

## МЕСТО ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. А. ЗИМИЧЕВ<sup>1</sup>, А. С. КОРАБЕЛЬНИКОВ<sup>1</sup>, И. В. ЧЕРНЫШЕВ<sup>2</sup>, Р. С. НИЗАМОВА<sup>1</sup>, Е. С. ГУБАНОВ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара

<sup>2</sup>ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами  
Президента Российской Федерации, Москва

### Сведения об авторах:

**Зимичев Александр Анатольевич** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии Самарского государственного медицинского университета, e-mail: Zimichew@mail.ru

**Корабельников Александр Сергеевич** – ассистент кафедры урологии Самарского государственного медицинского университета, e-mail: nihilius2009@rambler.ru

**Чернышев Игорь Владиславович** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий урологическим отделением ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, e-mail: ivchernyshev@fgu-obp.ru

**Низамова Румия Сахабовна** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии Самарского государственного медицинского университета, e-mail: nizamovars@ya.ru

**Губанов Евгений Сергеевич** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии Самарского государственного медицинского университета, e-mail: samara-urology@mail.ru

Выполнено изучение возможностей выявления злокачественного образования простаты, прогнозирования заболевания, вопроса инцидентального рака предстательной железы. Проведен обзор отечественных и иностранных источников литературы, рассматривающих данные вопросы. Диагностика рака предстательной железы остается актуальным и дискуссионным вопросом онкоурологии. Инцидентальный рак простаты является распространенным заболеванием среди мужчин с ДГПЖ.

**Ключевые слова:** рак предстательной железы, диагностика, биопсия, инцидентальный рак.

### Введение

Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из наиболее часто встречающихся новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста. С возрастом риск развития этого заболевания растет на 3-4% в год, и прекращает расти только тогда, когда у данной популяции начинает увеличиваться уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [1]. В 2014 году первые места в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России распределены следующим образом: опухоли трахеи, бронхов, легкого (17,8%), предстательной железы (14,3%), кожи (10,1%, с меланомой – 11,5%), желудка (8,2%), ободочной кишки (6,1%). Значимую по удельному весу группу у мужчин формируют злокачественные опухоли органов мочеполовой системы, составляя 24,2% всех злокачественных новообразований [5].

Этиология рака предстательной железы до конца не изучена. Простата имеет сложную нейроэндокринную регуляцию и находится под гормональным влиянием яичек, коры надпочечников и аденогипофиза, в свою очередь синтез и секреция гормонов этих органов осуществляется под контролем гипоталамуса, а также аутокринных – паракринных факторов, регулирующих процессы роста, деления и дифференцировки клеток предстательной железы. Секреция ЛГ контролируется гипоталамусом при помощи рилизинг гормона ЛГ (ЛГРГ). Продукция

ЛГРГ носит пульсирующий характер и зависит от уровня тестостерона в крови (механизм обратной связи). Специфические рецепторы андрогена находятся на поверхности нормальных и раковых клеток простаты, они способствуют внедрению тестостерона в клетку. Далее тестостерон трансформируется в дегидротестостерон (ДЛТ), который уже является активной формой гормона, он проникает в ядро клетки, где индуцирует процессы ее пролиферации [3, 26].

### Диагностика РПЖ

К основным средствам диагностики РПЖ относятся ПРИ, концентрация ПСА в сыворотке крови и трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ). Окончательный диагноз ставится при обнаружении аденокарциномы в биопсийном или послеоперационном материале предстательной железы. Патоморфологические исследования также позволяют стадировать и определять распространенность опухоли.

Большинство новообразований предстательной железы локализуется в периферической зоне предстательной железы, и могут быть выявлены при ПРИ, если их объем достигает 0,2 мл и более. Выявление подозрительных уплотнений с помощью ПРИ является абсолютным показанием для проведения биопсии предстательной железы. Примерно у 18% всех больных РПЖ выявляется только по подозрительным участкам при ПРИ независимо от уровня ПСА. Выявление подозрительных

участков при ПРИ у больных с уровнем ПСА < 2 нг/мл имеет положительную прогностическую ценность 5–30% .

За последние годы благодаря внедрению в клиническую практику новых методов диагностики (опухолевые маркеры, ультразвуковое исследование - УЗИ, компьютерная томография - КТ, магниторезонансная терапия - МРТ) чаще стали выявляться ранние стадии заболевания. Значимым событием стало использование ПСА для диагностики рака простаты, так как он позволяет не только выявлять ранние стадии заболевания, осуществлять мониторинг у пациентов с уже диагностированным заболеванием, но и проводить скрининг [3, 20].

ПСА является гликопротеином, специфичным для эпителия простаты, то есть его можно определить не как опухолевый маркер, а как органоспецифичный маркер. Он относится к нейтральным сывороточным протеазам, функцией которых является лизис белков семенных пузырьков. Является физиологическим продуктом секреторной жидкости, продуцируемой предстательной железой. В самых высоких концентрациях его содержание обнаруживается в семенной жидкости (до 3 мг/мл). Общее количество продуцируемого фермента постоянно контролируется и регулируется андрогенными гормонами. Но не следует также забывать и то, что сами андрогены стимулируют интенсивный рост раковых клеток простаты. Из семенной жидкости PSA был впервые выделен и изучен в 1979 году американским исследователем Wang. В организме PSA существует в двух формах: свободной (fPSA) и связанной (в комплексе с макроглобулином и хемотрипсином /Chymotrypsin; komplexiertes PSA или cPSA).

Высокая показательность теста PSA и повышение его уровня, в большинстве случаев, подтверждает изменения в предстательной железе. Чем выше уровень показателей теста, тем выше вероятность того, что заболевание действительно существует. Однако необходимо сразу диагностировать и отличия доброкачественности (гиперплазия, воспаление или инфаркт простаты, возникающий крайне редко), и злокачественность заболевания (рак). Уровень ПСА в сыворотке крови может быть повышен по следующим причинам:

- рак простаты,
- доброкачественная гиперплазия простаты,
- наличие простатита,
- ишемия или инфаркт простаты, эякуляция накануне исследования.

Соотношение с/о ПСА является наиболее исследованным и широко используемым в клинической практике критерием для дифференциальной диагностики ДППЖ и РПЖ. Этот показатель позволяет определить категории риска РПЖ у мужчин с общим уровнем ПСА от 4 до 10 нг/мл и отрицательным результатом ПРИ.

Из других биомаркеров следует отметить РСА3. Так называемый РСА3-тест, диагностически определяемый как патологически позитивный, позволяет выявить опухолевые клетки по результатам оценки проб мочи обследуемых пациентов. В отличие от описанных выше сывороточных маркеров ПСА-3

– простатспецифическая некодирующая мРНК – измеряется в осадке мочи, полученной после массажа предстательной железы. Преимуществом ПСА-3 является его несколько более высокая чувствительность и специфичность по сравнению с ПСА. Уровень ПСА-3 отражает небольшие, но значимые увеличения показателя при положительном результате биопсии, однако не зависит от объема предстательной железы или простатита. Информация о том, связан ли уровень ПСА-3 с агрессивностью опухоли, противоречива. Хотя этот показатель потенциально имеет прогностическую ценность для выявления РПЖ у мужчин с повышенным уровнем ПСА, у которых первичная биопсия тем не менее показала отрицательный результат, метод определения ПСА-3 остается экспериментальным.

Основными факторами, влияющими на исход заболевания, являются гистологическая структура злокачественного образования, его стадия и уровень ПСА [25]. Наиболее широко используется гистологическая классификация Глисона, она основана на степени дифференцировки злокачественных клеток. Учитывая гетерогенность большинства опухолей, показатель Глисона высчитывается путем суммирования наиболее часто встречающихся степеней. По классификации Глисона степень дифференцировки опухоли подразделяется на 5 ступеней от первой - высокодифференцированной до пятой – низкодифференцированной, по сумме ступеней показатель Глисона может варьировать от 2 до 10. Важность степени дифференцировки опухоли проиллюстрирована в исследовании на 767 больных в возрасте от 55 до 74 лет, которым после диагностики заболевания проводили немедленную или отсроченную гормонотерапию [2].

#### **Биопсия простаты и инцидентальный рак предстательной железы**

Показаниями для назначения биопсии предстательной железы являются уровень ПСА и/или подозрительные участки, выявленные во время ПРИ. Также при назначении биопсии следует учитывать возраст пациента, возможные сопутствующие патологии (индекс ASA и индекс сопутствующих заболеваний Чарльсона) и осложнения. Высокий уровень ПСА, выявленный в одном исследовании, не является прямым показанием к биопсии. Необходимо повторно определить уровень ПСА через несколько недель при помощи того же анализа в стандартных условиях (т.е. без эякуляции и без манипуляций, таких как катетеризация, цистоскопия или ТУР, и при отсутствии инфекций мочевых путей) в той же диагностической лаборатории с использованием тех же методов.

В настоящее время проведение биопсии предстательной железы под контролем ультразвука является стандартным методом диагностики. Хотя при биопсии предстательной железы используется преимущественно трансректальный способ, некоторые урологи производят ее перинеально. Частота обнаружения рака при помощи перинеальной биопсии предстательной железы сопоставима с частотой обнаружения при трансректальной биопсии. Перинеальный способ под контро-

лем ультразвука является полезной альтернативой в особых случаях, например после протектомии. Проведение диагностической ТУР ПЖ вместо повторных биопсий нецелесообразно. Частота обнаружения при этом методе не превышает 8%, что свидетельствует о его неэффективности при диагностике рака. Однако, следует отметить факт наличия инцидентального РПЖ, который показывает неэффективность биопсии в ряде случаев. Множество исследований указывают, что с увеличением числа точек биопсии выявляемость РПЖ возрастает. По информации клиники урологии МГМСУ, среди пациентов с уровнем ПСА менее 20 нг/мл при увеличении количества образцов получаемой ткани с 6 до 18 число диагностированных случаев РПЖ повысилось с 15,9 до 32,5% (рост выявляемости рака составил 16,6%) [4]. В работе G. Guichard и соавт. [6] были включены 1000 пациентов, которым проводилась биопсия предстательной железы из 6, 12 и 18 точек. Выявляемость РПЖ повысилась в среднем на 22% при сравнении 12-точечной биопсии с 6-точечной; у пациентов с уровнем ПСА ниже 4 нг/мл выявляемость РПЖ повысилась на 37,5%. Столь высокий уровень обнаружения латентного и инцидентального РПЖ заставляет по-новому оценивать вопросы его развития, диагностики и лечения. Актуальность проблемы инцидентального РПЖ подтверждается частотой его обнаружения у пациентов, страдающих аденомой предстательной железы, и возможными последствиями прогрессирования раковой болезни.

Инцидентальным РПЖ называют рак, выявленный при морфологическом исследовании ткани предстательной железы, удаленной во время трансуретральной резекции (ТУР) или открытой аденомэктомии, в тех условиях, когда данные дооперационной диагностики и результаты биопсии простаты не позволили выявить РПЖ [8]. Инцидентальному раку соответствуют две стадии: T1a и T1b. Частота диагностирования данного рака при морфологическом исследовании после ТУР предстательной железы составляет 8-10% [7]. При ретроспективном исследовании, проведенном von G. Andel и соавт. [10], среди 392 больных аденомой предстательной железы у 15 (4%) пациентов был обнаружен РПЖ. По данным А. Argurooulos и соавт. [8], из 786 человек, которым была произведена ТУР в период с 1999 по 2003 г., у 34 (4,3%) пациентов был выявлен инцидентальный РПЖ. N. Meguro и соавт. [17] в исследовании, проводившемся на группе пациентов, состоящей из 202 человек с диагнозом аденома предстательной железы, после выполнения операции ТУР у 23 (11,38%) был обнаружен РПЖ в стадиях T1a (10 пациентов) и T1b (13 пациентов). Исследования, проведенные А. Antunes и соавт. [9], показали, что из 218 человек, которым была выполнена ТУР по поводу аденомы предстательной железы, при дальнейшем морфологическом исследовании операционного материала у 13 (6,2%) пациентов был выявлен РПЖ, причем у 8 пациентов рак T1a стадии и у 5 – T1b. По данным В. Tombal и соавт. [21], при обследовании 1648 пациентов с диагнозом аденома предстательной железы у 182 (11%) был обнаружен инцидентальный РПЖ. Частота обнаружения инцидентального РПЖ была изучена С. Vecchioli Scaldazza [22]. При

выполнении ТУР 683 пациентам с аденомой предстательной железы в полученном материале у 82 (12%) из них был обнаружен инцидентальный РПЖ. Количество пациентов со стадией рака T1a составило 50 (60,98%), со стадией T1b – 32 (39,02%). В работе Yoo C и соавт. выявляемость инцидентального рака простаты составила 4,8% (78 из 1613 пациентов) [24]. По данным Marmiroli R и соавт., частота выявления инцидентального рака составила 6% [16]. По данным Voigt S. и соавт. среди 1000 пациентов, которым выполнялась ТУР простаты (условиями отбора являлись ПСА не более 20 нг/мл и объем удаленной ткани не менее 10г), инцидентальный рак выявлен в 111 случаях (11,1%), причем у 34 (30%) пациентов диагностирована стадия T1b [23].

#### Материалы, методы и результаты исследования

В условиях урологического отделения ГБУЗ СО "СГКБ № 9" за период с 2013 по 2015 годы было выполнено 380 трансуретральных резекций по поводу гиперплазии простаты, в 42 (11%) случаях выявлен инцидентальный рак простаты. Средний уровень ПСА составил 6,4 нг/мл, а средний возраст пациентов 71,3 года. Причем в 2013 году выполнено 120 операций, и инцидентальный рак выявлен у 17 (14,1%) пациентов, в 2014 году – 132 операция, 15 (11,4%) случаев РПЖ и в 2015 году 128 ТУР и 10 (7,8%) случаев инцидентального РПЖ. Высокодифференцированный (4 балла по Глиссону и менее) – (32 пациента), в 8 случаях – умереннодифференцированный – 5-7 баллов, в двух случаях низкодифференцированный рак – 8 баллов. В некоторых источниках литературы приведены значения заболеваемости инцидентальным РПЖ без указания данных об исследуемой группе больных аденомой предстательной железы (6, 8, 10,3, 10 и 15% [10, 13,18]). Также остается актуальной проблема возможного рецидива и прогрессирования инцидентального РПЖ. По данным Н. Leisinger и соавт. [14], риск прогрессии опухоли T1a стадии предстательной железы составляет 8-13% в течение 10 лет при отсутствии лечения (по другим данным – 16-36% [12]). При исследовании группы, состоящей из 34 больных инцидентальным РПЖ, было обнаружено 17 больных в стадии T1a и 17-е стадии T1b. 11 пациентов имели индекс Глиссона 7-10 баллов, все они относились к группе больных РПЖ T1b стадии [8]. По данным В. Tombal и соавт. [21], из 182 больных инцидентальным РПЖ лишь у 8% опухоли в стадии T1a рецидивировали со средним временем «безопухолевого» периода 73 месяцев и у 29% опухоли T1b стадии рецидивировали в средние сроки – 17 месяцев. По данным исследования D. Robinson и соавт. [19], более благоприятный прогноз имеют больные раком в стадии T1a с индексом Глиссона 5 баллов и ниже. В группе больных раком T1b стадии прогрессия наблюдалась у 12,5% пациентов со средним временем «безракового» периода 70 месяцев. В группе из 27 пациентов с диагнозом инцидентального РПЖ (22 – T1a, 5 – T1b) у пяти больных был диагностирован рецидив опухоли в средние сроки 47,6 месяца [11]. Некоторые ученые связывают такой показатель рецидивов в группе больных раком T1a стадии с тем, что во время операции полностью

удаляется ткань опухоли. На этот факт указывают N. Masue и соавт. [15], которые проводили исследования среди больных с обнаруженным инцидентальным РПЖ. Европейская ассоциация урологов разработала тактику лечения больных инцидентальным РПЖ. У относительно молодых пациентов с ожидаемой продолжительностью жизни более 15 лет (стадия T1a) целесообразно радикальное хирургическое лечение. Для стадии T1b ожидаемая продолжительность жизни должна составлять не менее 10 лет. У мужчин в возрасте 60 лет и менее с ожидаемой продолжительностью жизни более 10 лет шанс прогрессии умереннодифференцированного и тем более низкодифференцированного инцидентального РПЖ в стадии T1a достаточно велик. Таким пациентам нужно регулярное обследование не менее двух раз в год с последующим рассмотрением вопроса о радикальном хирургическом лечении. Прогрессия рака в стадии T1b у большинства пациентов прогнозируется в течение пяти лет. Не стоит забывать, что некоторый процент инцидентального РПЖ (особенно в стадии T1a) можно считать полностью удаленным уже после ТУР.

#### Заключение

Таким образом, диагностика рака предстательной железы остается актуальным и дискуссионным вопросом онкоурологии. Необходимо отметить неэффективность биопсии простаты в ряде некоторых случаев. Инцидентальный рак простаты является распространенным заболеванием среди мужчин с ДГПЖ. Распространенность инцидентального РПЖ составляет 4-15%. Больным в стадии T1a с ожидаемой продолжительностью жизни более 15 лет назначается регулярное обследование и планируется проведение РПЭ, в стадии T1b радикальное лечение необходимо в ближайшие 5 лет.

#### Список литературы

1. Борщ В.Ю., Вареннов Г.И., Захматов Ю.М. и соавт. Трансуретральная резекция при раке предстательной железы // Материалы Пленума Правления российского общества урологов. - М. -1999.-С.212-214.
2. Бухаркин Б.В., Подрезульский К.Э. Рак предстательной железы// Клин. онкол. - 1999. - т.1, - №1. - С. 10-13.
3. Вайнберг З.С. Неотложная урология. - М.1997.
4. Пушкарёв, Д.Ю. Простатспецифический антиген и биопсия предстательной железы / Д.Ю. Пушкарёв. М.: Медпресс— информ, 2003. - 159 с.
5. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность)/ под. ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой//М.: РИИС ФИАН, 2016. - 4 с.
6. Медицинские Диссертации <http://medical-diss.com/medicina/putipovysheniya-effektivnosti-biopsii-predstatelnoy-zhelezy#ixzz2W64KMIhZ> Guichard G., Larre'S., Gallina A. et al. Extended 21-sample needle biopsy protocol for diagnosis of prostate cancer in 1000 consecutive patients. Eur Urol 2007;52(2):430-5.
7. Урология/ под ред. Ю.Г. Аляева. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 640 с.
8. Argyropoulos A., Doumas K., Farmakis A. et al. Characteristics of patients with stage T1b incidental prostate cancer. Scand J UrolNephrol 2005;39(4):289-93.
9. Antunes A.A., Freire Gde C., Aiello Filho D. et al. Analysis of the risk factors for incidental carcinoma of the prostate in patients with benign prostatic hyperplasia. Clinics 2006;61(6):545-50.
10. Andel G., Vleeming R., Kurth K., de Reijke T.M. Incidental carcinoma of the prostate. Semin Surg Oncol 1995;11(1):36-45.
11. Bostwick D.G. The pathology of incidental carcinoma. Cancer Surv 1995;23: 7-18.
12. Capitanio U., Scattoni V., Freschi M. et al. Factors predicting pathological stage in patients submitted radical retropubic prostatectomy due to incidental (T1a-T1b) prostate cancer. Eur Urol 2007;(Suppl).
13. Herranz Amo F, Diez Cordero J.M., Verdu Tartajo F. et al. Incidental prostatic cancer Actas Urol Esp 1999;23(10): 848-52.
14. Leisinger H.J. Cancer of the prostate stage T1. Incidental carcinoma. Review of the literature and an appraisal of the classification. Ann Urol (Paris) 1994;28(4): 229-34.
15. Masue N., Deguchi T., Nakano M. et al. Retrospective study of 101 cases with incidental prostate cancer stages T1a and T1b Six-year follow-up of untreated T1 carcinoma of prostate. Int J Urol 2005;12(12):1045-9.
16. Marmiroli R, Antunes AA, et al. Standard surgical treatment for benign prostatic hyperplasia is safe for patients over 75 years: analysis of 100 cases from a high-volume urologic center. Clinics (Sao Paulo). 2012 Dec;67(12):1415-8.
17. Meguro N., Maeda O., Saiki S. et al. Clinical significance of prostate specific antigen (PSA) and PSA density in the detection of T1a and T1b prostate cancer. Hinyokika Kyo 1998;44(9):639-43.
18. Paul R., Knebel C., van Randenborgh H. et al. Incidental carcinoma of the prostate: can we and should we recommend radical prostatectomy. Urologe A 2005;44(9):1052, 1054-8.
19. Robinson D., Aus G., Bak J. et al. Long-term follow-up of conservatively managed incidental carcinoma of the prostate: a multivariate analysis of prognostic factors. Scand J Urol Nephrol 2007;41(2):103-9.
20. Stamley TA, Kabalin JN, McNeal JE, et al. Prostate specific antigen in the diagnosis and treatment of adenocarcinoma of prostate. II. Radical prostatectomy treats patients.// J Urol 1989;141:1076-83.
21. Tombal B., De Vischer L., Cosyns J.P. et al. Assessing the risk of unsuspected prostate cancer in patients with benign prostatic hypertrophy: a 13-year retrospective study of the incidence and natural history of T1a-T1b prostate cancers. BJU Int 1999;84(9):1015-20.
22. Vecchioli Scaldazza C. Incidental carcinoma of the prostate. Study of 683 patients operated upon for benign prostatic hypertrophy. Minerva Urol Nefrol 1992;44(2):109-12.
23. Voigt S, Hüttig F et al. Risk factors for incidental prostate cancer-who should not undergo vaporization of the prostate for benignprostate hyperplasia? Prostate. 2011 Sep;71(12):1325-31. doi: 10.1002/pros.21349. Epub 2011 Feb 9.
24. Yoo CZhao Z, Ma W, Zeng G, Qi D. PSCA mRNA expression in preoperatively negative prostate biopsies predicts incidental prostate 117 cancer in patients undergoing transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia. Department of Urology, Minimally Invasive Surgery Center, The First Affiliated Hospital, Guangzhou Medical College, Guangzhou, Guangdong Province, China.
25. Yen-Chuan Ou, Jung-Ta Chen, Chen-Li Cheng, et al. Radical prostatectomy for prostate cancer patients with prostate-specific antigen >20 ng/ml. //Jpn J Clin Oncol 2003;33(11):574-579.
26. Zelefsky MJ, Leibel SA, Burman et al. Neoadjuvant hormonal therapy improves the therapeutic ratio in patients with bulky prostatic cancer treated with three-dimensional conformal radiation therapy. //Int J Radiat Oncol Biol Phys 1994;29:755-761.

## TRANSURETHRAL RESECTION: PLACE IN THE DIAGNOSIS OF PROSTATE CANCER

A. A. ZIMICHEV<sup>1</sup>, A.S. KORABELNIKOV<sup>1</sup>, I. V. CHERNYSHEV<sup>2</sup>, R. S. NIZAMOVA<sup>1</sup>, E. S. GUBANOV<sup>1</sup><sup>1</sup>Samara State Medical University, Urology Department, Samara<sup>2</sup>FGBU «Combined hospital with policlinics» Administrative Department of the President of the Russian Federation, v Moscow**Information about the authors:****Zimichev Aleksandr Anatolievich** – Candidate of Medical Science, an associate professor of Urology Department in Samara State Medical University.

E-mail: Zimichew@mail.ru

**Korabel'nikov Alexander Sergeevich** – assistant professor of urology in Samara State Medical University**Chernyshev Igor Vladislavovich** – Doctor of Medical Science, a professor, the Head of Urology Department in FGBU «Combined hospital with policlinics» Administrative Department of the President of the Russian Federation. E-mail: ivchernyshev@fgu-obp.ru**Nizamova Rumiya Sakhabovna** – Doctor of Medical Science, a professor, the Head of Urology Department in Samara State Medical University. E-mail: nizamovars@yandex.ru**Gubanov Evgenii Sergeevich** – Candidate of Medical Science, an associate professor of Urology Department in Samara State Medical University. E-mail: samara-urology@mail.ru

Achieved the possibility of identifying malignant prostate tumor, disease forecasting, issue incidental prostate cancer. The review of domestic and foreign sources of literature considering these issues. Diagnosis of prostate cancer remains relevant and debated issue oncurology. Intidentalny Prostate cancer is a common disease in men with BPH.

**Key words:** prostate cancer, diagnosis, biopsy, cancer intidentalny.