

Золотухин В.М.¹, Перымская А.С.¹, Ашмарина О.С.², Вострецова А.И.², Лазарев С.Д.², Чернов И.А.², Бычков В.Г.²

Морфологическая диагностика и структура патологии предстательной железы по данным биопсий

1 – ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский город», патологоанатомическое бюро, г. Тюмень; 2 – ФГБОУ ВО ТюмГМУ Минздрава России, кафедра патологической анатомии и судебной медицины, г. Тюмень

Zolotukhin V.M., Perymskaya A.S., Ashmarina O.S., Vostretzova A.I., Lazarev S.D., Chernov I.A., Bychkov V.G.

Morphological diagnostics and structure of the prostate pathology according to biopsy data

Резюме

В работе представлены результаты морфологического изучения 1049 пункционных биопсий предстательной железы. Проведенное исследование показало, что рак предстательной железы выявляется у 1 из 39 мужчин в возрасте 40-59 лет, у 1 из 14 — в возрасте 60-69 лет, у 1 из 7 — после 70 лет. Аденокарцинома составляет 95% всех злокачественных опухолей предстательной железы. В подавляющем большинстве случаев опухоль диагностирована как ацинарная аденокарцинома. Доброкачественная гиперплазия и дисплазия встречались в 6 декаде жизни, хронический простатит в 6 и 7 десятилетиях, в 4-х наблюдениях выявлено туберкулёзное поражение, неинформативный материал представлен в 1 случае (0,095%).

Ключевые слова: предстательная железа, биопсии, нозологические формы

Summary

The results of a morphological study of 1049 needle biopsies of the prostate are presented. The study showed that prostate cancer is detected in 1 of 39 men aged 40-59 years, in 1 out of 14 — at the age of 60-69 years, in 1 of 7 — older than 70 years. Adenocarcinoma accounts for 95% of all malignant tumors of the prostate. In most cases, the tumor is diagnosed as acinar adenocarcinoma. Benign hyperplasia and dysplasia occurred in the 6th decade of life, chronic prostatitis in 6 and 7 decades, in 4 cases, tuberculosis lesions were detected, noninformative material was presented in 1 case (0,095%).

Key words: prostate, biopsies, nosological forms

Введение

В настоящее время нельзя представить лечебно-профилактическую организацию, в которой не прибегали бы к биопсиям - прижизненное взятие ткани с диагностической целью. Биопсия производится каждому третьему пациенту, причем нет такого органа, такой ткани, которые не были бы доступны этому исследованию. Посредством биопсий получают объективные данные, подтверждающие диагноз, позволяющие судить о динамике процесса, характере течения болезни, прогнозе, целесообразности использования и эффективности того или иного вида терапии [1, 2, 3, 4].

Морфологическое исследование пункционных биопсий в настоящее время является одним из наиболее эффективных и объективных методов ранней диагностики рака предстательной железы (ПЖ), что позволяет своев-

ременно выбрать и назначить наиболее эффективные методы лечения [5, 6, 7, 8].

Материалы и методы

Проведена диагностика 1049 пункционных биопсий предстательной железы мужчин 40-89 лет. Морфологическая диагностика проводилась согласно шкале Gleason [9] с дополнениями — в соответствии с методическими рекомендациями [10, 11, 12, 13]. Протокол исследования по схеме предполагает следующие возможности:

- а) суммировать самый обширный и самый злокачественный компоненты опухоли;
- б) стадировать выраженность ядерных изменений и выполнять морфометрию;
- в) объединить степень злокачественности, выделив три группы поражения (I: 2-3-4, II: 5-6-7, III: 8-9-10);

Таблица 1. Нозологический портрет патологии предстательной железы пациентов г. Тюмени

| Нозология | Возраст (годы) | | | | | |
|-------------------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | 80-89 | Итого |
| Доброкачественная гиперплазия | 3 | 54 | 146 | 50 | 5 | 258 |
| Дисплазия (ПИН III АМП) | 4 | 49 | 159 | 76 | 10 | 258 |
| Микрокарцинома | - | 4 | 18 | 12 | 2 | 36 |
| CL 6 Cr I | 1 | 18 | 61 | 18 | 1 | 99 |
| CL 3+4 Cr II | 1 | 26 | 79 | 43 | 5 | 154 |
| CL 4+3 Cr III | 2 | 6 | 48 | 19 | 2 | 77 |
| CL 4+4 Cr IV | 1 | 13 | 20 | 13 | 4 | 51 |
| CL 4+5 Cr V | - | 2 | 12 | 10 | 1 | 25 |
| CL 5+4 Cr V | - | 2 | 6 | 5 | 2 | 15 |
| CL 5+5 Cr V | - | - | 1 | - | 1 | 2 |
| Хронический простатит | - | 1 | 11 | 12 | 2 | 26 |
| Туберкулез | 1 | 2 | 1 | - | - | 4 |
| Другие | - | 3 | - | 1 | - | 4 |
| Итого | 13 | 180 | 562 | 259 | 35 | 1049 |

Примечание: в группу микрокарцином отнесены наблюдения, в которых объем ацинарной карциномы в пунктатах не превышал 1 мм², что не позволяло достоверно оценить степень дифференцировки опухоли и объем поражения предстательной железы.

г) дополнительно указывать в заключениях степень дифференцировки (в/д, у/д, н/д) и прогностическую группу:

- сумма Глисона 2-6 баллов, высокодифференцированные карциномы, прогностическая группа I (из V);
- сумма Глисона 3+4=7, умеренно дифференцированные карциномы, прогностическая группа II;
- сумма Глисона 4+3=7, низко/умеренно дифференцированные карциномы, прогностическая группа III;
- сумма Глисона 8 баллов, низкодифференцированные карциномы, прогностическая группа IV;
- сумма Глисона 9-10 баллов, недифференцированные карциномы, прогностическая группа V;
- учитывать объем опухоли высокой степени злокачественности;
- особенно тщательно расписывать сумму Глисона 7 баллов (4+3 или 3+4).

Материал поступал из Центра амбулаторной хирургии и урологических отделений МСЧ «Нефтяник», «ОКБ №2» и ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» (г. Тюмень). Пункционные биопсии предстательной железы производились пациентам после клинических и биохимических исследований с подозрением на рак предстательной железы.

Минимальное число пунктатов, взятых у одного больного, составляло 6, в случаях запущенного рака в большинстве случаев число биоптатов от одного пациента было 12 (6 — правая доля, 6 — левая). Препараты окрашивали гематоксилином и эозином. Сывороточный простатспецифический антиген определяли на приборе Access 2 Immunoassay System - Beckman Coulter, Inc, США.

Результаты и обсуждение

Данные биопсийной диагностики представлены в таблицах 1, 2.

В пункционных биоптатах выявлено 4 случая туберкулеза предстательной железы. Диагноз обоснован наличием в пунктатах предстательной железы очагов казеозного некроза, типичных продуктивных и некротических туберкулезных гранулем. В 3 случаях диагноз подтвержден гистобактериологически: при окраске по Циль-Нильсену - обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. У данного пациента одновременно выявлен туберкулез в пункционных биоптатах яичек.

В группу «другие заболевания» включены 2 наблюдения опухоли: случай инфильтративной уротелиальной карциномы мочевого пузыря с прорастанием в простату и метастазы опухоли другой локализации.

Заключение

Проведенный анализ показал, что пик различных заболеваний предстательной железы приходится на возраст 50-69 лет. Всего в данной возрастной группе обследовали 742 пациента, что соответствует 70,7% от всего контингента обследованных. Доброкачественные гиперплазия и дисплазия в данной группе составило 30%. Ацинарная аденокарцинома выявлена в 42,5 %. В старшей возрастной группе (70-89 лет) достоверно чаще ($p < 0,01$) по сравнению с другими заболеваниями доля ацинарной аденокарциномы в среднем составила 46,9%, а в группе 80-85 лет — 51,4%. Среди выявленных ацинарных аденокарцином около 1/5 представлены высокодифференцированными ацинарными опухолями CrI — 21,6%, приблизительно столько же приходится на низко- и недифференцированные аденокарциномы CrIV и CrV — 20,3%, в 50,3% выявлены ацинарные аденокарциномы CrII и CrIII.

Уровень ПСА у мужчин с патологией ПЖ колебался от 4,3 до 190 мкг/мл, объем предстательной железы варьировал от 23 до 190 см³; причём нарастание концен-

Таблица 2. Патология предстательной железы (%) по данным биопсий.

| Патология | Возраст (годы) | | | | | |
|-------------------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | 80-89 | Всего |
| Доброкачественная гиперплазия | 23,1 | 30 | 26,0 | 19,3 | 14,3 | 24,6 |
| Дисплазия (ПНН III АМП) | 30,8 | 27,2 | 28,3 | 29,3 | 28,6 | 28,4 |
| Атипичная аденокарцинома | 38,5 | 39,4 | 43,6 | 46,3 | 51,4 | 43,8 |
| Хронический простатит | - | 0,6 | 1,9 | 4,6 | 5,7 | 2,5 |
| Туберкулез | 7,7 | 1,1 | 0,2 | - | - | 0,38 |
| Другие | - | 1,7 | - | 0,2 | - | 0,38 |
| Итого | 1,2 | 17,1 | 53,6 | 24,7 | 3,3 | 100 |

трации простат-специфического антигена следовало за увеличением объёма ПЖ и степенью злокачественности опухолей. Многоцелевое пунктирование ПЖ позволяет минимизировать неинформативность диагностических биопсий. ■

Золотухин В.М. — врач патологоанатом ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский город», патологоанатомическое бюро, г. Тюмень; **Перымская А.С.** — врач патологоанатом ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский город», патологоанатомическое бюро, г. Тюмень; **Ашмарина О.С.** — студентка 4 курса, лечебного факультета ФГБОУ ВО ТюмГМУ Минздрава России, г. Тюмень; **Вострецова А.И.**

— студентка 4 курса, лечебного факультета ФГБОУ ВО ТюмГМУ Минздрава России, г. Тюмень; **Лазарев С.Д.** — ассистент кафедры патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО ТюмГМУ Минздрава России, г. Тюмень; **Чернов И.А.** — к.м.н., доцент, заведующий кафедрой патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО ТюмГМУ Минздрава России, г. Тюмень; **Бычков В.Г.** — д.м.н., профессор, профессор кафедры патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО ТюмГМУ Минздрава России, г. Тюмень; Автор, ответственный за переписку: Лазарев С.Д., 625026, г. Тюмень, ул. Мельникайте, д. 100А, кв. 56. Телефон: 89220728376; E-mail: raproerk@mail.ru

Литература:

1. Андреева Ю.Ю., Данилова Н.В., Москвина Л.В. Опухоли мочевыделительной системы и мужских половых органов.
1. Морфологическая диагностика и генетика: Руководство. М: Практическая медицина; 2014. 111-8.
2. В.И. Чиссов, Б.Я. Алексеева, И.Г. Русаков. Онкоурология. Национальное руководство. М: ГЭОТАР Медиа; 2012. 410-15.
3. Белёв Н.Ф., Брега Д.Г., Горинчой Г.В. Рак предстательной железы и наследственные синдромы. Злокачественные опухоли, 2014; 3(10): 97-2.
4. Русаков И.Г., Борисов В.И. Онкоурология. Фармакотерапия без ошибок. Руководство для врачей. Е-ноты; 2014.
5. Важенин А.В., Карнух П.А. Эпидемиология рака предстательной железы в Челябинской области. Паллиативная медицина и реабилитация, 2008; 2: 26-8.
6. Абрамян А.Я. Аденома предстательной железы: руководство по
7. клинической урологии. М: Медицина; 1970.
8. Partin A.W., Carter H.B., Chan D.W. et al. Prostate specific antigen in the staging of localized prostate cancer: influence of tumor differentiation, tumor volume and benign hyperplasia. The Journal of Urology, 1990; 143(4): 747-52.
9. Пушкарь Д.Ю., Курджигов М.А., Говоров А.В. Биопсия предстательной железы: Руководство для врачей. М: ГЭОТАР Медиа; 2010. 1-4.
10. Gleason D.F. Classification of prostatic carcinomas. Cancer Chemotherapy Reports, 1966; 50(3): 125-8.
11. Писарев В.Б., Голуб Б.В., Снигур Г.Л. Рак предстательной железы: исследование биопсийного материала. Методические рекомендации. Волгоград; 2007.
12. Denis L.J., Murphy G.P., Schröder F.H. Report of the consensus workshop on screening and global strategy for prostate cancer. Cancer, 1995; 75(5): 1187-207.
13. Yan Y. Intraindividual variation of prostate specific antigen measurement and implications for early detection of prostate carcinoma. Cancer, 2001; 92(4): 776-80.
14. Tricoli J.V., Schoenfeldt M., Conley B.A. Detection of prostate cancer and predicting progression: current and future diagnostic markers. Clinical Cancer Research, 2004; 10(12, Pt. 1): 3943-53.