

# МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гутько А. Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

**Актуальность.** На сегодняшний день рак простаты является наиболее распространенным заболеванием. Рак предстательной железы (РПЖ) в мире, среди причин смертности у мужчин от онкологических заболеваний, стоит на втором месте в мире.

В Республике Беларусь заболеваемость РПЖ составляет 46,3 случая на 100.000 лиц мужского пола.

**Цель.** Более детально осветить вопросы морфологической диагностики РПЖ.

**Методы исследования.** Были проанализированы актуальные на сегодняшний день методы диагностики РПЖ, используемые в Учреждении здравоохранения «Гродненская университетская клиника».

В онкоурологическом отделении №6 актуальным является проведение скрининговых методов с целью раннего выявления РПЖ, мочевого пузыря и почек.

С целью диагностики РПЖ широко используются не только определения онкомаркера (ПСА-простатспецифического антигена), но и проводимое с помощью ультразвука, информативное исследование состояния предстательной железы (ТРУЗИ). Важно отметить, что данная диагностика РПЖ с мультифокальной пункционной биопсией, в 48% случаев выполняется эндоскопически. ПСА представляет собой специфический белок, образуемый в клетках эпителия предстательной железы, секретируется он в просвет простаты. Некоторая часть ПСА может определяться в сыворотке крови.

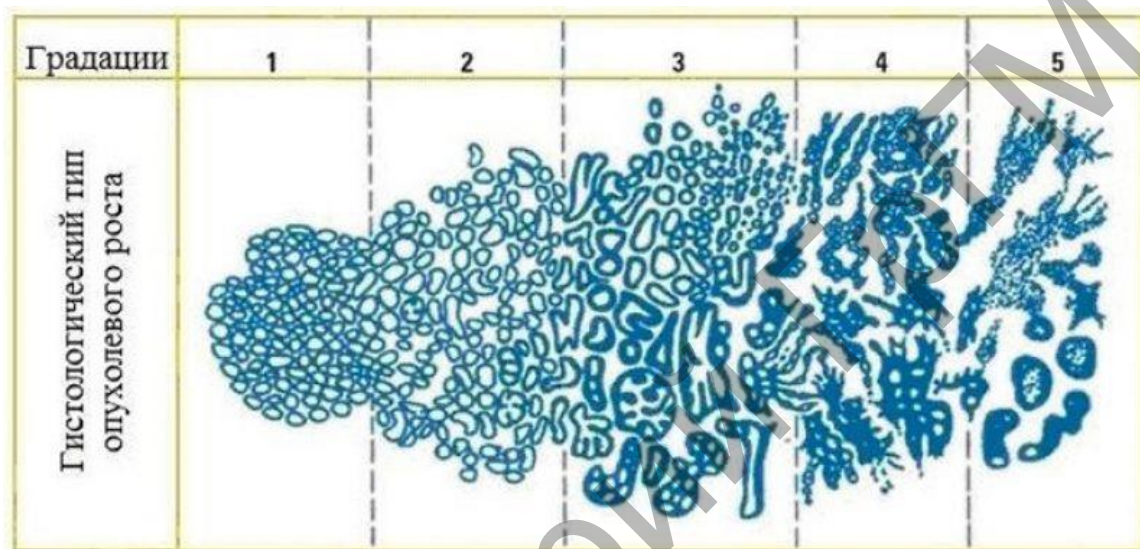
В настоящий момент не существует так называемого «нормального» значения уровня простатспецифического антигена в крови, более того, если ранее мы считали, что верхней границей нормы был уровень ПСА до 4 нг/мл, то на сегодняшний день РПЖ выявляется у лиц мужского пола и при уровне ПСА менее 4 нг/мл.; именно этот факт говорит о том, что необходимо использовать и другие методы диагностики данного злокачественного заболевания.

Биопсия – ключевое звено в диагностике рака предстательной железы, а шкала Глисона – это система анализа тканей опухоли в образцах, полученных при биопсии простаты. Она позволяет врачу оценить потенциал злокачественности рака, спрогнозировать скорость, с которой опухоль будет прогрессировать, и вероятность выявления метастазов [3, с. 235].

Первый вариант шкалы с пятью уровнями градации (грейдами) был предложен патоморфологом Дональдом Ф. Глисоном в 1966 году [2, с. 238] (рисунок 1).

- 1 грейд присваивается ткани с плотно расположенными хорошо дифференцированными клетками одинаковой формы, которые практически не отличаются от здоровых;
- 5 грейд присваивается опухолям, полностью состоящим из низкодифференцированных аномальных клеток.

Большинство компонентов опухоли получают оценку 3 и выше.



**Рисунок 1. Шкалы с пятью уровнями градации (грейдами) по Д. Ф. Глисону (1966 г.)**

В онкологии шкала Глисона применяется только для аденокарциномы простаты, т. е. для опухолей, которые развились из железистого эпителия. Это наиболее распространенная форма злокачественных новообразований предстательной железы [1, с.79].

Поскольку аденокарциномы обычно представляют собой скопление клеток с неоднородной структурой, для оценки агрессивности опухоли используется сумма грейдов, которые встречаются чаще других (первичный балл + вторичный балл).

- Первичный балл – оценка наиболее распространенного компонента опухоли (типа дифференцировки клеток или грейда);
- Вторичный балл – оценка второго по частоте встречаемости компонента опухоли.

Например, первичный балл/грейд 3 + вторичный балл/грейд 4 = Глисон 7.

Как рассчитывается индекс Глисона, если обнаружен только один компонент опухоли? Его балл удваивается. Например, первичный балл/грейд 3 \* 2 = Глисон 6.

Как формируется индекс Глисона, если в образцах, взятых при биопсии, присутствует третий значимый компонент? При расчете модифицированного индекса Глисона учитывается не только распространенность, но и злокачественность раковых клеток. Например, биопсия выявила три компонента карциномы: 1) преобладающий по распространённости, 2) второй по частоте встречаемости компонент с меньшей степенью злокачественности, 3) менее распространенный, но более злокачественный компонент. В таких случаях индекс Глисона будет складываться из наиболее распространенного и наиболее злокачественного грейда, независимо от того, насколько обширно его распространение. То есть при расчете будут учитываться: грейд компонента аденокарциномы 1 + грейд компонента 3.

Минимальная сумма Глисона, которую можно встретить в клинической практике,  $\leq 6$ .

На практике врачи-патоморфологи не используют грейды 1 и 2.

- Описание грейда 1, данное в 1966 году, скорее соответствует современным представлениям о доброкачественной гиперплазии предстательной железы, чем аденокарциноме.
- Использование грейда 2 не рекомендовано патоморфологами – структура ткани, которую он описывает, рассматривается как одно из возможных проявлений грейда 3 (его вторичный паттерн).

Изначальная система оценки клеточного состава и агрессивности опухоли несколько раз пересматривалась и модернизировалась. Последние крупные изменения были приняты в 2014 г. на международной конференции в Чикаго и включены в рекомендации ВОЗ в 2016 г.

Актуальный вариант шкалы Глисона не просто описывает степень отличия клеток раковой опухоли от здорового железистого эпителия простаты. Он предусматривает выделение 5 прогностических групп исходя из ожидаемой выживаемости пациентов без рецидива в течение 5 лет.

Результаты и выводы. Учитывая, что еще начиная с 2004 года, исходя из опубликованных данных, что в 15% случаев РПЖ встречается у мужчин с уровнем ПСА менее 4 нг/мл, важным в диагностике РПЖ является биопсия

#### **Список литературы:**

1. Возможности ультразвукового метода исследования при дифференциальной диагностике рака предстательной железы и гранулематозного простатита : материалы VII конгресса Российского общества онкоурологов. 3-5 окт. 2012 г. / С. В. Стеценко [и др.] // Онкоурология. – 2012. – Т. 8, № 1S. – С. 79-80.
2. Федорина, Т. А. Морфологическая диагностика протоковой аденокарциномы предстательной железы / Т. А. Федорина, С. В. Полетаева, О. В. Югина // Материалы IV съезда Российского Общества патологоанатомов, Белгород, 4-7 июня 2013 г. – Белгород, 2013. – С. 238.
3. Особенности лечебного патоморфоза в первичном очаге при гормонорезистентном раке предстательной железы / Т. А. Федорина [и др.] // Новые технологии в онкологии : материалы науч.-практ. конф., Самара, 4 дек. 2014 г. / редкол.: Г. П. Котельников [и др.]. – Самара, 2014. – С. 234-235.