Пациент 68 лет, обратился к урологу с жалобами на затрудненное мочеиспускание, ранее принимал омник, финастерид. Из анамнеза выяснена сопутствующая патология: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, стенокардия напряжения II ф.кл., СН IIА ст.; ХОБЛ; язвенная болезнь желудка с частыми обострениями. При осмотре: Поясничная область не изменена. Почки не пальпируются. Симптом XII ребра отрицателен с обеих сторон. Мочевой пузырь над лоном не определяется. Мочится 8-10 раз в сутки, мочеиспускание затруднено. Отеков нет. Per rectum: Тонус сфинктера сохранен. Ампула прямой кишки свободна. Простата симметрична, незначительно увеличена. В правой доле по периферии определяется плотный узел до 1 см в диаметре, безболезненный. Семенные пузырьки не пальпируются. Срединная бороздка сглажена. Наружные половые органы по мужскому типу. Яички в мошонке, не изменены. Шкала IPSS – 12 баллов. Произведена биопсия простаты, гистол. заключение ххх: мелкоацинарная аденокарцинома, индекс Глисона – 6, около 40% опухолевой ткани в положительных биоптатах. ПСА 8 нг/мл. ТРУЗИ простаты: объем – 40 см3, структура простаты неоднородная. В правой доле узел пониженной эхогенности 10х12х10 мм. Объем остаточной мочи – 25 мл.

Вопрос 1: Диагноз?

Вопрос 2: О чем говорит индекс Глиссона?

Вопрос 3: Какие факторы могли повлиять на уровень ПСА у данного пациента?

Вопрос 4: Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза при появлении болей в костях?

Вопрос 5: План лечения?

1. Рак предстательной железы
2. Классификация по Глисону указывает вероятность распостранения опухоли в зависимости от ее гистологических особенностей. В конкретном случае индекс Глисона 6, что указывает на высокодифференцированный рак, вероятность распространения такой опухоли 25%.
3. Рак предстательной железы
4. Сцинтиграфия костей
5. Так как у пациента тяжелая сопутствующая патология и риск прогрессирования низкий, следует применить выжидательную тактику. Ежегодно пациенту следует проводить ПРИ, ПСА, повторные биопсии.