

Литература:

1. Сурмач, М. Ю. Медицинские и социологические аспекты репродуктивного здоровья молодежи / М. Ю. Сурмач. – Гродно : ГрГМУ, 2008. – 268 с.
2. Хворик Д.Ф. Осведомленность студенческой молодежи вопросов профилактики инфекций, передаваемых половым / Хворик Д.Ф., Деконская Ю.Д., Царикович Л.В., Вертоградов А.С., Шпаков А.И. // Актуальные проблемы медицины : сб. материалов итоговой научно-практической конференции (28-29 января 2021 г.) [Электронный ресурс] / отв. ред. Е. Н. Кроткова. – Гродно : ГрГМУ, 2021. – Электрон. текст. дан. (объем 12 Мб). – 1 эл. опт. диск (CD-ROM) с. 887-889.

**PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS
AMONG YOUNG PEOPLE*****Ruksha J. D., Kozinets M. S., Khvorik F. D.****Brest central polyclinic, Belarus**Brest City Polyclinic No. 5, Belarus**North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Russia**chvorik@mail.ru*

Based on the study of the level of knowledge related to the spread and prevention of sexually transmitted infections, the characteristics of the behavior of young people in the field of reproductive health are presented.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО
АНТИГЕНА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОНКОПАТОЛОГИИ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ*****Савченко И. В.****Витебский областной клинический онкологический диспансер, Витебск,**Беларусь**ilyasav96@gmail.com*

Введение. Рак предстательной железы занимает второе место среди наиболее часто диагностируемых онкологических заболеваний (15% всех онкологий) и пятой по значимости причиной смерти от рака у мужчин во всем мире [1]. В Беларуси 5-летняя выживаемость при I, II и III стадиях составляет почти 100%, в то время как на IV стадии – 29,3%. Сложность ранней диагностики в том, что первые признаки имеют неярко выраженную клиническую картину. Основу скрининга рака простаты в Беларуси составляет пальцевое ректальное исследование (ПРИ) и анализ крови на простатспецифический антиген (ПСА).

В ходе ПРИ можно обнаружить до 85% всех опухолей. Но пальпация патологического образования возможна, если его размеры превышают 0,2 см³. Проведение ПРИ для скрининга у бессимптомных мужчин приводит к выявлению рака только в 0,1-4% случаев [2]. К тому же не всегда удается определить характер опухоли: онкопатологию можно спутать с

аденоматозными узлами, аномалиями семенных пузырьков, кистами простаты, опухоли передней стенки прямой кишки, кацинаты железы на фоне хронического воспаления.

ПСА обладает высокой чувствительностью к тканям простаты и повышается с ростом любой активности в железе. Однако сама активность железы может зависеть от ряда факторов: воспалительные заболевания простаты (как острый, так и хронический простатит), острая задержка мочеиспускания, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, массаж простаты, половой акт, езда на велосипеде [3]. Сам рак предстательной железы также повышает уровень ПСА, так как раковые клетки быстро делятся, способны усиливать пролиферацию сосудов, тем самым повышая активность железы.

Применение нескольких методов одновременно увеличивает вероятность заподозрить онкопатологию на ранних стадиях, своевременно направить на биопсию и выявить рак простаты на этапе радикального лечения.

Цель исследования – определить эффективность использования ПСА при диагностике онкопатологии предстательной железы.

Материалы и методы. В ходе исследования произведен анализ амбулаторных карт пациентов, госпитализированных для проведения биопсии предстательной железы в онкоурологическое отделение УЗ «ВОКОД» с августа 2020 по август 2022 г. Перед госпитализацией всем пациентам в обязательном порядке проводился забор крови на ПСА, ТРУЗИ простаты и ПРИ. Далее все пациенты делились на группы риска по возникновению рака простаты в зависимости от ПСА [4]. После биопсии в течение 7-10 дней производилось гистологическое заключение, в каждой группе определялось число пациентов с онкопатологией, куда включались аденокарциномы всех степеней дифференцировки, а также пациенты с ASAP и PIN high grade, которые требуют повторной биопсии и динамического наблюдения.

Результаты исследования. Всего в исследовании приняли участие 267 человек, из которых у 137 выявлена аденокарцинома разной степени злокачественности. Проведено разделение всех пациентов на группы риска. Группа № 1 – показатели ПСА до 6.5 нг/мл., низкий риск выявления онкопатологии. Группа № 2 – значения ПСА от 6.5 нг/мл до 10 нг/мл, так называемая «серая зона», промежуточный риск выявления онкопатологии. Группа № 3 – значения ПСА от 10 до 30 нг/мл, высокий риск выявления онкопатологии. Группа № 4 – ПСА более 30 нг/мл, с большой долей вероятности указывает на метастатический рак предстательной железы.

В группе № 1 (ПСА до 6.5 нг/мл) всего состояли 54 человека, патология выявлена у 25 человек, что составляет 46.3%. В группе № 2 (ПСА от 6.5 нг/мл до 10 нг/мл) находились 86 человек, патология обнаружена у 43 человек (50%). Группа № 3 (ПСА от 10 до 30 нг/мл) состояли 96 человек, у 51 из которых (53.1%) выявлена патология. С ПСА более 30 нг/мл (группа № 4) обнаружен 31 человек, у 28 из них (90,3%) выявлена аденокарцинома. В этой группе пациенты с ASAP и PIN high grade не выявлены (рисунок).

В целом применение только ПСА в качестве метода выявления онкопатологии в группах № 1, № 2 и № 3 имеет низкую эффективность (46.3%, 50%, 53.1%). Несмотря на высокую эффективность ПСА в группе № 4 (90,3%), при таком показателе рак простаты чаще всего уже местно-распространенный или метастатический, а значит радикальное лечение практически невозможно.

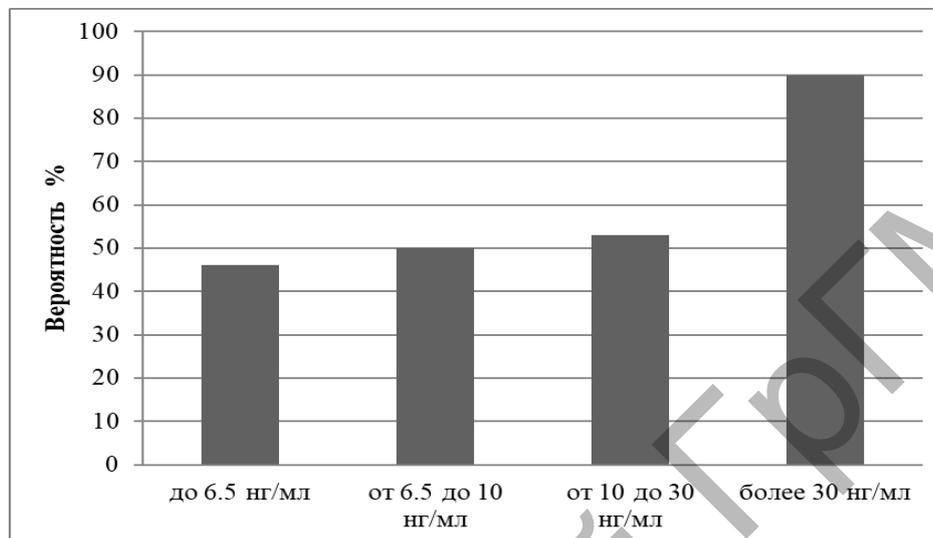


Рисунок – Вероятность обнаружения онкопатологии по показателю ПСА в группах риска

Выводы. Использование ПСА в качестве метода выявления онкопатологии предстательной железы имеет низкую эффективность. Наибольшая вероятность обнаружения онкопатологии (90,3%) установлена при показателе ПСА более 30 нг/мл (группа № 4), однако при таком значении рак простаты чаще всего уже местно-распространенный или метастатический, что подтверждает нецелесообразность использования только ПСА в качестве метода скрининга рака предстательной железы.

Литература:

1. Pernar C.H., Ebot E.M., Wilson K.M., Mucci L.A. The Epidemiology of Prostate Cancer. Cold Spring Harb Perspect Med 2018 Jan 8. pii: a030361. doi: 10.1101/cshperspect.a030361.
2. Epstein J.I., Egevad L., Amin M.B., Delahunt B., Srigley J.R., Humphrey P.A. The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma: Definition of Grading Patterns and Proposal for a New Grading System. Am J Surg Pathol 2016 February; 40(2):244–52. DOI: 10.1097/PAS.0000000000000530.
3. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований – Постановление МЗ РБ № 60 от 06.07.2018 г. с 476-502.
4. Thompson I.M. et al. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level < or = 4.0 ng per milliliter. N Engl J Med 2004;350:2239.