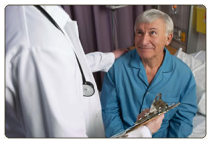
Автор: Administrator
06.06.2008 15:39 - Обновлено 12.08.2008 20:16



ДГПЖ является широко распространенным заболеванием среди мужчин среднего и пожилого возраста. Интерес к ДГПЖ растет с каждым годом, занимая около 10% урологической литературы. До 40 лет почти у 20% мужчин при микроскопическом исследовании обнаруживаются изменения в предстательной железе. После 40 лет этот показатель достигает 40%, а к 80 годам – 90%, хотя клинически ДГПЖ может себя и не проявлять.

Клинические проявления заболевания определяются степенью нарушения оттока мочи. Симптомокомплекс заболевания включает обструктивные и ирритативные симптомы. Инфравезикальная обструкция наблюдается чаще всего при ДГПЖ, однако при обследовании подобных пациентов необходимо исключить целый ряд заболеваний мочевого пузыря и предстательной железы. Хотя симптомы нарушения оттока мочи (слабая струя, прерывистое мочеиспускание) встречаются значительно реже, чем ирритативные симптомы (учащенное мочеиспускание слабыми порциями, никтурия, императивные позывы, недержание мочи), они являются доминирующими среди симптомов, снижающих качество жизни пациентов.

Истинная этиология ДГПЖ остается неясной. Большая роль в ее развитии придается стромальной и железистой пролиферации в периуретальной зоне предстательной железы, связанной с замедленными апоптозом (отсутствием программируемой клеточной гибели) и повышенной пролиферацией клеток, и как результат – увеличение абсолютного объема аденоматозной ткани .

Вопрос о том, какой необходимый объем обследований требуется пациенту с ДГПЖ в конкретной клинической ситуации для выбора эффективного метода лечения, приобретает особую значимость. Определение показаний к оперативному или консервативному лечению должно осуществляться на основании детального обследования больного с применением широкого спектра диагностических технологий.

Детализация программы обследования пациента усложняет диагностический алгоритм, но с другой стороны – позволяет повысить эффективность лечения и уменьшить число диагностических ошибок .

В настоящей статье мы приведем обобщенный алгоритм обследования больных ДГПЖ, предложенный доктором Вдовиным В.И.

Диагностика ДГПЖ основывается на данных анамнеза, количественном изучении жалоб больного с использованием суммарной оценки симптомов при заболеваниях простаты I-PSSи шкалы оценки качества жизни QOL, общеклиническом исследовании мочи, исследовании ДНК и инфекции, передающихся половым путем (ИППП), оценке функционального состояния почек (определение клиринса креатинина)

Среди лабораторных методов исследования кроме общепринятых в настоящее время большое внимание уделяется определению простатспецифического антигена (ПСА), особенно при дифференциальной диагностике ДГПЖ и рака предстательной железы (РПЖ).

По своей природе ПСА – гликопротеин с мол. массой 34 кД, выделенный M. Wangи соавторами в 1979 г . из экстракта предстательной железы человека. ПСА вырабатывается главным образом эпителиальными клетками предстательной железы и секретируется в семенную жидкость. Этот онкомаркер обнаруживают у мужчин в крови и моче, а также как у мужчин, так и у женщин в очень незначительных количествах в некоторых других органах (в парауретральных железах, молочной железе, эндометрии и слюнных железах). ПСА является сериновой протеазой семейства калликреинов. Экзокринная функция этого белка заключается в разжижении эякулята и увеличении подвижности спермы. Биологический период полужизни ПСА составляет 2-3 дня. В сыворотке крови ПСА находится в двух формах: свободной (ПСАсв) и связанной с ингибиторами протеаз: большая его часть (65-95%) связана с α1-антихимотрипсином и незначительное количество (1-2%) – с α1-макроглобулином. Обычно в качестве верхней границы нормы общего ПСА (ПСАобщ), включающего в себя обе формы маркера, принимают величину 4нг/мл. Диагностическое значение в онкологии имеет прежде всего определение ПСАобщ.

Поскольку ПСА является возрастзависимым маркером, т.е. его уровень имеет тенденцию к увеличению с возрастом, целесообразно учитывать возрастные поправки к

допустимой верхней границе нормы (от 2,5 нг/мл для мужчин 40-49 лет до 6,5 нг/мл в 70-79 лет).

При повышенном уровне ПСАобщ или низком соотношении ПСАсв/ПСАобщ проводят пальцевое ректальное исследование (ПРИ) и ТРУЗИ, а при обнаружении в предстательной железе уплотнений – пункцию предстательной железы с последующим гистологическим исследованием пунктата.

При уровне ПСА 4-10 нг/мл («серая зона») и нормальных данных ПРИ могут возникнуть трудности при дифференциальной диагностике РПЖ с ДГПЖ. Для повышения специфичности лабораторной диагностики в выявлении РПЖ у пациентов с уровнями ПСА в «серой зоне» используют дополнительный показатель – соотношение ПСАсв/ПСАобщ, которое не зависит от возраста. Такой подход основан на том, что количество ПСАсв и увеличивается доля ПСА, связанного с α1-антихимотрипсином, и в итоге соотношение ПСАсв/ПСАобщ снижается. При значении ПСАобщ выше 10 нг/мл биопсию выполняют независимо от результатов ПРИ.

Тест на ПСА характеризуется хорошей воспроизводимостью, высокой чувствительностью и позволяет быстро обследовать многочисленные группы мужского населения. В то же время, обладая органоспецифичностью, ПСА не является опухолеспецифическим маркером, чем объясняется значительное количество ложноположительных заключений при использовании этого маркера в качестве теста для скрининга с целью выявления РПЖ, особенно в старших возрастных группах при наличии ДГПЖ.

Для улучшения дифференциальной диагностики РПЖ у лиц со значениями ПСА, находящимися в «серой зоне» (4-10 нг/мл), и нормальными результатами ПРИ, на 2-м этапе скрининга можно также использовать такой дополнительный показатель, как плотность ПСА. Он рассчитывается как отношение уровня ПСАобщ к объему предстательной железы, определенному с помощью УЗИ. При отсутствии в предстательной железе узловых образований и уровне ПСАобщ 4-10 нг/мл плотность ПСА не должна превышать 0,15 нг/мл на 1 см3 железы.

В диагностику ДГПЖ включается также трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ), позволяющее определить размеры предстательной железы в миллиметрах, ее консистенцию, однородность, наличие камней в мочевом пузыре. Измерение железы

дает возможность определить ее массу и объем, что имеет большое значение для выбора метода лечения.

Среди методов оценки уродинамики основным является урофлоуметрия. Возможность клинической оценки зависимости объемной скорости потока мочи от времени в процессе мочеиспускания без каких-либо воздействий на больного максимально приближает это исследование к естественным физиологическим исследованиям. Выявляемы у больных с ДГПЖ уменьшение максимальной и средней скорости потока мочи, увеличение времени мочеиспускания, снижение урофлоуметрического индекса, позволяют диагностировать нарушение мочеиспускания и объективно в количественном выражении оценить их тяжесть. Однако эти изменения могут встречаться не только при ДГПЖ. Но и при РПЖ. Максимальная скорость потока мочи менее 15 мл в 1 с является показателем нарушенного мочеиспускания, вызванного ДГПЖ.

Эндоскопическое исследование (цитоскопию) у больных с ДГПЖ проводят с целью выявления гиперплазированной предстательной железы, установления источников кровотечения из мочевого пузыря, определения дивертикулов и камней мочевого пузыря, диагностики увеличенной средней доли, а также выработки тактики лечения. В сомнительных ситуациях промежностная или трансректальная биопсия предстательной железы дает возможность установить окончательный диагноз.

Далее идет небольшой материал про метод определения содержания теломеразной активности методом TRAP

Таким образом, в настоящей статье нами была приведена общая диагностическая программа, отвечающая современным требованиям и позволяющая оптимально решить задачи обследования пациентов с ДГПЖ

Список использованных источников:

1. Богданов А.Б., Лукьянов И.В., Велиев В.И. Комбинированная терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Журнал доказательной медицины для практикующих врачей “Consilium Medicum”, №12, том 7, 2005 г ., стр. 1051-1054

2. Гориловский Л.М., Зингеренко М.Б. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы – актуальная проблема гериатрической урологии // Журнал доказательной медицины для практикующих врачей “Consilium Medicum”, №12, том 5, 2003 г ., стр.732-735

3. Сивков А.В., Аполихин О.И., Патаки К.В. Современный алгоритм обследования и лечения больных доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Журнал доказательной медицины для практикующих врачей “Consilium Medicum”, №7, том 6, 2004 г ., стр.516-525

4. Чиссов В.И., Сергеева Н.С., Маршутина Н.В., Мишунина М.П. Опухолеассоциированные маркеры в скрининговых программах по выявлению злокачественных новообразований: реальность и перспективы // Научно-практический журнал «Молекулярная медицина», №1, 2006г., стр.3-10