

Рак предстательной железы

- Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее распространённых злокачественных заболеваний у мужчин.
- Ежегодно в мире регистрируют более 550 тыс. новых случаев РПЖ. Именно с этим связан тот факт, что диагностике и лечению данной патологии в последнее время уделяется все больше внимания как за рубежом, так и в Российской Федерации.

По данным МНИОИ им П.А. Герцена
распространенность рака
предстательной железы на территории
РФ увеличилась с 47,8 больных на
100 000 населения в 2006 г. до 138,4
больных на 100 000 населения в 2016г.

Причины РПЖ

- Наследственный фактор,
- Расовая предрасположенность,
- Табакокурение,
- Хронические инфекции предстательной железы,
- Контакт с полициклическими ароматическими веществами.

Профилактика РПЖ

- На сегодняшний день методов специфической профилактики рака предстательной железы не существует.

Клинические проявления

- На ранних стадиях РПЖ симптоматика отсутствует, так как опухоль чаще всего развивается в периферических отделах простаты. При прогрессировании опухолевого процесса появляются симптомы, которые можно разделить на три группы.
- Симптомы инфравезикальной обструкции: ослабление и прерывистость струи мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, учащение мочеиспускания, императивные позывы к мочеиспусканию, стрессовое недержание мочи.
- Симптомы, связанные с местным прогрессированием опухоли: гемоспермия, гематурия, недержание мочи, эректильная дисфункция, боль в надлобковой области и промежности.
- Симптомы, связанные с отдалёнными метастазами: боль в костях, пояснице (при обструкции мочеточников), отёк нижних конечностей (лимфостаз), параплегия (компрессия спинного мозга), потеря массы тела, анемия, уремия, кахексия.

Диагностика

- Пальцевое ректальное исследование
Позволяет выявить опухоли предстательной железы, локализующиеся в периферических отделах, если их объём превышает 0,2 мл. Выявление патологических изменений в предстательной железе свидетельствует о наличии РПЖ в 15–40% случаев (в зависимости от опыта врача). Проведение этого обследования для скрининга у бессимптомных мужчин приводит к выявлению РПЖ только в 0,1–4% случаев [19, 80].

Диагностика

- Определение уровня ПСА:
средним нормальным уровнем ПСА считают 2,5 нг/мл. Кроме того, следует учитывать возрастные нормы уровня маркёра: в возрасте 40–49 лет — 0–2,5 нг/мл, 50–59 лет — 0–3,5 нг/мл, 60–69 лет — 0–4,5 нг/мл, 70–79 лет — 0–6,5 нг/мл.

Диагностика

- Трансректальное УЗИ предстательной железы:

Эхографическая картина РПЖ неоднородна. Классическая ультразвуковая семиотика РПЖ описывает гипоэхогенные очаговые зоны в периферических отделах предстательной железы. С увеличением размеров опухолевых очагов они могут содержать как гипо-, так и гиперэхогенные участки. 37,6% опухолей предстательной железы, диагностированных при биопсии, представлены изоэхогенными участками при трансректальном УЗИ

Диагностика

- Биопсия предстательной железы:
Выполняют забор материала из подозрительных (гипоэхогенных) участков предстательной железы. Количество точек для биопсии может достигать 10, 12 и 18 и определяется в зависимости от объёма предстательной железы.

Дополнительные методы диагностики

- Иммуногистохимический анализ,
- КТ,
- МРТ,
- Сцинтиграфия костей скелета,
- Биопсия семенных пузырьков.

Методы диагностики отдаленных метастазов

- Сцинтиграфия скелета,
- УЗИ, КТ, МРТ органов брюшной полости,
- Рентгенография, КТ органов грудной клетки.

Скрининговое обследование мужчин

- Возраст 45 и более лет,
- ПСА + ТРУЗИ предстательной железы,
- Не реже 1 раза в год,
- Мужчины – родственники 1й линии больных РПЖ.

Программа «Урологическое здоровье мужчин»

- Действует с 2006 года,
- 10 экспресс-диагностических урологических кабинетов,
- Выявлено более 8 тыс. больных РПЖ,
- Повышение выявляемости РПЖ на ранних стадиях более чем в 4 раза.

Снижение одногодичной летальности от РПЖ с 2005 по 2016гг.

Алгоритм маршрутизации пациентов



Лечение

- Активное наблюдение,
- Хирургическое лечение,
- Лучевая терапия,
- Гормональная терапия,
- Малоинвазивные методы лечения.

Активное наблюдение

- За пациентом тщательно наблюдают и проводят лечение на заранее установленных этапах прогрессирования, определяемых такими параметрами, как короткое время удвоения ПСА и ухудшение патоморфологических результатов при повторной биопсии. Тактика лечения при этом направлена на полное излечение пациента.

Оперативное лечение

- Оперативное лечение (радикальная простатэктомия) подразумевает удаление предстательной железы с семенными пузырьками и участком мочеиспускательного канала. Цель операции при локализованном и некоторых вариантах местнораспространённого РПЖ — полное излечение больного.

Преимущества радикальной простатэктомии

- полное удаление опухоли;
- точное стадирование опухолевого процесса;
- излечение сопутствующей доброкачественной гиперплазии предстательной железы, имеющей клинические проявления;
- лёгкий и удобный мониторинг в послеоперационном периоде (снижение уровня ПСА до 0);
- меньшее беспокойство больного в послеоперационном периоде.

Лучевая терапия

Цель лучевой терапии — максимально точное достижение терапевтической дозы ионизирующего излучения в ткани предстательной железы при минимальном лучевом воздействии на окружающие органы и ткани.

- Дистанционная лучевая терапия,
- Внутритканевая лучевая терапия.

Внутриканевая лучевая терапия (брахитерапия)

При локализованном РПЖ чаще применяют постоянную брахитерапию, при которой в предстательную железу вводят радиоактивные зёрна (гранулы) с изотопом Йода¹²⁵ (период полураспада — 60 дней). Благодаря более гомогенному распределению ионизирующего излучения брахитерапия позволяет подвести более высокую дозу излучения к предстательной железе с меньшим лучевым воздействием на окружающие ткани, чем при проведении дистанционной лучевой терапии. Радиоактивные источники внедряют через промежность под контролем трансректального УЗИ.

Малоинвазивные методы лечения

- криоабляция простаты,
- абляция предстательной железы при помощи высокоинтенсивного сфокусированного ультразвука (HIFU).

Криоабляция простаты является достаточно хорошо изученным, альтернативным методом терапии РПЖ, в то время как HIFU остаётся экспериментальным видом лечения. Фокальная терапия РПЖ при помощи различных методик (криоабляции, ультразвуковой или лазерной абляции и пр.) активно изучается во многих клиниках.

Гормональная терапия

Гормонотерапию как самостоятельный вариант лечения РПЖ проводят с паллиативной целью, но гормональные препараты могут быть использованы в сочетании с радикальным оперативным или лучевым лечением как комбинированная противоопухолевая терапия. В основе механизма действия эндокринного лечения лежит снижение концентрации тестостерона в клетках предстательной железы.

Наблюдение за пациентами после лечения РПЖ

- После радикальной простатэктомии определение уровня ПСА рекомендуется каждые 3 мес в течение 1 года, каждые 6 мес в течение 2-го и 3-го года, далее ежегодно.
- Повышение уровня ПСА после радикальной простатэктомии $>0,2$ нг/мл свидетельствует о рецидиве заболевания.
- Три последовательных повышения уровня ПСА после минимального значения, достигнутого после лучевой терапии (надира), определяют как рецидив заболевания.
- Пальпируемый опухолевый узел и повышение уровня ПСА свидетельствуют о развитии местного рецидива.
- Биопсия рецидивной опухоли под контролем трансректального УЗИ показана при планировании второй линии радикального лечения.
- При боли в костях показана сцинтиграфия скелета (независимо от уровня ПСА)

Прогноз

Определяется стадией, на которой выявлен РПЖ, а также степенью дифференцировки опухоли и уровнем ПСА.

Пятилетняя безрецидивная выживаемость больных с I–II стадией после проведения радикального лечения (радикальной простатэктомии и лучевой терапии) составляет 70–90%, общая выживаемость — 85–97%.

При выявлении РПЖ на стадии метастатического процесса средний период до прогрессирования процесса на фоне лечения составляет 24–36 мес.