

УДК 616.65-006-097.1-089.82-07

**РОЛЬ ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА  
И ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРОСТАТЫ**

*Пузан А. А., Лебедев П. Д., Князюк А. С.*

**Научный руководитель: ассистент М. Б. Лемтюгов**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Рак простаты (РП) лидирует в структуре онкологических заболеваний у мужчин Северной Америки, Европы и некоторых регионов Африки [1]. К основным факторам риска как правило относят: возраст, расовая принадлежность, генетические факторы, высокое содержание тестостерона и инсулиноподобного фактора роста, особенности питания [2].

Неоспоримым остается тот факт, что РП поражает преимущественно лиц пожилого возраста. Риск заболеть до 40 лет составляет примерно 1:10000. В структуре всех больных раком простаты мужчины в возрасте до 50 лет составляют лишь 0,1 %. Значительное увеличение риска онкологического заболевания наблюдается лишь после 60 лет. Средний возраст больных РП составляет 72–74 года [3]. Что интересно, при аутопсии умерших мужчин в возрасте 85 лет и старше от разных причин, практически в 75 % случаев выявляют опухолевые клетки [4].

В скрининге РП особое внимание уделяется простатспецифическому антигену (ПСА). В норме, в кровяное русло ПСА попадает в ограниченных количествах. Раковые клетки стимулируют выработку ПСА, в результате чего уровень ПСА может повышаться. Уровень ПСА более 4 нг/мл является показанием для проведения пункционной биопсии (ПБ) простаты [5].

***Цель***

Проанализировать структуру пациентов, которым была выполнена пункционная биопсия простаты в условиях урологического отделения ГГКБ № 2.

***Материал и методы исследования***

Был проведен ретроспективный анализ 1237 историй болезней пациентов которым выполнялась ПБ простаты под ТРУЗИ наведением в условиях урологического отделения Гомельской городской клинической больницы № 2 за период 2013–2018 гг. Как правило, пациентам выполнялась 6ти точечная билатеральная пункционная биопсия простаты. Накануне исследования пациентам выполнялась очистительная клизма, проводилась антибиотикопрофилактика ципрофлоксацином 500 мг внутрь. При отсутствии осложнений пациенты на следующие сутки выписывались домой.

Показаниями для проведения ПБ были: повышение ПСА более 4 нг/мл, наличие очага подозрительного на РП по ТРУЗИ простаты, КТ или МРТ.

Статистическую обработку материалов осуществляли с помощью прикладного пакета «Microsoft Excel 2016» и программы «Statistica» 6.0 с применением основных методов описательной статистики. В тексте значения уравниены в виде  $M \pm m$ , где  $M$  — среднее значение, а  $m$  — стандартное отклонение.

***Результаты исследования и обсуждение***

Средний возраст всех обследуемых пациентов составил  $67,86 \pm 6,5$  лет, а у пациентов с подтвержденным гистологически РП составил  $68,85 \pm 5,4$  года.

В гистологической структуре выявленного РП более чем в 95 % определялась аденокарцинома простаты.

Наименьшее значение ПСА при гистологически подтвержденном РП было зафиксировано у 74 летнего пациента и составило 1,80 нг/мл. Но что интересно, так это то, что морфологическая дифференцировка РП по шкале Gleason составила 9 (5 + 4). Наиболее высокое значение ПСА равнялось — 563 нг/мл, у 68 летнего пациента, морфологическая дифференцировка РП по шкале Gleason 9 (5 + 4).

В среднем уровень ПСА составил  $17,13 \pm 9,54$  нг/мл.

Уровень ПСА более 4 наблюдался у 1132 (91,5 %) пациентов. У 105 (8,5 %) ПСА был ниже референтного значения, однако ПБ данным пациентам проводилась в связи с наличием подозрительного на РП гипоезогенного очага по данным инструментальных методов визуализации (ТРУЗИ, МРТ, КТ) и 74 пациента на руках анализа ПСА не имели. Полное распределение пациентов согласно данным ПСА представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов по группам согласно значению ПСА

Уровень ПСА, нг/мл	Всего человек	РП (абсолютное количество)	РП (%)
0,13–3,99	31	3	9,67
4–9,99	640	117	18,28
10–19,99	300	144	48
20–29,99	96	69	71,87
Более 30	96	82	85,4

Возраст самого молодого пациента, которому была выполнена ПБ составил 41 год, самого зрелого — 89 лет. Интересен тот факт, что ни у первого, ни у второго пациентов РП гистологического подтверждения не получил. Следует отметить, что в более «молодых» возрастных группах наблюдается выявляемость РП около 32 %, что сопоставимо с более «зрелыми» возрастными группами — около 39 %. Структура пациентов по возрастным группам представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение пациентов по возрастным группам.

Возраст, лет	Всего человек	РП (абсолютное количество)	РП (%)
40–49	11	0	0
50–59	194	61	31,44
60–69	526	168	31,9
70–79	387	140	36,2
82–89	119	46	38,7

Из основных осложнений после ПБ простаты мы наблюдали: гематурия в 65 % случаев, гемоспермия в 24 % случаев, кровотечение из прямой кишки — 2 %, явления острого простатита — 4 %, эпидидимоорхита — 3 %. Летальность составила — 0 %.

### Выводы

1. Определение уровня ПСА является эффективным методом в скрининге рака простаты.
2. ПБ простаты является достоверным малоинвазивным методом гистологической верификации РП.
3. Отмечается высокая выявляемость РП в более «молодых» возрастных группах, что требует особого внимания специалистов в первичном амбулаторном звене.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Grönberg, H. Prostate cancer epidemiology / H. Grönberg // Lancet. — 2003. — Vol. 361. — P. 859–864.
2. Имянитов, Е. М. Практическая онкология / Е. М. Имянитов. — СПб., 2008. — Т. 9, № 2. — С. 57–64.
3. Hsing, A. W. Prostate cancer epidemiology / A. W. Hsing, A. P. Chokkalingam // Front Biosci. — 2006. — Vol. 11. — P. 1388–1413.
4. The frequency of carcinoma and intraepithelial neoplasia of the prostate in young male patients / W. Sakr // J. Urol. — 1993. — Vol. 150 (2 Pt 1). — P. 379–385.
5. Онкоурология / Белорусский центр науч. мед. информации; редкол.: А. С. Мавричев [и др.]. — Минск, 2001. — 276 с.