

Новые алгоритмы дооперационного стадирования рака предстательной железы для поддержки медицинских решений в онкоурологии.

Т.Е. Скачкова *,**, Н.С. Сергеева*,**, Б.Я. Алексеев ***, М.П. Солохина**, С.А. Пирогов****, В.Г. Гитис *****, Е.Ф. Юрков*****, А.Д. Каприн**

* ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

** МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ НМИРЦ Минздрава России, г. Москва
(директор – член-корр. РАМН, проф. А.Д. Каприн)

**** НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ ФМИЦ Минздрава России, г. Москва

**** ФГБУН ИППИ им. А.А. Харкевича РАН, г. Москва

Аннотация доклада.

На основе исследования уровней общего ПСА, свободного ПСА и [-2]проПСА у 334 первичных больных раком предстательной железы (РПЖ) разработан новый мультипараметрический диагностический алгоритм ВИЗГ. Результаты ROC-анализа демонстрируют преимущество ВИЗГ перед ρhi и ПСА-ассоциированными маркерами в разделении индолентных и агрессивных форм РПЖ до операции.

Проблема дооперационного стадирования РПЖ остается актуальной: в 30-40% случаев уточненная после операции стадия опухолевого процесса (pTNM) отличается от выставленной до хирургического вмешательства.

Цель исследования - сравнить диагностическую значимость в стадировании РПЖ общПСА, Индекса здоровья простаты (ρhi) и разработанного расчетного параметра ВИЗГ, включающего Возраст, ρhi , индекс Глисона (дооперационные данные), стадию T (размер первичного опухолевого очага).

Материалы и методы. Объект исследования - сыворотки крови 344 первичных больных РПЖ с уровнями общПСА < 30 нг/мл. Средний возраст пациентов - 62 года (41 - 85 лет). Все пациенты были охарактеризованы по TNM и pTNM, а также по шкале Глисона до и после простатэктомии. Среди пациентов было 60,8% со стадией pT2N0, 25,3% - pT3N0, 13,9% -

pT₁₋₃N⁺. Индолентные раки (\leq pT2N0 & и. Глисона по результатам патанатомической экспертизы \leq 6) составили 36%, агрессивные – 64%.

Сывороточные уровни общПСА, свободного ПСА, [-2]проПСА оценили хемилюминесцентным методом (Beckman Coulter Access 2), калибровка Hybritech. С использованием метода логистической регрессии был рассчитан новый показатель - ВИЗГ, включающий phi, группу T до операции и индекс Глисона по результатам биопсии, а так же возраст пациента.

$$\text{ВИЗГ} = 0,01 * \text{phi} + 0,025 * \text{Возраст} + \text{Глисон} + 0,6 * T,$$

где Возраст – количество полных лет; Глисон – ранговая величина, принимает значение 1 для индекса Глисона по результатам биопсии 5-6, 2 – для 7 (3+4), 3 – для 7 (4+3), 4 – для 8-10; T – ранговая величина на основе классификации TNM, принимает значение 1 для T2N0 и 2 – для T3N0.

Результаты. Для разных клинических групп больных РПЖ в соответствии с окончательным заключением (pTNM, pГлисон) осуществлен ROC-анализ и высчитаны площади под кривой (AUC). Показано, что для серой зоны общПСА 2,5 - 10 нг/мл ВИЗГ имеет преимущество перед phi и общПСА в дискриминации до операции индолентного и агрессивного РПЖ (AUC 0,82 vs 0,67 vs 0,56) и групп пациентов с индексом Глисона \leq 6 и \geq 7 (AUC 0,85 vs 0,65 vs 0,55). Для всего диапазона общПСА (< 30 нг/мл по калибровке Hybritech) так же выявлены преимущества ВИЗГ в дооперационном стадировании: для индолентных и агрессивных раков AUC составил 0,87 для ВИЗГ vs 0,72 для phi и 0,68 для общПСА; для индекса Глисона \leq 6 и \geq 7 AUC - 0,86 для ВИЗГ vs 0,66 для phi и 0,63 для общПСА.

Полученные результаты открывают перспективы улучшения дооперационного стадирования РПЖ с использованием алгоритма ВИЗГ.