

## **Наблюдение за мужчинами с повышенным уровнем ПСА и доброкачественным результатом биопсии простаты в скрининге рака простаты.**

Follow-up of Men with Elevated Prostate-Specific Antigen and One Set of Benign Biopsies at Prostate Cancer Screening.

По материалам зарубежных журналов. *European Urology* Vol.43, №4, April 2003.

*Bjorn Zackrisson, Gunnar Aus, Hans Lilja, Par Lodding, Carl-Gustav Pihl, Jonas Hogosson (Sweden). P.327-333.*

*Резюме.*

**Цель:** Изучить результаты наблюдения за мужчинами с повышенным уровнем ПСА (> 3 нг/мл) и доброкачественным результатом биопсии простаты по материалам Гетеборгского отделения Европейского Рандомизированного Изучения Скрининга Рака Простаты (ERSPC)

**Метод:** 456 пациентам с доброкачественным результатом секстантной биопсии простаты проводилось исследование ПСА каждый второй год в течение 4 лет. В случаях повышения ПСА предлагалась секстантная биопсия простаты под контролем трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ). Результаты пальцевого ректального исследования (ПРИ), объема простаты, уровня ПСА, плотности ПСА (ППСА) и соотношение между свободным и общим ПСА (ПСА С/О) были протоколированы.

**Результаты:** Заключительные данные определены для 322 человек. Выделены 3 группы больных. У 84 из 322 (26%) обнаружен рак простаты (группа "рак"). У 182/322 (56 %) пациентов выявлена доброкачественная гиперплазия (группа "доброкачественная гиперплазия") и у 56/322 (17 %) пациентов уровень ПСА нормализовался (группа с "нормализованным ПСА"). Средние объемы простаты были 36, 46, и 33 куб/см соответственно в трех группах. ПРИ и/или ТРУЗИ были патологическими в только у 30 % больных во всех группах.

Рак не был найден ни в одном случае с объемом простаты > 70 куб/см. В простатах объемом < 20 куб/см или рак был найден, или ПСА был нормализован. Группа с "нормализованным ПСА" имела уровни начального ПСА, ППСА и ПСА С/О подозрительные на рак, но нормализованные в процессе наблюдения.

**Заключение:** пациенты с одним отрицательным результатом секстантной биопсии все же подвержены высокой вероятности наличия рака, особенно если имеется постоянно повышающийся уровень ПСА при небольшом объеме простаты (< 20 куб/см). У большинства мужчин с большими простатами (> 70 куб/см) наблюдается склонность к повышению ПСА из-за доброкачественной гиперплазии простаты.

Digital Rectal Exam Following Prostatectomy: Is It Necessary with the Use of PSA?

*Jean-Baptiste Lattouf, Fred Saad (Montreal, Canada). P.333-336.*

**Пальцевое ректальное исследование после простатэктомии: необходимо ли при определении ПСА?**

*Резюме.*

**Цель исследования:** при помощи ретроспективного анализа изучить значение пальцевого ректального исследования (ПРИ) относительно определения ПСА после радикальной простатэктомии по поводу аденокарциномы простаты.

**Место проведения исследования:** центр Высококвалифицированной медицинской помощи.

**Пациенты и методы:** были изучены истории болезни 537 пациентов, подвергавших радикальной позадилоной простатэктомии с апреля 1989 по ноябрь 2000. Оперативные вмешательства проводились в одном учреждении. Исследование проводилось на 1, 3, 6 месяце после операции и, в последующем, каждые шесть месяцев. По прошествии 36 месяцев без рецидива, обследование проводилось ежегодно. ПРИ и определение уровня ПСА выполнялось во время каждого посещения, пока не определялся рецидив. Результат исследования оценивался с учетом патологической стадии болезни, состоянии зоны резекции, данных ПРИ и ПСА, при необходимости сканировании костей скелета и биопсии зоны анастомоза. При летальном исходе фиксировались дата и причина смерти.

**Главные результаты:** Из 537 пациентов исключены по разным причинам 114 (с наличием метастазов в лимфоузлы, регулярно не наблюдавшихся и т.д.). Из 423 пациентов, включенных в исследование 31 (7.3 %) имел признаки рецидива рака после ПРИ. У всех пациентов было проведено по крайней мере одно измерение ПСА прежде, чем ПРИ показало признаки рецидива. Клинически определяемый местный рецидив наблюдался в среднем 27 +\_17 месяцев после операции (1-36 месяцев), повышение уровня ПСА было зафиксировано в среднем на 14+\_11 месяцев раньше, чем изменения при ПРИ. Только при помощи ПСА рецидив был обнаружен у 98 (25.5 %) пациентов.

**Заключение:** Учитывая наши результаты и данные, полученные другими авторами, приемлемо не выполнять ПРИ в после радикальной позадилоной простатэктомии до того, как обнаруживается повышение уровня ПСА.

Posterior Retroperitoneoscopic Partial Adrenalectomy: Clinical Experience in 47 Procedures.

*Isoji Sasagawa, Yasuhiro Susuki, Keiichi Itoh et.al. (Yamagata, Japan).  
P.381-385.*

**Задняя ретроперитонеоскопическая резекция надпочечника: клинический опыт 47 операций.**

*Резюме.*

**Цели:** Мы исследовали заднюю ретроперитонеоскопическую резекцию надпочечника в отношении операционных осложнений, операционного времени, интраоперационной потери крови.

**Пациенты и методы:** с января 1997 по апрель 2002, мы выполнили 47 задних ретроперитонеоскопических резекций надпочечника. Среди пациентов было 18 мужчин и 29 женщин, средний возраст 48 лет (28-82). Средний размер опухоли надпочечника был 26 мм (10-50 мм). Все операции требовали трех троакаров.

**Результаты:** смертельных исходов не было, к конверсии прибегли в 2,1 % случаев. Среднее время операции и средняя потеря крови были соответственно 198.0 мин (71-420 мин) и 40.8 мл (0-1100 мл). Имелась существенная зависимость времени операции от числа выполненных процедур. Существенной связи между интраоперационной потерей крови и числом выполненных операций не наблюдалось. Интраоперационная кровопотеря не зависела от размера опухоли и операционного времени. Не была найдена зависимость между массой тела и операционным временем. Операционное время, в первых 20 случаях, было существенно дольше, чем в последующих 26 случаях.

**Заключение:** задняя ретроперитонеоскопическая резекция надпочечника - это безопасный и менее инвазивный метод при лечении опухолей надпочечника. С улучшением техники операции время, требуемое для ее проведения, было уменьшено.

Videourodynamics Identifies the Causes of Young Men with Lower Urinary Tract Symptoms and Low Uroflow.

*Chung Cheng Wang, Stephen Shei Dei Yang, Yang-Tai Chen, Jui-Hsiang Hsieh (Taiwan).  
P. 386-390*

**Возможности видеуродинамического исследования в идентификации причин возникновения симптомов нижних мочевых путей и низкого потока мочи у молодых людей.**

*Резюме.*

**Методы:** С 1999 до 2001 было зарегистрировано 90 пациентов 18-50 лет с СНМП и низким потоком мочи. Пациенты с активной инфекцией мочевых путей, врожденными мочеполовыми заболеваниями, неврологическими болезнями, сахарным диабетом или злокачественными образованиями мочевых путей не включались в исследование. Оценивались показатели IPSS, ультрасонография почек, трансректальная ультрасонография простаты и ВУДИ. Клинические параметры были сравнены в различных диагностических группах пациентов, классифицированных с помощью ВУДИ.

**Результаты:** средний возраст пациентов составил 37.5 +\_7.8 лет и средняя продолжительность заболевания составила 28,3 +\_21,3 месяца. Средний показатель IPSS был 19,8, низведение 11,1 и сохранение 8,7. ВУДИ показал детрузорно-сфинктерную диссинергию в 39 (43 %), первичную обструкцию шейки мочевого пузыря 37 (41 %), пониженную сократимость детрузора в 9 (10 %) и доброкачественную гиперплазию простаты в 5 (6 %). У пациентов с пониженной сократимостью детрузора наблюдались более выраженные симптомы и пониженное качество жизни по сравнению с другими диагностическими группами. Средний возраст и размер простаты у пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты были больше, чем в других группах. Прочие клинические признаки или неинвазивные тесты не смогли предсказать диагноз, установленный при помощи уродинамического обследования.

**Заключение:** ВУД рекомендуется для установления точного диагноза у молодых людей с СНМП и низким потоком мочи, клинические симптомы или неинвазивные тесты имеют вспомогательное значение.