

УДК 616.6–006.6–076

Асранов Сардор Азимжонович

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины

Андижанский государственный медицинский институт

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Резюме: Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста. За период с конца 1970-х до начала 1990-х гг. частота раковых заболеваний предстательной железы почти удвоилась. В структуре онкологических заболеваний в ряде стран РПЖ выходит на 2–3-е место после рака легких и желудка, а в США и Швеции – на 1-е место. В США и Европе суммарно регистрируется около 450 тыс. новых случаев заболеваний в год.

Ключевые слова: рак предстательной железы, морфология.

Asranov Sardor Azimzhonovich

Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine

Andijan State Medical Institute

MORPHOLOGICAL INDICATORS OF PROSTATE CANCER

Resume: Prostate cancer (prostate cancer) is one of the most common malignant neoplasms in middle-aged and elderly men. During the period from the late 1970s to the early 1990s, the incidence of prostate cancer almost doubled. In the structure of oncological diseases in a number of countries, prostate cancer takes the 2nd-3rd place after lung and stomach cancer, and in the USA and Sweden – the 1st place. In the USA and Europe, a total of about 450 thousand new cases of diseases are registered per year.

Keywords: prostate cancer, morphology.

Актуальность. Повышение точности морфологической диагностики рака простаты приобретает особое значение в настоящее время, когда

наблюдается значительный прирост заболевших, а РПЖ все чаще выявляется на более ранней стадии[3]. Число случаев РПЖ низкого риска за 10 лет с 1992 года возросло до 46,8% по сравнению с 29,5%. Различные авторы дают свои рекомендации по методике исследования ткани простаты с применением игольной тканевой биопсии[1].

Несмотря на разнообразие схем биопсии простаты, большинство исследователей едины в мнении о том, что в заключении патологоанатома должны быть отражены такие важные признаки, как: наличие или отсутствие признаков опухоли предстательной железы и ее характеристика; очаги, подозрительные в отношении аденокарциномы; ПИН; воспалительные процессы; наличие или отсутствие железистой гиперплазии; наличие или отсутствие ткани простаты.

Открытым остается вопрос о необходимости дополнять гистологическое исследование иммуногистохимическим (ИГХ) для верификации процесса при обнаружении мелкоацинарных структур и о выборе антител, входящих в состав диагностической панели[2]. Известно, что имитировать аденокарциному могут изменения доброкачественного характера (аденоз, постатрофическая гиперплазия, базальноклеточная гиперплазия), предраковые (атипическая аденоматозная гиперплазия (ААГ), простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН), пролиферативная поствоспалительная атрофия), а также атипическая мелкоацинарная пролиферация (АМАП)[4]. Возможности ИГХ метода имеют свои ограничения. Так, в ряде случаев (6%) наблюдается экспрессия неопластическими клетками маркера базальных клеток р63, в 8% наблюдений клетки РПЖ не окрашиваются на маркер канцерогенеза АМАСR, а в диагностике интрадуктальных форм РПЖ имеются значительные сложности в связи с сохранным слоем базальных клеток и целостной базальной мембраной, что заставляет искать новые

диагностические подходы для дифференциальной диагностики с ПИН высокой степени[5].

Несмотря на острую проблему РПЖ, единого мнения об этиологии и патогенезе заболевания до сих пор не существует. Так, результаты немногочисленных исследований, посвященные проблеме гипердиагностики и клинически незначимого рака, весьма противоречивы. С одной стороны, при патологоанатомическом исследовании секционного материала у 50% мужчин в возрасте 40-49 лет был выявлен РПЖ, который клинически не проявлялся и не являлся причиной летального исхода. В 80% размер опухоли не превышал 0,5 см, был представлен высокодифференцированной формой, т.е. соответствовал критериям, предложенным Epstein в 1994 для клинически незначимого рака.

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики и лечения РПЖ путем разработки системы прогнозирования и алгоритма морфологического исследования после различных видов проведенного лечения.

Материалы и методы исследования. В результате проведенного на первом этапе работы выборочного ретроспективно-проспективного исследования был отобран 61 пациент, страдавший РПЖ. В зависимости от методов лечения все наблюдения разделили на следующие основные группы.

Результаты исследования. Имеет место недооценка степени злокачественности РПЖ на дооперационном этапе. Так, выявление в одном столбике карциномы менее 5% площади биоптата с суммой баллов по Глисону 5-6 лишь в 17% связано с клинически незначимой опухолью, что затрудняет выбор тактики лечения у данной группы пациентов, особенно в случае методов малоинвазивной и фокальной терапии.

Конкретный криброзный подтип градации 4 Глисона (крупные, более 12 просветов, с солидаризацией) ассоциирован с наибольшим

злокачественным потенциалом, что может способствовать выделению пациентов с повышенным риском рецидива и метастазирования при количественной оценке его доли. Это особенно актуально в группе пациентов моложе 55 лет в связи с преобладанием (69%) низкодифференцированных форм РПЖ, наибольшей частотой поражения семенных пузырьков (29%), объема опухоли более 5 см³ (39%), позитивного хирургического края (27%), метастатического поражения лимфоузлов (17%).

Морфологическими факторами неблагоприятного прогноза являются: в первичном очаге до и после гормонального лечения: протоковая дифференцировка РПЖ, в 3,4 раза чаще выявляемая в группе гормонорезистентного РПЖ, из показателей лечебного патоморфоза первичного очага - отсутствие или слабая выраженность лимфо-гистиоцитарной инфильтрации стромы.

Протоковая дифференцировка РПЖ - неблагоприятный прогностический фактор, ассоциированный с высокой частотой ЭКИ и большим объемом РПЖ. Компьютерная кариометрия позволяет повысить эффективность диагностики ДАП по биоптатам, в том числе при оценке степени ее злокачественности.

Степень злокачественности МА в биоптатах может быть различной. Включение в панель антител к ТАС72 в связи с выявленной обратной корреляцией между степенью экспрессии маркера и степенью злокачественности опухоли в операционном материале позволяет получить дополнительную информацию для выбора метода лечения.

Вывод. Важно помнить, что вопрос принятия решения о тактике лечения во многом зависит от выбора самого пациента и является результатом подробной беседы со специалистом, включающей тщательный анализ преимуществ и рисков того или иного метода лечения.

В этой статье мы не преследовали цель дать исчерпывающие знания о принципах диагностики и лечения рака простаты – проблемы сложной и многогранной. Мы лишь пытались создать представление о современных возможностях лечения этого грозного заболевания. Рак простаты хорошо поддается лечению и давно перестал быть приговором.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Стеценко, С.В. Полетаева, И.Ю. Ефремова, О.В. Югина // Онкоурология: Материалы VII конгресса Российского общества онкоурологов. - 2012,- С.79-80.

2. Федорина Т.А., Полетаева С.В., Югина О.В. Морфологическая диагностика протоковой аденокарциномы предстательной железы // Материалы IV съезда Российского Общества патологоанатомов. - Белгород, 2013. - С.238.

3. Югина и др. // Новые технологии в онкологии: Материалы ежегодной практической конференции. - Самара, 2014. - С.234-235.

4. Adam M, Hannah A, Budaus L, Steuber T, Salomon G, Michl U, Haese A, Fisch M, Wittmer C, Steurer S, Minner S, Heinzer H, Huland H, Graefen M, Sauter G, Schlomm T, Isbarn H. A tertiary Gleason pattern in the prostatectomy specimen and its association with adverse outcome after radical prostatectomy. J Urol. 2014;192(1):97-101. DOI: 10.1016/j.juro.2014.01.029.

5. Berney DM, Beltran L, Fisher G, North BV, Greenberg D, Moller H, Soosay G, Scardino P, Cuzick J. Validation of a contemporary prostate cancer grading system using prostate cancer death as outcome. Br J Cancer. 2016;114(10):1078-1083. DOI: 10.1038/bjc.2016.86

6. Moch H, Humphrey PA, Ulbright TM, Reuter VE, eds. WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. vol. 8. 4th ed. WHO Press; 2016. ISBN-13 (Print Book) 978-92-832-2437-2.