

## Дифференциальная диагностика рака предстательной железы. Роль трансректальной пункционной биопсии.

Дифференциальная диагностика рака предстательной железы проводится, главным образом, с хроническими воспалительными процессами в простате, с аденомой парауретральных желез, саркомой, простатическими камнями, а также с опухолью шейки мочевого пузыря, проросшей в предстательную железу.

**Хронические воспалительные процессы.** Рак предстательной железы легко смешать с банальным хроническим простатитом. В пользу хронического простатита говорит наличие острого простатита в анамнезе, чаще гонорейного или трихомонадного происхождения. Хронический простатит нередко сопровождается уретритом. Наиболее характерными дифференциально-диагностическими признаками рака в подобных случаях служат очень рано возникающая тугоподвижность железы при ощупывании, появление опухолевой инфильтрации ближе к краям железы и распространение ее вглубь.

При обследовании сока предстательной железы при хроническом простатите обнаруживается много лейкоцитов и незначительное количество лецитиновых зерен. При раке предстательной железы можно обнаружить атипические раковые клетки. Учитывается и возраст больного, так как рак предстательной железы у мужчин моложе 45 лет встречается в виде редкого исключения.

Нетрудно распознать **туберкулез**, когда имеется одновременное заболевание туберкулезом предстательной железы, мочевых путей и наружных половых органов.

Изолированное поражение туберкулезом предстательной железы встречается довольно редко. В этих случаях в пользу туберкулеза говорят наличие гноя в соке предстательной железы и во второй порции мочи, а также наблюдаемое иногда выделение гноя из уретры при дефекации.

**Актиномикоз предстательной железы** встречается редко и часто сочетается с поражением других органов мочеполовой системы. Для актиномикоза простаты характерно возникновение свищей на промежности, в отделяемом которых могут быть найдены друзы актиномицетов. При посеве гнойного отделяемого можно получить рост культуры актиномицетов.

**Сифилис предстательной железы** протекает без боли. Существенную помощь в диагнозе оказывают тщательно собранный анамнез и серологические реакции. Распознаванию рака и хронических воспалительных процессов предстательной железы помогает проба с радиоактивными изотопами. В сомнительных случаях производят инструментальную биопсию.

**Аденома простаты.** Аденома и рак предстательной железы без метастазов имеют почти одинаковое клиническое проявление. В пользу рака говорят боли в крестце, ногах и по ходу седалищных нервов, которые обычно при аденоме не наблюдаются. При пальцевом ощупывании предстательной железы через прямую кишку в случаях рака определяется хрящевой плотности бугристый инфильтрат неправильной формы без четких контуров. Аденома предстательной железы определяется в виде опухоли мягкоэластической консистенции с гладкой поверхностью и четкими контурами.

При цистоскопии больных раком простаты край шейки мочевого пузыря нормален или волнист (фестончат) до тех пор, пока опухоль не прорастет слизистую. Цистоскопия больных аденомой предстательной железы обнаруживает характерную для этого заболевания деформацию шейки. При увеличении обеих долей предстательной железы последние выбухают в виде “занавески”. В случаях увеличения одной из боковых долей наблюдается деформация шейки на соответствующей стороне. При аденоме средней доли предстательной железы выбухает задняя часть шейки. Часто при аденоме наблюдается увеличение средней и боковых долей предстательной железы, а при цистоскопии видны все три выбухания шейки мочевого пузыря.

На выделительной урограмме у больных раком предстательной железы в случаях, протекающих с компрессией мочеточников, наблюдается выполнение контрастным веществом расширенных мочеточников и почечных лоханок. При этом остаточной мочи в мочевом пузыре может и не быть. При аденоме расширение и атония верхних мочевых путей появляются уже после пребывания остаточной мочи в мочевом пузыре в течение длительного времени. Поэтому расширение верхних мочевых путей может зависеть от аденомы предстательной железы только при наличии определенного количества остаточной мочи в мочевом пузыре. Отсутствие остаточной мочи при расширенных мочеточниках и лоханках говорит в пользу рака предстательной железы.

**Камни предстательной железы.** Простатические камни могут давать такие же, как и рак предстательной железы, расстройства мочеиспускания и боли в заднем проходе. Однако камни обычно не приводят к задержке мочи. При камнях предстательной железы боли в заднем проходе усиливаются при сидении на твердом, при акте дефекации, во время полового сношения. В последнем случае часто в эякуляте обнаруживают кровь. Иногда моча после массажа предстательной железы содержит конкременты, попавшие из предстательной железы в заднюю уретру и смытые током мочи. Пальпаторное обследование при том и другом заболевании обнаруживает увеличенную плотную бугристую предстательную железу. Ощупывание ее при камнях бывает болезненным, что при раке наблюдается лишь изредка. Пальпация предстательной железы, содержащей множество конкрементов, часто дает ощущение крепитации.

**Рак шейки мочевого пузыря.** Наиболее сложным в дифференциально-диагностическом отношении является рак предстательной железы в той стадии, когда опухоль прорастает все слои шейки мочевого пузыря и вдаётся в полость последнего. Тогда при отсутствии характерных для рака предстательной железы костных метастазов, проросший в шейку мочевого пузыря, трудно отличить от рака шейки мочевого пузыря, инфильтрировавшего простату. В таких случаях диагноз может быть уточнен лишь с помощью эндовезикальной или открытой промежностной биопсии.