

Клиника и диагностика рака предстательной железы. Значение ПСА в диагностике и лечении рака предстательной железы.

На начальных стадиях заболевания рак предстательной железы (РПЖ) не имеет самостоятельных клинических проявлений. Клиническая симптоматика при локализованном РПЖ чаще всего связана с сопутствующей доброкачественной гиперплазией ткани предстательной железы (ДГПЖ). Наиболее часто больные локализованным РПЖ имеют симптомы инфравезикальной обструкции связанной с ДГПЖ такие как: учащенное, затрудненное мочеиспускание, вялая струя, императивные позывы на мочеиспускание, никтурия. В исследовании Lehrer et al. степень выраженности частота симптомов инфравезикальной обструкции у 265 больных с впервые выявленным РПЖ значительно не различалась у пациентов с клиническими стадиями T1 и T2, тогда как при местно-распространенном РПЖ частота и выраженность симптомов была достоверно выше чем при локализованном процессе. Отсутствие корреляции РПЖ и дизурических симптомов при локализованном РПЖ подтверждено в ряде подобных исследований.

Для местно-распространенного РПЖ характерно наличие симптомов обструкции мочевых путей, что обусловлено как сопутствующей ДГПЖ, так и большим объемом опухоли. При прорастании опухоли в шейку мочевого пузыря, уретру возможно развитие гематурии, недержания мочи. Обширное опухолевое поражение шейки мочевого пузыря может привести к блоку устьев мочеточников, развитию почечной недостаточности. Распространение опухолевого процесса на кавернозные сосудисто-нервные пучки приводит к развитию эректильной дисфункции. Симптомами опухолевого прорастания или сдавления стенки прямой кишки являются нарушение акта дефекации, примесь крови в моче. Распространение опухоли на мышцы тазового дна может вызывать чувство дискомфорта при сидении, боли в промежности. Массивное опухолевое поражение тазовых лимфатических узлов приводит к лимфостазу, отеку наружных половых органов, нижних конечностей.

При метастатическом опухолевом процессе клинические симптомы связаны как с общей распространенностью: общее недомогание, кахексия, похудание, слабость, анемия, так и с локализацией метастазов. Часто это боли в костях соответствующие локализации метастазов. Интенсивные боли возникают при патологических переломах костей. Развитие неврологических нарушений обусловленных поражением позвоночника, выраженность неврологической симптоматики зависит от уровня и степени сдавления спинного мозга.

Диагностика рака предстательной железы

Тщательно собранный анамнез помогает установить некоторые особенности заболевания. Симптомы рака предстательной железы, особенно дизурия, развиваются быстро. Иногда постепенно ухудшается общее состояние, больной жалуется на слабость, похудание. Внешний вид пациента изменяется только при далеко зашедшем опухолевом процессе. Истощение и выраженная бледность кожи наблюдаются редко. При осмотре следует обращать внимание на состояние лимфатических узлов, печени, почек, мочевого пузыря, определять количество остаточной мочи. При возникновении подозрения на рак предстательной железы в первую очередь принято проводить три необходимых исследования:

I. Пальцевое исследование простаты.

II. Определение уровня простато-специфического антигена (ПСА).

III. Ультразвуковое исследование (УЗИ) простаты, при показаниях -одновременно с биопсией.

Пальцевое исследование прямой кишки. Пальцевое исследование прямой кишки - самый простой, дешевый и безопасный метод диагностики рака предстательной железы. Однако результаты исследования во многом определяются размерами опухоли и ее локализацией. Пальпация железы осуществляется в коленно-локтевом положении больного, либо при лежании на правом боку. В результате пальпации врач может выявить следующие симптомы опухоли предстательной железы.

1. Ассиметричная предстательная железа.

2. Плотной или деревянистой консистенции части предстательной железы. Плотность может определяться в виде отдельных узлов, либо различной величины инфильтратов, вплоть до перехода их на стенку таза.

3. Неподвижность железы вследствие сращения ее с окружающими тканями.

4. Пальпируемые семенные пузырьки.

Определение уровня простато-специфического антигена (ПСА). Поскольку простато-специфический антиген имеет большое значение не только для диагностики, но и для лечения и прогноза рака предстательной железы, более подробно остановимся на этом маркере.

В скрининговых программах традиционно используют пороговый уровень в 4 нг/мл для всех возрастных групп. Использование предложенного уровня снижает количество ложно-положительных определений при гиперплазии предстательной железы.

Уровень ПСА в сыворотке крови может быть повышен по следующим причинам:

- рак простаты,
- доброкачественная гиперплазия простаты,
- наличие воспаления или инфекции в простате,
- ишемия или инфаркт простаты,
- эякуляция накануне исследования.

Помимо первичной диагностики рака простаты, определение ПСА широко применяется в следующих случаях:

1. После радикальной простатэктомии через несколько недель ПСА перестает определяться. Регулярные контрольные исследования (каждые 3 месяца) позволяют своевременно выявить рецидив заболевания в случае повышения ПСА. Если же показатели ПСА нормальны и нет клинических симптомов болезни, то исключаются другие исследования.

2. У больных, получавших лучевую терапию, отмечается значительное снижение уровня ПСА в сыворотке крови, что свидетельствует об эффективном лечении. В то же время, повышение ПСА говорит о малой чувствительности опухоли к проводимому лечению, либо о рецидиве заболевания. Следует отметить, что снижение ПСА до нормальных цифр коррелирует с уровнем антигена до лечения. Пациенты с показателями ПСА до лечения не более 20 нг/мл имели нормальные показатели ПСА после лечения в 82% случаев. В то же время, у больных с более высокими цифрами ПСА до лечения этот процент составлял лишь 30%. Большинство пациентов со стабильным снижением ПСА оставались в ремиссии в течение последующих 3-5 лет.

3. Целесообразно определять ПСА у больных, получающих терапию антиандрогенами. Повышение уровня ПСА говорит о прогрессировании заболевания и о необходимости сменить характер лечения.

При антиандрогенном лечении уровень ПСА в сыворотке крови является точным индикатором успеха или неуспеха терапии. После начала терапии уровень ПСА быстро снижается у 50% больных (от 85 до 2.1 нг/мл), в то время как в отсутствие ответа величина ПСА не изменяется. Прогрессирование болезни наблюдалось в 50% случаев, когда уровень ПСА не снижался ниже 10 нг/мл. Это означает, что уровень ПСА не играет прогностического значения до начала терапии, в то время как в процессе лечения ПСА является хорошим индикатором эффективности терапии и хорошо коррелируется, как с выживаемостью, так и с длительностью ремиссии. Согласно Stainey (1989), повышение уровня ПСА через 6 месяцев после начала терапии может служить в качестве оценки чувствительности к проводимой терапии.

Ультразвуковая диагностика рака предстательной железы.

КТ и МРТ.

Пункционная биопсия (через промежность, рансректально или трансуретрально).