

**УДК 616.65-089.87**

**Науманов Машрабжон**

**Кафедра патологический анатомии и судебной медицины**

**Андижанский государственный медицинский институт**

## **ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ**

### **РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Резюме:** В статье приведены сведения о зональном строении предстательной железы (ПЖ), схема вырезки макропрепарата после радикальной простатэктомии (РПЭ), частота встречаемости рака предстательной железы (РПЖ) по зонам.

В заключении указаны основные значимые параметры, которые должны быть отражены в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования по материалу РПЭ.

**Ключевые слова:** рак предстательной железы, патоморфология, макропрепарат.

**Naumanov Mashrabjon**

**Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine**

**Andijan State Medical Institute**

## **PATHOMORPHOLOGICAL ASSESSMENT OF THE RESULTS OF**

### **TREATMENT OF PROSTATE CANCER**

**Resume:** The article provides information on the zonal structure of the prostate gland (RV), the scheme of cutting out a macropreparation after radical prostatectomy (RP), the incidence of prostate cancer (PC) by zones.

In the conclusion, the main significant parameters are indicated, which should be reflected in the protocol of intravital pathological anatomical examination based on RP material.

**Key words:** prostate cancer, pathomorphology, macropreparation.

**Актуальность.** По данным большинства исследований, у мужчин в возрасте старше 50 лет рак простаты – наиболее частое онкологическое

заболевание [3]. При гистологическом исследовании предстательной железы у мужчин, погибших в возрасте 70-79 лет от причин, не связанных с раком простаты, аденокарцинома была обнаружена в 56-71% случаев[6].

Учитывая, что продолжительность жизни людей неуклонно возрастает, в будущем стоит ожидать также увеличение заболеваемости раком простаты. Только по данным Seer medicare, охватывающей около 26% населения США, в 2014-2015 г. зарегистрировано 98 тыс. новых пациентов с аденокарциномой предстательной железы[1].

Несмотря на активное внедрение скрининга, 20-35% мужчин с впервые выявленной аденокарциномой простаты относятся к группе высокого риска даже в развитых странах, например, в США [4].

Часть из них оказывается в этой группе за счёт несвоевременного обследования и запущенной стадии[2]. Но даже при идеально налаженной системе скрининга, определённый процент пациентов всё равно будет сразу попадать в группу высокого риска за счёт высокой злокачественности опухоли (сумма баллов по Глисону 8-10).

Таким образом, актуальность проблемы рака простаты в целом, и рака высокого риска в частности, его своевременного выявления и адекватного лечения, сохраняется и будет сохраняться в обозримом будущем.

**Цель исследования.** Повысить эффективность диагностики и лечения РПЖ путем разработки системы прогнозирования и алгоритма морфологического исследования после различных видов проведенного лечения.

**Материалы и методы исследования.** В результате проведенного на первом этапе работы выборочного ретроспективно-проспективного исследования был отобран 113 пациент, страдавший РПЖ. В зависимости от методов лечения все наблюдения разделили на следующие основные группы. Возрастная характеристика пациентов изучаемых групп представлена на рис. 2 и 3.

В работе проводилось исследование биопсийного и операционного материала. Трансректальная мультифокальная биопсия выполнялась с помощью системы Fast Gun 18G под контролем УЗИ на GE Logic 7 из 12 точек. Операционный материал получали после РПЭ с расширенной лимфодиссекцией или после трансуретральной резекции (ТУР).

**Результаты исследования.** Имеет место недооценка степени злокачественности РПЖ на дооперационном этапе. Так, выявление в одном столбике карциномы менее 5% площади биоптата с суммой баллов по Глисону 5-6 лишь в 17% связано с клинически незначимой опухолью, что затрудняет выбор тактики лечения у данной группы пациентов, особенно в случае методов малоинвазивной и фокальной терапии.

Конкретный криброзный подтип градации 4 Глисона (крупные, более 12 просветов, с солидаризацией) ассоциирован с наибольшим злокачественным потенциалом, что может способствовать выделению пациентов с повышенным риском рецидива и метастазирования при количественной оценке его доли. Это особенно актуально в группе пациентов моложе 55 лет в связи с преобладанием (69%) низкодифференцированных форм РПЖ, наибольшей частотой поражения семенных пузырьков (29%), объема опухоли более 5 см<sup>3</sup> (39%), позитивного хирургического края (27%), метастатического поражения лимфоузлов (17%).

Морфологическими факторами неблагоприятного прогноза являются: в первичном очаге до и после гормонального лечения: протоковая дифференцировка РПЖ, в 3,4 раза чаще выявляемая в группе гормонорезистентного РПЖ, из показателей лечебного патоморфоза первичного очага - отсутствие или слабая выраженность лимфогистиоцитарной инфильтрации стромы.

Протоковая дифференцировка РПЖ - неблагоприятный прогностический фактор, ассоциированный с высокой частотой ЭКИ и

большим объемом РПЖ. Компьютерная кариометрия позволяет повысить эффективность диагностики ДАП по биоптатам, в том числе при оценке степени ее злокачественности.

Степень злокачественности МА в биоптатах может быть различной. Включение в панель антител к ТAC72 в связи с выявленной обратной корреляцией между степенью экспрессии маркера и степенью злокачественности опухоли в операционном материале позволяет получить дополнительную информацию для выбора метода лечения.

**Вывод.** Обоснована необходимость комплексного подхода к морфологической оценке результатов лечения РПЖ с учетом оценки прогностических факторов в первичной и резидуальной опухол при анализе биопсийного и операционного материала.

Установлена вероятность диагностики клинически незначимого РПЖ у пациентов, которым выполнялось иммунофенотипирование для уточнения неопластического генеза очага атипической мелкоацинарной пролиферации (АМАП).

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Полетаева С.В., Югина О.В. Иммуногистохимическое исследование в дифференциальной диагностике заболеваний предстательной железы // Материалы научно-практической конференции, посвященной 45-летию создания онкологической службы г. Тольятти. - Тольятти, 2012. - С.129-130.

2. Федорина Т.А., Полетаева С.В., Югина О.В. Морфологическая диагностика протоковойadenокарциномы предстательной железы // Материалы IV съезда Российского Общества патологоанатомов. - Белгород, 2013. - С.238.

3. Франк Г.А., Андреева Ю.Ю., Москвина Л.В., Ефремов Г.Д., Самойлова С.И. Новая классификация ВОЗ опухолей предстательной железы. Архив патологии. 2016;78(4):32-42.

4.Adam M, Hannah A, Budaus L, Steuber T, Salomon G, Michl U, Haese A, Fisch M, Wittmer C, Steurer S, Minner S, Heinzer H, Huland H, Graefen M, Sauter G, Schlomm T, Isbarn H. A tertiary Gleason pattern in the prostatectomy specimen and its association with adverse outcome after radical prostatectomy. J Urol. 2014;192(1):97-101.

5.Berney DM, Beltran L, Fisher G, North BV, Greenberg D, M0ller H, Soosay G, Scardino P, Cuzick J. Validation of a contemporary prostate cancer grading system using prostate cancer death as outcome. Br J Cancer. 2016;114(10):1078-1083.

6.Stamey TA, Yemoto CM, McNeal JE, Sigal BM, Johnstone IM. Prostate cancer is highly predictable: a prognostic equation based on all morphological variables in radical prostatectomy specimens. J Urol. 2000;163(4):1155-1160.