

Сложности диагностики аденокарциномы предстательной железы с развитием метастазов в тела позвонков (клинический случай)

М.М.Бобринев¹, А.А.Аксенов¹, А.А.Сафронов¹,
А.М.Бершанская¹, А.Г.Страчук²

¹Диагностический клинический центр №1,
Москва

²Российский университет дружбы народов,
Москва

В статье описывается клинический пример выявления аденокарциномы предстательной железы с развитием метастазов в тела позвонков с нормальными показателями простатспецифического антигена. Сложность диагностики рака предстательной железы до сих пор остается неразрешенной проблемой в связи с ограничением чувствительности и специфичности простатспецифического антигена (ПСА). В данном клиническом примере сначала были выявлены метастазы в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, а уже при детальном обследовании аденокарцинома предстательной железы, без повышения уровня ПСА крови. Показан пример необходимости применения в рутинном скрининговом обследовании состояния простаты не только определения уровня ПСА крови, но и ПРИ и ТрУЗИ, с целью выявления рака простаты на ранних стадиях.

Ключевые слова: простатспецифический антиген, трансректальное ультразвуковое исследование, рак предстательной железы, метастазирование в позвоночник.

Problems in the Diagnosis of Prostate Adenocarcinoma with the Development of Metastases in the Vertebral Body (Clinical Case)

M.M. Bobrinev¹, A.A. Aksenov¹, A.A. Safronov¹,
A.M. Bershanskaya¹, A.G. Strachuk²

¹Moscow Diagnostic Clinical Center No. 1,
Moscow

²RUDN University, Moscow

The article describes a clinical case of prostate adenocarcinoma detection with the development of metastases in the vertebral bodies with normal prostate-specific antigen. The complexity of diagnosis of prostate cancer still remains an unsolved problem due to limited sensitivity and specificity of prostate-specific anti-

gen. Metastases in the lumbosacral spine were initially detected in this clinical example, and after a detailed examination the adenocarcinoma of the prostate gland was found without an increase in the PSA level in the blood. The article presents an example of the need not only for determining the level of PSA blood in the routine screening of prostate status, but DRE and Trus, with the aim of identifying prostate cancer in its early stages.

Keywords: prostate-specific antigen, adenocarcinoma of the prostate, metastases in the lumbosacral spine.

Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из самых распространенных и социально значимых заболеваний в структуре злокачественных новообразований. Наиболее высокие показатели заболеваемости зарегистрированы в развитых странах Океании, Европы и Северной Америке. В Российской Федерации в последние годы отмечен беспрецедентный рост числа выявляемых ежегодно больных, и их количество в 2009 г. составило 25 215 человек. Темпы прироста за последние 10 лет составили 130,57%, а смертности – 40,72% [1].

На начальных стадиях заболевания РПЖ не имеет самостоятельных клинических проявлений. Клинические проявления при локализованном РПЖ чаще всего связаны с сопутствующей доброкачественной гиперплазией 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 [2].

Отсутствие повышения простатспецифического антигена (ПСА) при раке предстательной железы, вероятнее всего, связано с определенными видами злокачественных образований предстательной железы, при которых уровень ПСА не повышается выше нормальных значений. Такими опухолями предстательной железы являются мелкоклоччатая карцинома или высокодифференцированная нейроэндокринная карцинома.

При метастатическом опухолевом процессе клинические симптомы связаны 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 неврологических клинических проявлений зависят от уровня и степени сдавления спинного мозга [2].

Клинический случай. Пациент N., 71 год, обратился на прием к неврологу по месту жительства в связи с болями в пояснице. Был обследован, и с выявленными дегенеративными изменениями в пояснично-крестцовом отделе позвоночника направлен на консультацию к урологу в ДКЦ №1.

На приеме у уролога: пациент предъявляет жалобы на вялую струю мочи, никтурию до 1–2 раз, периодические боли в поясничной области с обеих сторон.

Из анамнеза болезни: к урологу никогда не обращался. Вышеуказанные жалобы около 2 лет. Самостоятельно лекарственные препараты не принимал.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы развиты правильно.

Локализация гипозоногенного очага в левой доле предстательной железы (6x4 мм).



Пальцевое ректальное исследование (ПРИ): ампула прямой кишки свободно проходима, сфинктер тоничен, образований в прямой кишке пальпаторно не определяется, предстательная железа незначительно увеличена, передняя стенка прямой кишки подвижная над железой, мягкоэластической консистенции, безболезненная при пальпации, срединная бороздка сглажена, очаговых образований при пальпации не выявлено, симптом флюктуации отрицательный.

По данным лабораторных и инструментальных исследований: МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника (остеохондроз, деформирующий спондилез, спондилоартроз); участки гемангиоматозной перестройки в телах L2 и L3 позвонков; циркулярные протрузии дисков Th12/L1, L1/2, L2/3, L3/4, L4/5 и L5/S1; антелистез L4; изменения структуры позвонков следует дифференцировать между проявлением диффузного остеопороза и вторичными изменениями. УЗИ мочевого пузыря: объем мочевого пузыря 550 мл, стенки не изменены, объемные образования не выявлены, остаточной мочи – 30 мл. ТРУЗИ предстательной железы: объем – 44 куб. см, признаки объемного образования периферической зоны левой доли 6x4 мм гипозоно-

генной структуры (рисунок), признаки гиперплазии простаты на фоне хронического калькулезного простатита.

Трансректальная компрессионная эластография сдвиговой волны предстательной железы: коэффициент плотности – 11,78 (n=0–6). Общий анализ крови: гемоглобин – 197 г/л (n=135–160). Биохимический анализ крови: щелочная фосфатаза – 615 Ед/л (n=30–120). ПСА: 0,595 нг/мл (n=0–4).

Учитывая выявленные изменения предстательной железы у пациента, амбулаторно, в условиях дневного стационара, выполнена промежностная биопсия предстательной железы под местной анестезией с внутривенным потенцированием, взято 14 локусов биопсийного материала на морфологическое исследование с иммуногистохимической оценкой. Осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде не отмечалось. По результатам гистологического исследования выявлено: в двух из 14 кусочков из левой доли предстательной железы локусы высокодифференцированной аденокарциномы G3, индекс Глисона 6. Пациент направлен к онкоурологу по месту жительства для дальнейшего обследования и лечения.

Таким образом, пациенты обращаются впервые, как правило, к специалистам неврологического профиля и, впоследствии, рак предстательной железы выявляется на поздней стадии.

Регулярный, профилактический осмотр урологом, мужчин старше 40 лет, с назначением необходимых диагностических процедур (пальцевое ректальное исследование, ПСА, трансректальное ультразвуковое исследование), позволил бы выявить рак предстательной железы на ранней стадии, улучшить качество жизни и снизить смертность от данной патологии.

Литература

1. Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г. Междисциплинарные проблемы в урологии. М.: издательство «Медфорум», 2015; 23. / Glybochko P.V., Aljaev Ju.G. Mezhdisciplinarnye problemy v urologii. M.: izdatel'stvo «Medforum», 2015; 23. [in Russian]
2. Чиссов В.И., Алексеев Б.Я., Русаков И.Г. Онкоурология, М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2012; 49. / Chissov V.I., Alekseev B.Ja., Rusakov I.G. Onkourologija, M.: «GJeOTAR-Media», 2012; 49. [in Russian]

Сведения об авторах:

Бобринев М.М. – врач-уролог, врач первой категории, Диагностический клинический центр №1, Москва

Аксенов А.А. – к.м.н., врач-уролог, Диагностический клинический центр №1, Москва

Сафронов А.А. – к.м.н., заведующий урологическим отделением, врач высшей категории, Диагностический клинический центр №1, Москва

Берщанская А.М. – врач-патологоанатом, врач высшей категории, Диагностический клинический центр №1, Москва

Страчук А.Г. – к.м.н., врач-хирург, врач-эндоскопист, врач высшей категории, Российский университет дружбы народов, Москва