

кими новообразованиями языка (0:3) с лимфомами (3:0), папилломами (6:1) и кистами (5:1). При давности заболевания от 3 до 5 лет в выделенных морфологических группах существенных различий в частоте ошибок диагностики не установлено ( $P > 0,05$ ). При сроках свыше 5 лет ошибки в диагнозе ( $P < 0,05$ ) допускались при лимфангиомах (2:4) чаще, чем при гемангиомах (7:0) и кистах (6:0). У больных с врожденным характером опухоли ошибочный диагноз выставлялся при редких новообразованиях языка чаще (0:3), чем при гемангиомах (19:0;  $P < 0,001$ ) и лимфангиомах (8:1;  $P < 0,05$ ).

Диагностические ошибки при новообразованиях языка (без деления на морфологические группы) возникали чаще всего при локализации опухоли в области кончика (6:20), чем при расположении новообразования в передней (18:15;  $P < 0,05$ ), средней (30:12;  $P < 0,001$ ), задней трети (28:17;  $P < 0,01$ ), нижней поверхности языка (25:10;  $P < 0,001$ ) либо при распространении опухолевого процесса на два и более отделов органа (30:1;  $P < 0,001$ ). Если новообразование занимало два или более отделов языка, то ошибались также реже, чем в случае локализации опухоли в передней ( $P < 0,001$ ), средней ( $P < 0,01$ ), задней трети ( $P < 0,001$ ) либо нижней поверхности языка ( $P < 0,01$ ). При сравнении последних существенных различий в частоте диагностических ошибок не выявлено.

При фибромах, кистах и редких опухолях языка частота диагностических ошибок не зависела ( $P > 0,05$ ) от их локализации, в то время как при гемангиомах, лимфангиомах и папилломах такая зависимость существовала. Так, при гемангиомах неправильный диагноз ставился чаще при их локализации в области кончика (1:16), чем в передней (11:9;  $P < 0,01$ ), средней трети (8:9;  $P < 0,01$ ), нижней поверхности языка (3:3;  $P < 0,05$ ) или при ее распространении на несколько отделов органа (16:0;  $P < 0,001$ ). При локализации в двух или более отделах языка ошибки диагно-

стики отмечались реже, чем при их расположении в передней ( $P < 0,01$ ), средней трети ( $P < 0,001$ ), нижней поверхности органа ( $P < 0,05$ ). Частота диагностических ошибок при гемангиомах, развившихся в передней, средней и задней трети языка, не зависела от их локализации ( $P < 0,05$ ). При лимфангиомах правильный диагноз выставлялся достоверно чаще при их распространении на несколько отделов органа (11:1), чем при локализации в передней трети языка (0:2;  $P < 0,05$ ) или на нижней его поверхности (0:2;  $P < 0,05$ ). Сравнение ошибочных диагнозов при лимфангиомах других локализаций не выявило достоверных различий. При папилломах существенная разница ( $P < 0,05$ ) в частоте ошибочных диагнозов установлена лишь при сравнении образований, возникших в передней (2:3) и средней трети языка (9:0).

Сравнение различных морфологических вариантов новообразований языка в выделенных отделах органа показало следующее. При локализации новообразования на кончике языка существенное различие ( $P < 0,01$ ) в частоте диагностических ошибок было обнаружено лишь при сопоставлении гемангиом и фибром (5:1), в передней трети языка — различий не выявлено, в средней трети — различие ( $P < 0,01$ ) определялось лишь при сопоставлении гемангиом (8:9) и папиллом, в задней трети — при сопоставлении редких новообразований языка (0:10), лимфангиом (2:1;  $P < 0,05$ ), папиллом (5:2;  $P < 0,01$ ), фибром (8:2;  $P < 0,001$ ) и кист (12:1;  $P < 0,001$ ), на нижней поверхности языка ( $P < 0,05$ ) — при сопоставлении лимфангиом (0:2) и кист (12:1). Среди морфологических вариантов новообразований языка, распространяющихся на два и более его частей, различие в частоте диагностических ошибок было несущественным ( $P > 0,05$ ).

Таким образом, при доброкачественных новообразованиях языка возникновение ошибочного диагноза может быть обусловлено возрастом пациентов, морфологическим вариантом, давностью и локализацией патологического процесса и др.

Поступила 22.02.89.

## ЗНАЧЕНИЕ ПРОСТАТИЧЕСКОЙ КИСЛОЙ ФОСФАТАЗЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И В КОНТРОЛЕ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е. В. Шахов, Н. Л. Светозарский, О. З. Клочихин, А. А. Салмин

Кафедра урологии (зав. — проф. Е. В. Шахов) Горьковского медицинского института  
имени С. М. Кирова

Одним из многочисленных опухолевых маркеров, применяемых в клинике при диагностике рака предстательной железы, является определение активности простати-

ческой кислотой фосфатазы (АПКФ) в сыворотке крови [3, 6]. Этот показатель используется в клинике с 30-х годов, однако роль его в диагностике рака предстательной же-

лезы остается спорной. Некоторые авторы [7, 9] считают АПКФ особо чувствительным тестом в диагностике данного заболевания, другие же, наоборот, отмечают ее малую информативность [2, 8].

Установлено, что повышение АПКФ при раке предстательной железы связано с нарушением проницаемости клеточных мембран и выходом ее в кровеносное русло из опухолевых клеток. Однако этот факт наблюдается и при некоторых других заболеваниях — болезни Педжета, множественном миеломатозе, гиперпаратиреозидизме и др.

С целью изучения информативности АПКФ крови при диагностике рака предстательной железы и как теста контроля за эффективностью лечения были обследованы 402 пациента, у которых устанавливали АПКФ сыворотки крови радиоиммунологическим методом и с помощью наборов RIA-Quant PAP Test Kit фирмы Mallincrodt (ФРГ). Параллельно с целью выяснения распространенности процесса проводили остеосцинтиграфию наборами ТСК-7 и лимфосцинтиграфию наборами ТСК-17 фирмы «CIS» на гамма-камере «LFOV».

Всего было выполнено 934 исследования. Для уменьшения погрешности пробы дублировали. За окончательный результат брали среднюю величину из 2—4 определений. Уровень АПКФ у здоровых и больных изучали в утренние часы в одинаковых условиях. Все обследованные были разделены на 5 групп. 1-я группа состояла из 265 здоровых мужчин и была разделена на две подгруппы: мужчины (222 чел.) в возрасте от 17 до 45 лет (средний возраст — 30,6 лет) составили 1-ю подгруппу и мужчины (43) в возрасте от 46 до 69 лет (средний возраст — 55 лет) — 2-ю подгруппу. Это разделение было выполнено с целью выявления зависимости содержания АПКФ от возраста.

Во 2-ю группу вошли больные раком предстательной железы в стадии T2—3 N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> (58 чел.), в 3-ю — в стадии T4 N<sub>1-3</sub>M<sub>1-2</sub> (26 чел.). У всех больных диагноз был подтвержден по результатам пальцевого ректального исследования, остеосцинтиграфии, лимфосцинтиграфии, рентгенографии костной системы, трансректальной биопсии простаты и общепринятых лабораторных анализов. 4-я группа включала больных с аденомой предстательной железы во II—III стадии (30 чел.). В 4 и 5-й группах диагноз был подтвержден гистологически после оперативных вмешательств.

Показатели АПКФ у всех больных и здоровых мужчин были обработаны на ЭВМ «Hewlett—Packard-2116 В» по программе статистической обработки [1]. Результаты определения АПКФ в крови представлены в таблице.

В то время как ряд исследователей отмечают повышение АПКФ с возрастом от 1,75 до 2,23 мг/л [3, 5], нами при сравнении

#### АПКФ в сыворотке крови обследованных

Группы обследованных	АПКФ, мг/л
Контрольная группа	1,06±0,6
1-я подгруппа	1,08±0,03
2-я подгруппа	1,03±0,11
Больные	
раком предстательной железы II—III стадии	1,78±0,19
раком предстательной железы в IV стадии	9,02±2,52
аденомой предстательной железы во II—III стадии	1,45±0,27
раком мочевого пузыря во II—III стадии	0,98±0,13

результатов обследования больных 1-й группы достоверного различия в содержании АПКФ в 1 и 2-й возрастных подгруппах не выявлено ( $P>0,05$ ), что совпадает с данными Брауна и др. [4].

При сравнительной оценке АПКФ у больных раком предстательной железы во II—III стадии в контрольной группе отмечался рост этого показателя ( $P<0,01$ ), у больных же 3-й группы АПКФ была значительно выше ( $P<0,01$ ). Полученные результаты свидетельствуют о более выраженном росте АПКФ при диссеминированных опухолях предстательной железы.

АПКФ у больных с аденомой предстательной железы во II—III стадии не отличалась от данного показателя в контрольной группе и была значительно ниже, чем у больных с раком предстательной железы в IV стадии ( $P<0,01$ ). АПКФ достоверно различалась при раке мочевого пузыря, раке предстательной железы во II—III стадии ( $P<0,01$ ) и в IV стадии ( $P<0,01$ ) и было аналогичным с показателями контрольной группы.

Таким образом, определение АПКФ может играть существенную роль в дифференциальной диагностике рака предстательной железы и рака мочевого пузыря.

Мы определяли АПКФ в сыворотке крови больных раком предстательной железы до массажа простаты и после него, так как по некоторым данным [3] уровень АПКФ после массажа увеличивается. Исследования, проведенные у 8 больных раком предстательной железы в IV стадии, показали отсутствие достоверных различий в содержании АПКФ до и после массажа. Мы считаем применение этого теста нецелесообразным вследствие его малой информативности. Кроме того, массаж простаты при раке предстательной железы приводит к травматизации органа, что, очевидно, может способствовать и распространению опухолевого процесса.

Для оценки АПКФ как теста эффективности лечения у 13 больных раком предстательной железы определяли ее уровень до начала лечения и в процессе терапии гормональными и химиотерапевтическими средствами через 1, 2, 3, 6, 9, 12 месяцев.

АПКФ у больных сопоставляли с субъективными, клиническими, лабораторными, рентгенологическими и радионуклидными данными исследований. У 6 больных в процессе лечения была выявлена неблагоприятная динамика заболевания на основании субъективных и объективных показателей: снижение содержания гемоглобина, увеличение уровня мочевины крови, появление метастазов в костях. У 5 больных этим изменениям предшествовало повышение АПКФ за 1—3 мес до ухудшения других объективных показателей. У 4 больных после начала лечения не было отмечено положительной динамики, однако после коррекции терапии у 2 из них АПКФ снизилась до исходной величины, а у 2 других ее уровень не изменился, но наблюдались положительные сдвиги других объективных показателей и улучшение общего самочувствия. У 3 пациентов динамики опухолевого процесса не было зафиксировано и за период наблюдения колебания АПКФ были незначительными. У 11 из 13 больных в динамике показатели АПКФ имели прямую зависимость с эффективностью лечения.

#### ВЫВОДЫ

1. Активность простатической кислой фосфатазы не различается у людей в возрасте от 17 до 69 лет.

2. АПКФ является более чувствительным тестом контроля за динамикой рака предстательной железы, чем данные других лабораторных, рентгенологических исследований и субъективные показатели.

3. Для определения степени распространенности рака предстательной железы рекомендуется дополнять проводимые исследования определением АПКФ сыворотки крови, рост которой является неблагоприятным прогностическим признаком.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ойвин И. А. // Патол. физиол.— 1960.— № 4.— С. 76—80.
2. Орлов В. А., Саперова Е. Ф., Кубанов В. П. // В кн.: Актуальные вопросы нефрологии и урологии.— Свердловск, 1970.
3. Портной А. С., Гродзовская Ф. Л. // Рак и аденома предстательной железы.— Л., Медицина, 1984.
4. Braun I. S., Habig H., Gnessermann O. // Urologe.— 1974.— Bd. 3.— S. 236—241.
5. Ishibe T. // Acta Urol. Belg.— 1981.— Vol. 49.— P. 64—72.
6. Seppänen I., Setälä E., Tunturi T. // Scand. J. Urol. Nephrol.— 1985.— Vol. 19.— P. 247—251.
7. Tellier J. Z., Chatal I. F., Bourdin S. et al. // J. Urol. Nephrol.— 1981.— Vol. 87.— P. 169—173.
8. Vitson-Georgallis H., Goulandris N., Marketos N., Dimopoulos C. // Acta. Urol. Belg.— 1980.— Vol. 48.— P. 488—497.
9. Wirth M. P., Osterhage H. R., Ackermann R. // Actual. Urol.— 1981.— Bd. 12.— S. 150—153.

Поступила 06.04.88.

УДК 616.24—002.5:616.233—002.2

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Р. И. Трофимова

Кафедра фтизиатрии (зав.— проф. Г. А. Смирнов)  
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Особенностью современного патоморфоза туберкулеза легких является большая частота его сочетания с хроническим бронхитом, что, по данным различных авторов, составляет от 23 до 93% [1, 2, 4]. Прогноз хронического бронхита значительно ухудшается при осложнении его бронхообструктивным синдромом. Известно, что нарушение бронхиальной проходимости может быть обусловлено различными патофизиологическими механизмами: спазмом гладкой мускулатуры бронхов, дискринией бронхиальных желез, затруднением бронхиального дренажа.

Цель исследования — изучить особенности бронхообструктивного синдрома у больных

туберкулезом легких пожилого возраста и исходя из этого дать рекомендации для лечебной практики.

Обследованы 63 пациента мужского пола с туберкулезом легких в возрасте от 50 до 78 лет с клиническими признаками хронического бронхита II стадии. Согласно данным литературы [3, 4], II стадию заболевания определяли в случаях с постоянным кашлем и выделением гнойной мокроты по утрам или в течение всего дня с периодическими обострениями процесса. У 25 больных был инфильтративный туберкулез, причём у 17— в фазе распада, у 19— фибрино-кавернозный и цирротический в фазе от-