заболеваний, вызывающих развитие симптомов нижних мочевых путей (СНМП) у мужчин наибольшее количество приходится на доброкачественную гиперплазию предстательной железы (ДГП) и рак простаты (РП). Появление симптомов нижних мочевых путей заставляют пациента обратиться к врачу, либо самостоятельно предпринять попытки лечения. СНМП при ДГП могут стать критерием для своевременного назначения терапии, либо при их прогрессировании — показанием к оперативному вмешательству, а при РП — симптомы нижних мочевых путей, к сожалению, свидетельствуют о местно-распространенном, либо генерализованном раке простаты. Мы не ставили целью в данной работе говорить о целесообразности проведения скрининг — обследования мужчин и выявлении рака простаты в субклинических стадиях. Речь идет о пациентах, когда решается вопрос о назначении лечения при наличии СНМП.

Лечение при этих заболеваниях принципиально различно, в связи с этим проведение дифференциальной диагностики в тех случаях, когда пациент обращается с клиническими проявлениями СНМП, обязательно. К сожалению, не всегда выполняется стандарт диагностики: к примеру, когда при СНМП производится только лишь трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) и пальцевое исследование простаты; либо недооцениваются или не точно интерпретируются данные простато специфического антигена (ПСА). Интерпретация числовых величин простатспецифического антигена в крови у этих больных затруднена вследствие наличия гиперплазированных узлов. Полностью исключить наличие рака предстательной железы у больного, которому планируется назначение консервативной

терапии по поводу доброкачественной гиперплазии, на сегодняшний день не всегда представляется возможным, особенно когда речь идет о первичном приеме пациента. Но в процессе наблюдения за этим пациентом имеется возможность контроля ПСА, кроме того, при сомнении можно выполнить полифокальную биопсию.

Иное развитие событий возможно в тех случаях, когда больному выполняется ТУР по поводу ДГПЖ и при этом не полностью исключен диагноз РП.

По данным аутопсийных исследований установлено, что у 30% мужчин старше 50 лет присутствуют очаги аденокарциномы в простате, не все эти опухоли являются биологически инертными. В настоящий момент далеко не всегда можно прогнозировать, разовьется ли такой случайно найденный инцидентальный «гистологический» рак в клинически значимую опухоль со всеми вытекающими из этого последствиями или будет пребывать в стадии латентной карциномы.

Трансуретральная резекция простаты (ТУРП), признанная «золотым стандартом» лечения доброкачественной гиперплазии простаты (ДГПЖ), применяется в большой группе больных различного возраста и соматического статуса. Факт находки инцидентального рака диктует различные подходы в определении дальнейшего лечения этих больных, что зависит как от морфологической картины, так и от стадии заболевания.

Однако следует сказать, что морфологическая характеристика всей удаленной ткани при ТУР крайне затруднительна. Определение стадии случайно выявленного при ТУР рака, когда речь идет о 5% опухолевой ткани от объема удаленной, редко где выполняется. Это же касается и определения степени дифференцированности опухолевой ткани. Кроме того, есть сведения, что выполнение радикальной простатэктомии после ТУР простаты вызывает некоторые технические трудности, обусловленные возникновением перипростатических

Усс Алексей Григорьевич — врач уролог;

Франк Михаил Александрович — заслуженный
врач РФ, к. м. н., зав. урологическим отделением
МУ ГКБ № 40, г. Екатеринбург;

Шамуратов Шарустан Шаниязович — врач уролог.

рубцовых изменений. Нами выполнено 2 таких операции. Мы встретили трудности при выделении семенных пузырьков и задней поверхности простаты. Таким образом, не всегда можно соблюсти принципы радикализма в случае предшествующей ТУР простаты.

Следовательно, инцидентальный рак ставит перед врачом целый ряд трудно решаемых вопросов. Выход лишь один: тщательная диагностика для исключения рака простаты там, где казалось бы, диагноз ДГП не вызывает сомнений.

Мы имеем опыт лечения 2077 пациентов (с 1995 по 2003 год), которым была выполнена трансуретральная резекция простаты по поводу ДГПЖ. Следует отметить, что в этот временной отрезок становился доступным и только лишь внедрялся метод определения ПСА, а случаи выполнения биопсии простаты были единичными. Во всех случаях, когда мы выполнили ТУРП, материал был направлен на патоморфологическое исследование. Данные по частоте инцидентального рака в этой серии представлены в сводной таблице, составленной с использованием базы данных PUBMED.

Цифры относительно невелики, и все же не менее 125 пациентов в анализируемой нами группе могли бы иметь установленный диагноз рака простаты до выполнения ТУР, и лечение, соответственно, было бы иным. Изменилась ли ситуация в настоящее время после широкого внедрения скрининга ПСА.

Мы провели анализ собственного материала за последние 18 месяцев. Критериями стали: количество выполненных полифокальных биопсий простаты; положительные ответы при исследовании биопсийного материала; количество инцидентальных случаев рака простаты при ТУР простаты. За этот период времени нами произведено 173 полифокальные биопсии. Биопсии проводились по стандартной методике из 6 точек простаты, в 3 случаях выполнялась повторная биопсия с взятием материала из 12 точек. Показанием к выполнению служили: повышение уровня ПСА > 4 нг/мл; либо процент свободной фракции ПСА < 15%. Кроме того, в ряде случаев показанием к биопсии простаты послужили лишь пальпаторные данные при нормальных показателях ПСА. Положительные результаты получены в 54 случаях (31,1%), при этом суспензионные раки были выявлены в 42 случаях (24,2%).

За этот же период нами выполнена 241 трансуретральная резекция простаты с диагнозом доброкачественной гиперплазии. В 7 случаях выявлен рак предстательной железы, что составило 2,9%. Таким образом, за последние 18 месяцев имеется уменьшение инцидентального рака более чем на 3% в сравнении с нашими данными за 2005 год, и почти на 5% в сравнении с данными сводной статистики. В 18 случаях выявленного нами рака простаты была выполнена радикальная простатэктомия, в остальных случаях выбраны другие методы лечения.

Мы считаем обязательным проведение полного обследования, направленного на выявление РП у пациентов с СНМП и установленным диагнозом ДГП. Выявление РП принципиально изменяет тактику лечения этой категории пациентов.

Несмотря на сокращение количества инцидентального рака при ТУР простаты, имеются возможности для улучшения диагностики, возможно путем изменения критериев для выполнения биопсии простаты (ПСА > 3 нг/мл).

Особенно важно это положение при выборе консервативной терапии, либо наблюдательной тактике.

Обязательным считаем контроль ПСА, выполнение ТРУЗИ и проведение диспансерных осмотров ежегодно у этой категории пациентов. С особой осторожностью следует интерпретировать данные у больных, которые получают по поводу ДГПЖ ингибиторы 5 α -редуктазы.

Таблица. Частота инцидентального рака предстательной железы

Авторы	Методика операции	Количество пролеченных пациентов	Частота инцидентального рака, %
Andersen G. A. 1993	ТУРП	996	9,20
van Andel G. 1995	-----	392	4,00
Bales G. T. 2000	ТУРП	422	12,50
Zigeuner R. F. 2003	ТУРП, АЭ*	2 422	13,00
Hayakava T. 2002	ТУРП	463	3,20
Hollt W. 1990	ТУРП	140	11,40
Hradec E. 1980	ТУРП, АЭ*	891	7,70
Masuda M. 1989	ТУРП	461	8,20
Munakata A. 1990	АЭ*	244	14,30
Stillwell T. J. 1989	АЭ*	468	6,00
Ye M. 1995	-----	522	4,98
Франк М. А. 2005	ТУРП	2 077	6,26

Примечание. Средний процент частоты инцидентального рака по данным таблицы составил 7,75%.

* – открытые хирургические энуклеации (аденомэктомии).