

УДК 616.65-006.6-07

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Г.Н. Алексеева¹, Л.И. Гурина², Л.Ф. Писарева³, В.Э.А. Рознер⁴

¹Городская клиническая больница № 2 (690105 г. Владивосток, ул. Русская, 57), ²Приморский краевой онкологический диспансер (690105 г. Владивосток, ул. Русская, 59), ³НИИ онкологии СО РАМН (634009 г. Томск, пер. Кооперативный, 5), ⁴Городская больница № 2 (681000 г. Комсомольск-на-Амуре, ул. Культурная, 5)

Ключевые слова: предстательная железа, гиперплазия, рак, диагностика.

На материале 1110 наблюдений проведен анализ диагностической значимости методов обследования при подозрении на рак предстательной железы. Наиболее высокая чувствительность показана для определения в крови простатического специфического антигена. Трансректальное ультразвуковое исследование органа имело высокую значимость для уточняющей диагностики. Пальцевое ректальное обследование является доступным, неинвазивным и простым методом, что позволяет рекомендовать его активное применение при первичном осмотре пациентов. Авторы рекомендуют при подозрении на злокачественное новообразование предстательной железы после пальцевого ректального обследования выполнить анализ на содержание простатического специфического антигена в крови, трансректальное ультразвуковое исследование и биопсию органа.

Рак предстательной железы (РПЖ) является наиболее распространенной онкоурологической патологией на территории Российской Федерации и Приморского края [6, 8]. В 2009 г. стандартизованный показатель заболеваемости РПЖ в Приморском крае составил 23 на 100 000 населения, увеличившись в два раза по отношению к 1999 г. (11,3 на 100 000 населения, в России соответственно – 29,35 и 13,25 на 100 000 населения) [1, 6, 10]. Доля больных РПЖ, выявленных в I–II стадиях заболевания в Приморье, не превысила 19,7% (в России – 44,8%) [1, 10]. Вместе с тем диагностика опухолей простаты на ранних стадиях дает основную надежду на радикальное излечение [3, 4].

Целью исследования явился анализ диагностической значимости методов обследования пациентов с подозрением на РПЖ.

Материал и методы. Сравнивались три группы пациентов в возрасте 66,5±29,0 года (медиана – 65 лет). 1-я группа состояла из 530 человек с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), 2-я – из 530 человек с РПЖ. В 3-ю группу вошли 50 мужчин с простатической интраэпителиальной неоплазией (ПИН). Симптомы нарушения мочеиспускания оценивались по шкале IPSS-QoL [13]. Диагностика осуществлялась с использованием измерения уровня простатического специфического антигена (ПСА) крови, пальцевого ректального обследования и трансректальной сонографии предстательной железы [2, 5, 7, 12]. При наличии показаний выполнялись мультифокальная биопсия органа и компьютерная магнитно-резонансная томография малого таза.

Алексеева Галина Николаевна – канд. мед. наук, врач урологического отделения ГКБ № 2 Владивостока

Результаты исследования. При анкетировании у всех пациентов были выявлены различные расстройства мочеиспускания и другие симптомы, связанные с поражением предстательной железы. Наиболее часто регистрировались ирритативные симптомы – вялость струи мочи и ночная поллакиурия. Обструктивные симптомы – затрудненное мочеиспускание и острая задержка мочи – занимали по частоте 2-е место (табл.). Прослеживалась тенденция преобладания ирритативных симптомов в возрастной группе до 60 лет, обструктивных симптомов – у лиц старше 60 лет. Ни один из симптомов нарушения мочеиспускания не был характерным для РПЖ, но именно они послужили причиной первичного обращения к врачу. Мужчины старше 40 лет с расстройствами мочеиспускания составили группу риска для комплексного обследования и исключения злокачественного новообразования предстательной железы [15].

Пальцевое ректальное обследование являлось простым, доступным и дешевым, легковоспроизводимым и не вызывающим осложнений методом диагностики РПЖ. Нами разработаны правила выполнения этой манипуляции, определяющие последовательность действий врача:

1. Оценка общего состояния, телосложения, состояния кожи, грудных желез, пальпация печени, почек, подмышечных, шейных, над- и подключичных лимфатических узлов;

2. Пальпация забрюшинных и паховых лимфоузлов в вертикальном и горизонтальном положении больного при различных степенях приведения бедра к животу (определяются величина лимфатических узлов, их число, консистенция, болезненность, спаянность с кожей, подвижность, отсутствие или наличие лимфостаза, форма и величина мошонки, размер яичек);

3. Пальцевое ректальное обследование может быть проведено в коленно-локтевом положении, в положении лежа на боку с приведенными к животу ногами, в положении лежа на спине с согнутыми в коленях и несколько разведенными в стороны ногами [7, 9]: определяют максимальные размеры железы, форму, контуры, симметричность, границы, степень плотности, равномерность консистенции, наличие очагов уплотнения и флюктуации, болезненность, тонус ануса, состояние прямой кишки, подвижность стенки прямой кишки над предстательной железой, инфильтрацию

Таблица

Характеристика клинических симптомов у пациентов с заболеваниями предстательной железы

Симптомы	ДГПЖ		ПИН		РПЖ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Вялость струи мочи	484	91,3	45	90,0	475	89,6
Ночная поллакиурия	464	87,6	30	60,0	414	78,1
Затрудненное мочеиспускание	384	72,5	34	68,0	405	76,4
Острая задержка мочи	42	7,9	5	10,0	17	3,2
Болевой синдром	116	21,8	12	24,0	300	56,6
Интоксикация	78	14,7	6	12,0	118	22,3
Гематурия	21	3,9	7	14,0	35	6,6
Почечная недостаточность	14	2,6	6	12,0	24	4,5
Три симптома и более	365	69,0	38	76,0	424	80,0

окружающих тканей, степень сглаженности органа или отсутствие срединной борозды;

4. Пальпация семенных пузырьков выполняется по методу Пиккера в положении больного на корточках [12]: могут прощупываться тяжи инфильтрата, иногда болезненные, распространяющиеся к семенным пузырькам; в запущенных стадиях опухолевидный конгломерат может занимать всю железу, переходя без четких границ на окружающую клетчатку таза;

5. Разметка патологических изменений на условной схеме предстательной железы для правильного документирования полученных сведений и использования данных пальцевого ректального обследования при биопсии.

На собственном материале наиболее частыми изменениями предстательной железы, выявленными при пальпации, являлись ее увеличение (67,1 %), сглаженность междолевой борозды (58,6 %), наличие узловых образований (48,8 %). Для РПЖ были значимо характерны узловые образования (66,2 %) и асимметрия долей (32,8 %) органа. Что касается плотности железы, то при раке преобладали градации «плотная» (49,4 %) и «хрящевидная» (17,6 %).

Повышение уровня ПСА отмечено у 91,4 % пациентов. При этом наименьший средний показатель был характерен для ДГПЖ – $8,7 \pm 1,1$ нг/мл. У пациентов с ПИН уровень ПСА занимал промежуточное положение – $14,2 \pm 2,4$ нг/мл. При РПЖ уровень этого маркера в крови был наиболее высоким ($30,6 \pm 1,9$ нг/мл) и являлся специфичным для этого заболевания даже при отсутствии других симптомов.

В сложных диагностических случаях, например в интервале ПСА 4,0–9,9 нг/мл («серая зона») или 10,0–19,9 нг/мл, определялась плотность ПСА [13]. Показатель плотности варьировал от $0,13 \pm 0,02$ нг/мл/см³ при ДГПЖ до $0,49 \pm 0,03$ нг/мл/см³ при РПЖ. Плотность ПСА при РПЖ была значимо больше аналогичного показателя при ДГПЖ и ПИН. Определение плотности ПСА позволило уменьшить количество повторных биопсий предстательной железы на 7 %.

Обсуждение полученных данных. Трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы использовалось в качестве уточняющей методики после пальцевого ректального исследования и оценки уровня ПСА [11]. У всех обследуемых наблюдалась неоднородность паренхимы простаты: неровность контура железы зарегистрирована у 59,2 %, узловые образования – у 52,8 %, нечеткость контура – у 22,6 % и расширение семенных пузырьков – у 18,3 % пациентов. Наибольшую диагностическую значимость для РПЖ имело выявление гипоехогенных участков в периферической зоне железы. Этот признак значимо чаще наблюдался при раке (61,5 %) и ПИН (74,0 %), чем при ДГПЖ (11,1 %). Неровность, нечеткость контуров железы и расширение семенных пузырьков были характерны для РПЖ и встречались в 70,9, 42,5 и 33,6 % наблюдений соответственно.

Изучение эффективности основных методов диагностики показало, что при РПЖ наиболее высокой чувствительностью обладает определение уровня ПСА, далее следует трансректальное ультразвуковое исследование и пальцевое ректальное обследование. Несмотря на высокие показатели чувствительности ультразвукового обследования, этот метод использовался нами для уточняющей диагностики после пальцевого ректального обследования и исследования уровня ПСА в связи с его высокой стоимостью. Все параметры диагностической значимости пальцевого ректального обследования были примерно одинаковыми, что делает этот метод универсальным при обследовании пациентов на уровне первичного медико-профилактического звена (рис.).

Выводы

Наличие симптомов нарушенного мочеиспускания у мужчин старше 40 лет позволяет отнести их в группу риска и требует проведения комплексного диагностического обследования. Пальцевое ректальное обследование предстательной железы является доступным, неинвазивным, простым методом, что позволяет рекомендовать его активное применение при первичном осмотре пациентов. При подозрении на

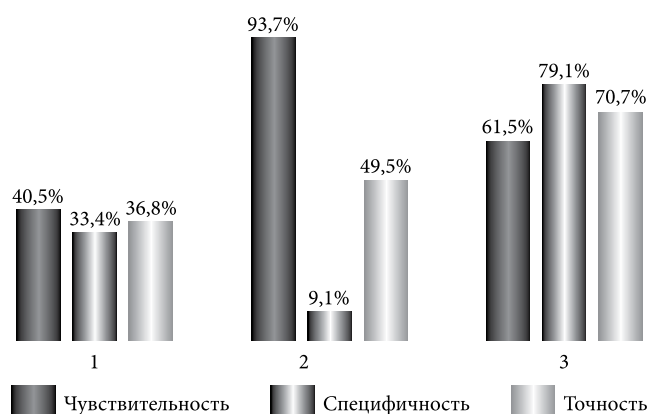


Рис. Показатели эффективности методов диагностики РПЖ: 1 – пальцевое ректальное обследование, 2 – определение уровня ПСА в крови, 3 – трансректальное ультразвуковое исследование.

злокачественное новообразование предстательной железы по данным пальцевого ректального обследования пациентам необходимо выполнить исследование крови на ПСА, трансректальное ультразвуковое исследование и биопсию предстательной железы.

Литература

1. Аксель Е.М., Давыдов М.И. Показатели состояния онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2003 г. // *Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2003 г.* / под ред. М.И. Давыдова. М.: РОНЦ, 2005. С. 1–209.
2. Алгоритмы объемов диагностики и лечения злокачественных новообразований: методич. указания / Старинский В.В., Попова А.А., Ковалев Б.Н., Зотов В.К. / под ред. В.И. Чиссова. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2002. 912 с.
3. Алексеев Б.Я., Русаков И.Г. Лечение локализованного рака предстательной железы. Выбор тактики, результаты лечения // *Совр. возможности и новые направления в диагностике и лечении рака почек, мочевого пузыря и предстательной железы: мат. Всерос. научно-практ. конф. Уфа, 2001.* С. 18–23.
4. Велиев Е.И., Петров С.Б. Рак предстательной железы: диагностика и результаты хирургического лечения локализованных и местнораспространенных форм // *Рус. мед. журн.* 2001. № 13. С. 564–567.
5. Воробьев, А. В. Скрининг мужского населения, стандартное обследование, классификация рака предстательной железы // *Практическая онкология.* 2001. № 2 (6). С. 8–16.
6. Гурина Л. И. Эпидемиологические особенности рака предстательной железы в регионе Сибири и Дальнего Востока. Оптимизация ранней диагностики и тактики лечения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2004. 34 с.
7. Коган М.И., Якимчук Т.П., Шишков А.В. и др. Сравнительный анализ диагностических методов при первичном обследовании больных раком простаты // *Урология и нефрология.* 1999. № 3. С. 38–41.
8. Клиническая онкоурология / Матвеев Б.П., Давыдов М.И., Карякин О.Б. и др. М.: Вердана, 2003. 717 с.
9. Простатит / П.А. Щеплев, Л.С. Страчунский, В.В. Рафаэльский и др. – М.: Медпрактика-М, 2005. – 224 с.
10. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2009 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2011. 259 с.

11. Jeffrey K., Brian P., David L. et al. Transrectal ultrasonic and biopsy in the early diagnosis of prostate cancer. *Control cancer // JMCC.* 2001. Vol. 8, No. 2. P. 141–150.
12. Pederson K.V., Carlsson P., Varenhorst E. Screening for carcinoma of the prostate by digital rectal examination in a randomly selected population // *BMJ.* 1990. No. 300. P. 1041–1044.
13. Speakman M.J., Kirby R.S., Joyce A. et al. Guideline for the primary care management of male lower urinary tract symptoms // *Br. J. Urol. Int.* 2004. Vol. 93, No. 7. P. 985–990.
14. Svetec D., Thompson M. PSA screening – current controversy // *Ann. Oncol.* 1998. Vol. 19, No. 12. P. 1283–1288.
15. Weinrich S.P., Weinrich M., Mettlin C. et al. Urinary symptoms as a predictor for participation in prostate cancer screening among // *Afr. Amer. men. Prostate.* 1998. Vol. 37, No. 4. P. 215–222.

Поступила в редакцию 01.02.2011.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF DIAGNOSTIC RELEVANCE OF EXAMINATION METHODS FOR PATIENTS WITH PROBABLE MALIGNANT NEOPLASMS IN PROSTATE GLAND

G.N. Alekseeva¹, L.I. Gurina², L.F. Pisareva³, V.E. Rozner⁴
¹Municipal Clinical Hospital No. 2 (57 Russkaya St. Vladivostok 690105 Russia), ²Primorsky Regional Oncological Dispensary (59 Russkaya St. Vladivostok 690105 Russia), ³Research Institute of Oncology of the Siberian Branch of Russian Academy of Sciences (5 Kooperativny Al. Tomsk 634009 Russia), ⁴Municipal Hospital No. 2 (5 Kulturnaya St. Komsomolsk-na-Amure 681000 Russia)
 Summary – The authors analysed 1110 follow-ups and studied diagnostic relevance of examination methods if there was a reason to suspect prostate cancer. The prostatic specific antigen was the most sensitive method used to detect prostate cancer. The transrectal ultrasonic study of the organ was very important to specify diagnosis. The finger rectal examination is easy, non-invasive and simple method applied during pre-assessment. If there is a suspicion of malignant tumours of prostate, after finger rectal examination, the authors recommend conducting tests for prostatic specific antigen in blood, transrectal ultrasonic study and organ biopsy.

Key words: prostate, hyperplasia, cancer, diagnostics.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 3, p. 48–50.

УДК 616.33-006.6-089.17

ФАКТОРЫ РИСКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ РАКА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

М.С. Айталиев, С.М. Доолотбеков, Н.В. Зеленко, В.Р. Решетин

Национальный центр онкологии Республики Кыргызстан (720064 г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92)

Ключевые слова: желудок, рак, хирургическое вмешательство, фактор риска.

Обобщены результаты 454 операций по поводу рака проксимального отдела желудка. Наибольшее число осложнений и наиболее высокая летальность зарегистрированы после расширенных и расширенных комбинированных резекций желудка. Количество осложнений значимо увеличивалось в старших возрастных группах, особенно при наличии тяжелой сопутствующей сердечно-легочной патологии.

Возраст больного и объем оперативного вмешательства единодушно признаются как главные факторы операционного риска при раке желудка [1, 2, 7]. Возраст определяет частоту и тяжесть сопутствующих

заболеваний, среди которых преобладает патология легких и сердечно-сосудистой системы, ухудшающая функциональные показатели организма. Кроме того, опухоль верхней трети желудка часто распространяется на пищевод, что приводит в большинстве случаев к дисфагии [6]. Последняя усугубляет нарушения питания, отягощая расстройства белкового, водно-солевого обмена и другие метаболические нарушения. Осложнения со стороны первичной опухоли – распад, кровотечение, перфорация – также значительно отягощают состояние больного. Вместе с операционной травмой вышеперечисленные факторы влияют на частоту и тяжесть послеоперационных осложнений [2, 5–7].

Айталиев Мухтар Суеркулович – канд. мед. наук, врач отделения детской онкологии и гематологии НЦО РК; e-mail: nco_kg@mail.ru