

## МОРФОПРИЗНАКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шарипов Умиджон Музаффарович

Исламов Шавкат Эрайигитович

Махматмурадова Наргиза Негматуллаевна

Самаркандский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Кафедра внутренних болезней №4

**Аннотация:** *Статья посвящена морфологической характеристике рака предстательной железы. Выявлено, что морфологическая диагностика рака предстательной железы сложна, так как признаки злокачественности могут быть едва заметными, что повышает вероятность ложноотрицательного результата. При этом существует множество доброкачественных процессов, имитирующих злокачественную опухоль, что может привести к ошибочной диагностике. Главным отличительным признаком доброкачественности процесса в предстательной железе является наличие клеток базального слоя, в то время как их отсутствие свидетельствует о раке предстательной железы*

**Ключевые слова:** *рак предстательной железы, морфология, критерии.*

**Annotatsiya:** *Maqola prostata saratonining morfologik xususiyatlariga bag'ishlangan. Ma'lum bo'lishicha, prostata saratonining morfologik diagnostikasi qiyin, chunki xavfli belgilari deyarli sezilmaydi, bu noto'g'ri salbiy natija ehtimolini oshiradi. Biroq, noto'g'ri tashxis qo'yishga olib keladigan xavfli o'simtaga taqlid qiluvchi ko'plab yaxshi jarayonlar mavjud. Prostata bezidagi xavfsiz jarayonning asosiy farqlovchi xususiyati bazal qatlamda hujayralar mavjudligi, ularning yo'qligi prostata saratonini ko'rsatadi.*

**Kalit so'zlar:** *prostata saratoni, morfologiya, mezonlar.*

**Abstract:** *The article is devoted to the morphological characteristics of prostate cancer. It was found that the morphological diagnosis of prostate cancer is difficult, since the signs of malignancy can be barely noticeable, which increases the likelihood of a false negative result. However, there are many benign processes that mimic a malignant tumor, which can lead to misdiagnosis. The main distinguishing feature of the benign process in the prostate gland is the presence of cells of the basal layer, while their absence indicates prostate cancer.*

**Key words:** *prostate cancer, morphology, criteria.*

### АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время в связи с широким внедрением определения простатического специфического антигена значительно возросла частота диагностики локализованных и местно-распространенных стадий рака простаты. В странах Европы и США непальпируемые стадии рака простаты составляют 75% выявленных случаев. На основе первых результатов исследований можно говорить о том, что скрининг, основанный на исследовании антигена, позволяет уменьшить смертность от рака простаты примерно на 20%, но приводит к риску выявления клинически незначимого образования. Отмечено,

что необходим дифференцированный подход к вновь диагностированным случаям патологии, оценивающий индивидуальные риски больного [2,7].

При этом рак предстательной железы остается наиболее частой солидной опухолью в развитых странах. По предварительным расчетам каждый год в США регистрируется около 250000 новых случаев данной патологии, и около 30000 мужчин умирают от этого заболевания [1,10].

Цель исследования – выявить морфологическую характеристику рака предстательной железы.

Материал и методы исследования. В качестве объектов исследовались живые люди – пациенты с раком предстательной железы, находившиеся на стационарном лечении в Самаркандском областном филиале Республиканского Специализированного Научно-практического Медицинского Центра Онкологии и Радиологии (20), анализировались их медицинские документы (истории болезни), а также результаты клиничко-лабораторных исследований, данные морфологических исследований (метод окраски микропрепаратов гематоксилином и эозином).

Результаты и обсуждение. В 70% случаев карцинома предстательной железы локализуется в ее периферической зоне (обычно в заднем отделе железы, что позволяет пропальпировать опухоль при ректальном пальцевом исследовании). Характерно, что на разрезе железы опухолевая ткань зернистая и плотная. Если опухоль располагается в толще ткани предстательной железы, то плохо визуализируется, но легче выявляется при пальпации. При местном распространении обычно поражаются перипростатическая ткань, семенные пузырьки и основание мочевого пузыря, что при запущенных формах заболевания может привести к обструкции уретры. Метастазы вначале распространяются по лимфатическим сосудам до уровня запирающих лимфатических узлов и достигают парааортальных лимфатических узлов. Гематогенная диссеминация происходит главным образом в кости, особенно кости осевого скелета, но в некоторых случаях наблюдается массивная диссеминация во внутренние органы (скорее исключение, чем правило). Метастазы в костях обычно являются остеобластами и в случае обнаружения у мужчин четко указывают на наличие рака предстательной железы. Чаще всего поражается поясничный отдел позвоночника, затем (в порядке убывания частоты) — проксимальная часть бедренной кости, кости таза, грудной отдел позвоночника и ребра.

Гистологически большинство опухолей предстательной железы представляют собой аденокарциному, которая характеризуется наличием четко очерченных, легко определяемых железистых структур [5]. Опухолевые железы обычно меньше по размеру и выстланы одним слоем кубических клеток или низкими цилиндрическими эпителиальными клетками. Опухолевые железы располагаются ближе друг к другу и, что характерно, лишены разветвлений или папиллярных инвагинаций. В опухолевых железах отсутствует наружный базальный слой, характерный для желез нормального органа. Цитоплазма опухолевых клеток варьирует от тускло-светлой, характерной для клеток неизмененных желез, до отчетливо амфобильной. Ядра крупные и часто содержат одно или несколько больших ядрышек. Наблюдаются некоторые различия в

размере ядер и их форме, но в целом плеоморфизм не очень выражен. Фигуры митоза нехарактерны.

Проблема диагностики рака проблемы не только в недостаточном количестве ткани, получаемой во время игольной биопсии для гистологического исследования, но также в том, что часто в биопсийных образцах содержится лишь несколько опухолевых желез среди множества нормальных (рис. 1). Морфологическая диагностика рака предстательной железы также сложна, т.к. признаки злокачественности могут быть едва уловимыми, что повышает вероятность ложноотрицательного результата. Существует также множество доброкачественных процессов, имитирующих злокачественную опухоль, что тоже может привести к ошибочной диагностике. Несмотря на то, что есть несколько гистологических признаков, специфичных для рака предстательной железы, например перинеуральная инвазия, диагноз ставят при сочетании тканевых, клеточных и некоторых дополнительных признаков. Как отмечено ранее, главным отличительным признаком доброкачественности процесса в предстательной железе является наличие клеток базального слоя, в то время как их отсутствие свидетельствует о раке предстательной железы (рис. 1) [4]. Патологи используют эту особенность, применяя иммуногистологические маркеры для выявления клеток базального слоя. С помощью иммуногистохимического исследования можно определить уровень АМАСР, который повышается при раке предстательной железы. Большинство злокачественных опухолей предстательной железы дают положительную реакцию на АМАСР. Чувствительность этого метода варьирует от 82 до 100%. Использование данных маркеров с целью повышения точности диагностики рака предстательной железы имеет свои ограничения из-за возможности ложноположительных и ложноотрицательных результатов, поэтому необходимо также выполнить рутинное окрашивание гематоксилином и эозином.

Отмечено, что выявление PSA с помощью иммуногистохимического исследования в образцах ткани предстательной железы также может помочь патологу установить наличие в ней метастатической опухоли [6]. Гормонотерапия у больных со стадией N0 не приводила к улучшению результатов хирургического лечения [8]. Гормонотерапия у больных местно-распространенными формами заболевания (T3) не снижала риск наличия опухолевых клеток по краю разреза [3,9].

Заключение. Следовательно, полученные результаты исследований свидетельствуют о том, что гистологические критерии рака предстательной железы разработаны неполно. При этом морфологическая диагностика рака предстательной железы сложна, так как признаки злокачественности могут быть едва заметными, что повышает вероятность ложноотрицательного результата. В настоящее время необходимо использование иммуногистохимических маркеров, их уровень повышается при раке предстательной железы.

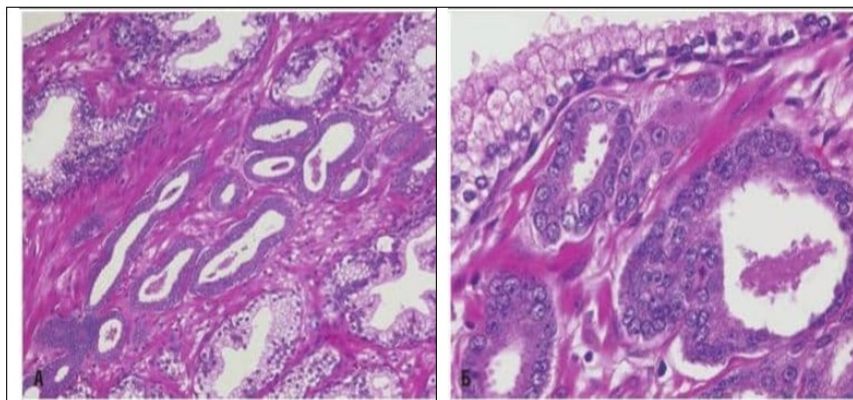


Рис. 1. (А) Аденокарцинома предстательной железы, характеризующаяся наличием маленьких опухолевых желез, расположенных группами между более крупными нормальными железами. (Б) При большом увеличении видно несколько маленьких опухолевых желез, для которых характерно наличие увеличенных ядер, выраженных ядрышек и темной цитоплазмы [вверху].

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Bhojani N., Salomon L., Capitanio U., et al. External validation of the updated Partin tables in a cohort of French and Italian men. // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 2009. Vol.73 - P.347-52.
2. Derweesh I.H., Kupelian P.A. Continuing trends in pathological stage migration in radical prostatectomy specimens. //Urol. Oncol. – 2004. - Jul-Aug; 22(4): - P. 300-6.
3. Eckersberger E., Finkelstein J., Sadri H., Margreiter M., Djavan B. et al Screening for Prostate Cancer: A Review of the ERSPC and PLCO Trials. //Reviews in Urology. - Vol. 11 № 3. - 2009. – P. 127-133
4. Eble J.N. et al.: Pathology and Genetics: Tumors of the urinary system and male genital organs. WHO classification of tumors. World Health Organization, Geneva, - 2004. - 299 p.
5. Epstein J.I., Netto G.J. Biopsy Interpretation of the Prostate. Philadelphia, JB Lippincott Williams & Wilkins, 2008. ISBN9781469887517- 440 p.
6. Gretzer M.B., Partin A.W. PSA markers in prostate cancer detection. //Urol. Clin. North. Am. - 30, 2003. - 30 (4): - P. 677-86. doi: 10.1016/s0094-0143(03)00057-0.
7. Islamov Sh.E. Subjectivity in defects in rendering medical aid // European science review, Vienna, 2018. - №11-12. – P. 95-97.
8. Messing E.M., Manola J., Sarosdy M. et al. Immediate hormonal therapy compared with observation after radical prostatectomy and pelvic lymphadenectomy in men with node-positive prostate cancer //N.Engl.J.Med. — 1999. — V. 341, № 9.— P. 1781—1788.
9. Prayer-Galetti T., Zattoni F., Capizzi A. et al. Disease free survival in patients with pathological C stage prostate cancer at radical reropubic prostatectomy submitted to adjuvant hormonal treatment //Eur.Urol. — 2000. — V. 38. — Abstr. 504.
10. Van de Kwast T. et al Single Prostatic Cancer Foci on Prostate Biopsy.// Eur Urol supp 7. 2008. – P. 549-556.