

**ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ
РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III
СТАДИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ
ПРОСТАТЭКТОМИИ**

Выполнил: Рамазанов Е. С.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из основных злокачественных новообразований у мужчин. В структуре заболеваний в ряде стран РПЖ выходит на 2-е место после рака легких. Вместе с тем смертность от РПЖ среди прочих онкологических заболеваний занимает 2-е место после рака легкого. А по темпам прироста показателей заболеваемости и смертности за последние два десятилетия прочно занимает первое место. Однако, несмотря на существенное повышение возможностей раннего выявления РПЖ за последнее время вследствие развития различных медицинских технологий, в нашей стране все еще остается достаточно высокой доля запущенных стадий заболевания. Доля больных за 2015 год среди всех ЗНО в РФ составляет 5.5%



ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.

- Изучить продолжительность жизни у больных III стадии после хирургического лечения.
- Изучить продолжительность жизни у больных III стадии после лучевого, лекарственного и комбинированного лечения.



Таблица 1. TNM-классификация РПЖ (версия 2009 г.)

T – первичная опухоль

T_x – недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T₁ – клинически не определяемая опухоль, непальпируемая и невидимая при визуализации

T_{1a} – опухоль, случайно выявленная при патоморфологическом исследовании не более чем в 5% резецированной ткани

T_{1b} – опухоль, случайно выявленная при патоморфологическом исследовании более чем в 5% резецированной ткани

T_{1c} – опухоль выявлена при пункционной биопсии (например, выполненной по поводу повышенного уровня ПСА)

T₂ – опухоль ограничена простатой, причем опухоль, обнаруженная в одной или обеих долях простаты при биопсии, но непальпируемая и невидимая методами визуализации, классифицируется как T_{1c}

T_{2a} – опухоль занимает не более 1/2 одной доли ПЖ

T_{2b} – опухоль занимает более 1/2 одной доли ПЖ, но не распространяется на вторую долю

T_{2c} – опухоль занимает обе доли ПЖ

T₃ – опухоль прорастает за пределы капсулы ПЖ, причем инвазия опухоли в верхушку или капсулу (но не за ее пределы) ПЖ классифицируется как pT₂

T_{3a} – экстракапсулярное распространение (одностороннее или двустороннее), включая микроскопическое прорастание в шейку мочевого пузыря

T_{3b} – опухоль прорастает в один или оба семенных пузырька

T₄ – опухоль распространяется на окружающие ткани, помимо семенных пузырьков (к наружному сфинктеру, прямой кишке, мышцам, поднимающим задний проход, и/или стенке таза), или прорастает в них

N – регионарные лимфатические узлы, причем метастазы до 0,2 см могут быть обозначены как pN₁

N_x – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов

N₀ – метастазы в регионарных лимфатических узлах отсутствуют

N₁ – метастазы в регионарных лимфатических узлах

M – отдаленные метастазы, причем стадирование следует проводить с учетом наиболее распространенного процесса, если, к примеру, присутствует более одной локализации метастазов – используют более высокую стадию

M_x – недостаточно данных для оценки отдаленных метастазов

M₀ – отдаленные метастазы отсутствуют

M₁ – отдаленные метастазы

M_{1a} – метастазы в 1 или более нерегионарных лимфатических узлах

M_{1b} – метастазы в кости (костях)

M_{1c} – метастазы в других тканях и органах

Стадии рака простаты

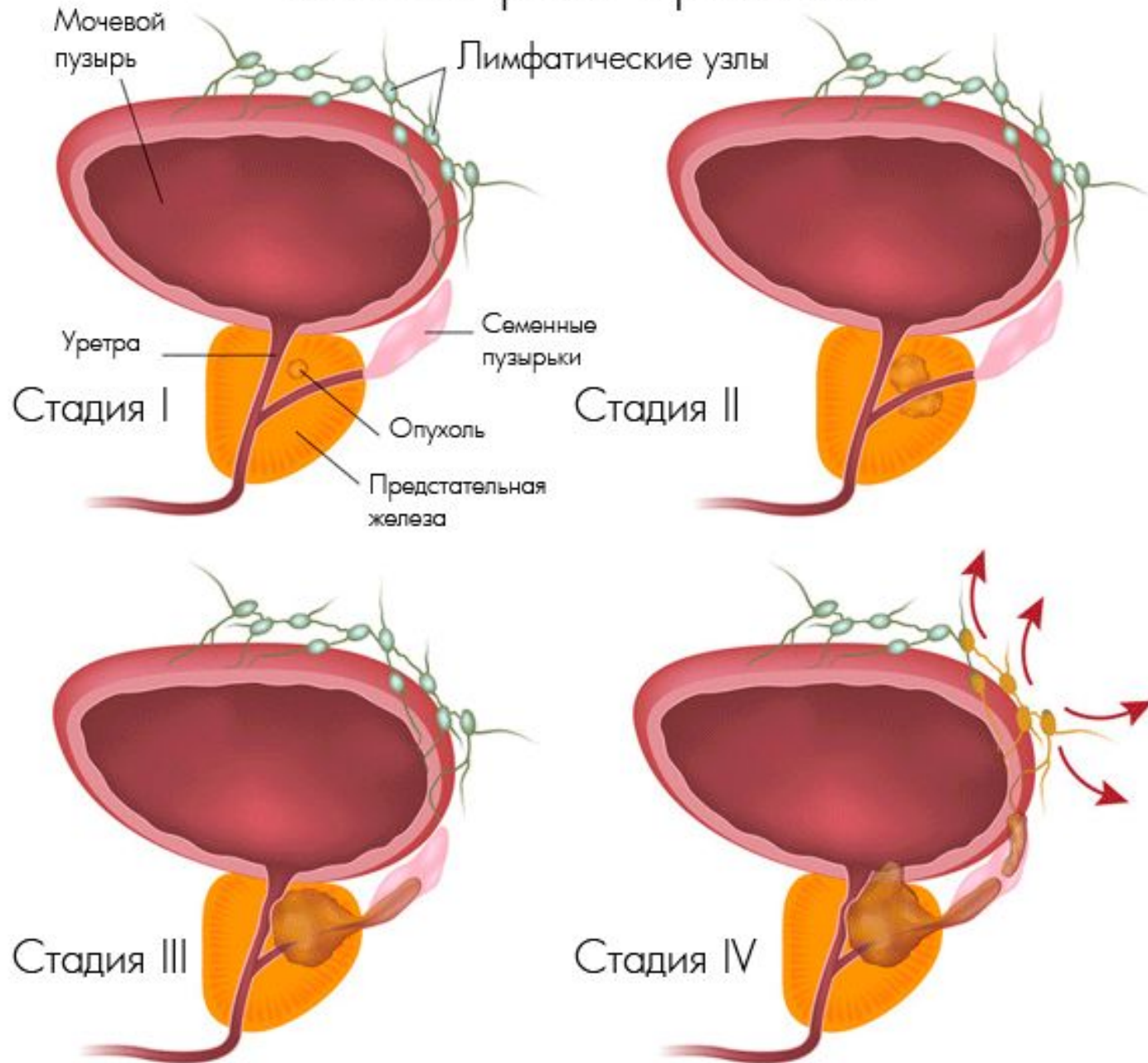


Таблица 2. Группы риска РПЖ по классификации D'Amico с соавт.

Группа риска	Клиническая стадия	ПСА, нг/мл	Сумма баллов по Глисону	Вероятность метастатического поражения лимфоузлов	Безрецидивная выживаемость
Низкий (наличие всех факторов)	T1-T2a	<10	2-6	< 5%	70-90% (10 лет)
Промежуточный (наличие одного из факторов)	T2в-T2с	10-20	7	5-15%	60-75% (10 лет)
Высокий (наличие одного из факторов)	T3a	>20	8-10	16-49%	43-60% (10 лет)



ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ.

- Ожидаемая продолжительность жизни больного > 10 лет •
- Локализованный РПЖ
- РПЖ низкого и промежуточного риска или клинически незначимый РПЖ при ожидаемой продолжительности жизни > 15 лет
- Местно-распространенный РПЖ стадии Т3а-Т3в при ожидаемой продолжительности жизни > 10 лет
- Отсутствие выраженной сопутствующей патологии и анестезиологических противопоказаний
- Отсутствие множественных метастазов в лимфатических узлах.



ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Распространенный рак предстательной железы, отягощенный соматический фон, не позволяющий выполнить оперативное лечение, ожидаемая продолжительность жизни менее 10 лет.



Осложнения РПЭ.

- Интраоперационные - кровотечение, травма прямой кишки; ранние послеоперационные - кровотечение, ТЭЛА, несостоятельность анастомоза, ОИМ,
- Поздние – склероз шейки мочевого пузыря, недержание мочи, эректильная дисфункция.



ПОКАЗАНИЯ К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ.

- Стадия T1a. Для пациентов молодого возраста с вероятно долгой продолжительностью жизни, особенно при плохо дифференцированных опухолях.
- - Стадия 1b-2b. Для пациентов с вероятной продолжительностью жизни более 10 лет, которые допускают осложнения, связанные с лечением. Пациентам, которым противопоказано хирургическое вмешательство.
- - Стадия T3. Пациенты с вероятной продолжительностью жизни более 5-10 лет.
- - Стадия TхNхM+. Паллиативное лучевое лечение.
- - Для пациентов, отказавшихся от хирургического лечения.



ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ.

- ▣ Противопоказания: общее тяжелое состояние больного, раковая кахексия, выраженный цистит и пиелонефрит, наличие большого количества остаточной мочи, хроническая почечная недостаточность, азотемия.
- ▣ Осложнения: уретро-везикальные, уретро-ректальные свищи, постлучевые поражения мочевого пузыря и прямой кишки



ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОРМОНОТЕРАПИИ.

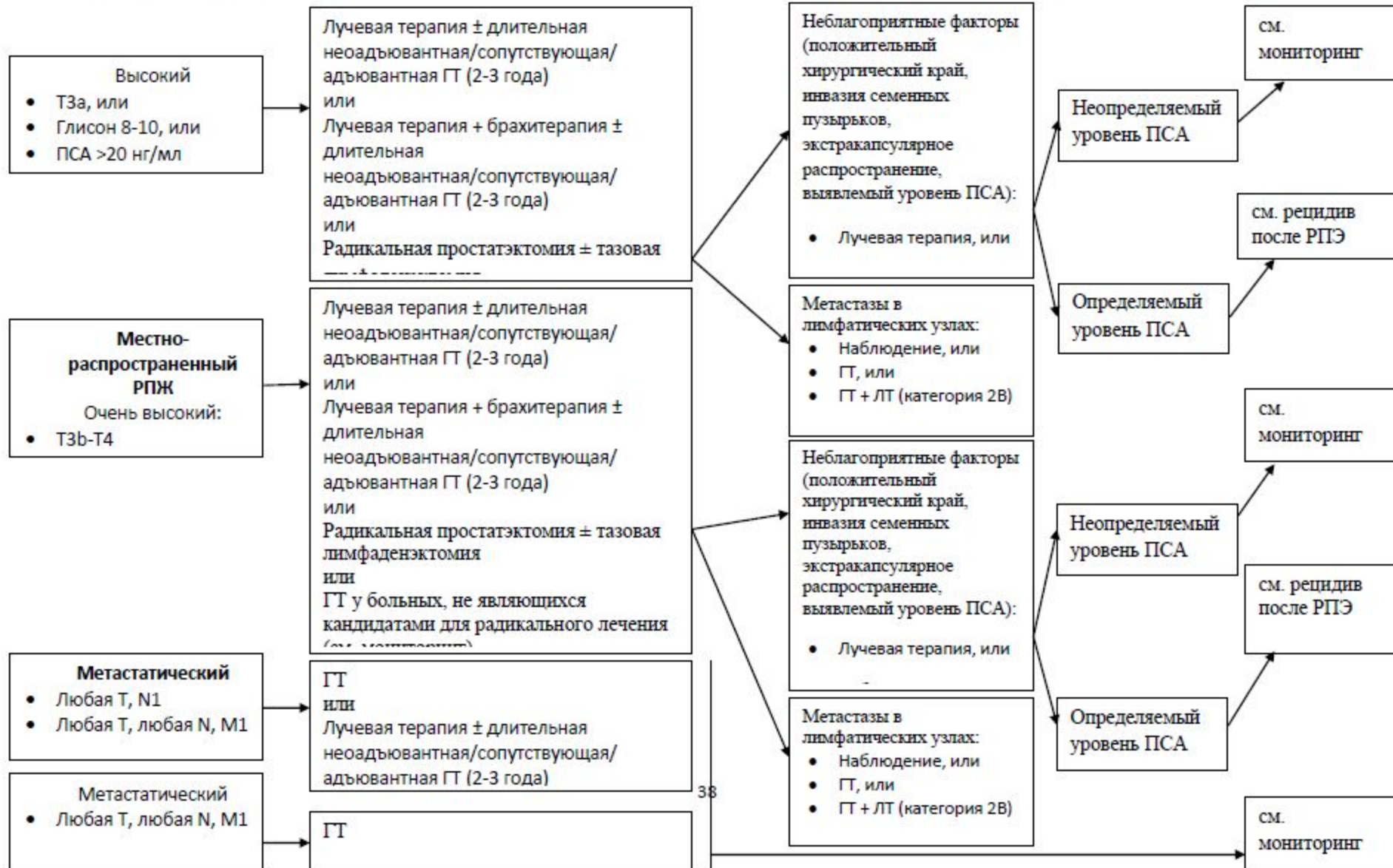
- Стадия T1a. Не применяется.
- Стадия 1b-2b. Для пациентов с симптомами, которым необходимо облегчение симптомов, но которые не подходят для излечивающего метода. Для группы высокого риска ПСА более 10 + Глисон более 7; Глисон 8-10 независимо от T и ПСА; ПСА более 20 нг/мл.
- Стадия T3-4. Пациенты с выраженными симптомами, обширными опухолями T3-4, в плохом физическом состоянии.
- Стадия Tлюбая, N+,M0. *Стандартная терапия.*
- Стадия Tлюбая, Nx,M+. *Стандартная терапия.*
- Рецидив заболевания.



Риск рецидивирования

Первичная терапия

Адьювантная терапия





Карякин Олег Борисович

доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки

Лучевая терапия является методом выбора у пациентов в стадии T3N0M0. Проведение дистанционной лучевой терапии с захватом предстательной железы и регионарных лимфоузлов в дозе до 50 Гр с последующим уменьшением размеров поля и облучением только предстательной железы. Суммарная очаговая доза на ПЖ при этом составляет 70-72 Гр.

В результате проведения лучевой терапии ремиссия заболевания в течение 5, 10 и 15 лет достигнута у 88, 76 и 66% больных соответственно. Общая выживаемость в эти же сроки наблюдения соответственно составила 77%, 49% и 32%.

Комбинация лучевой терапии и гормональной терапии.

Исследования последних лет показали преимущества использования неoadъювантной гормонотерапии с лучевой терапией. Лучевая терапевтическая онкологическая группа (RTOG) провела кооперированное исследование и сравнила результаты лучевой терапии и комбинации лучевой терапии и гормонотерапии у больных раком предстательной железы в стадии T3-T4. Через 5 лет прогрессирование у больных после лучевой терапии возникло в 71% случаев, а в группе, где проведено комбинированное лечение, только у 46% пациентов. Аналогичные результаты получены в других кооперированных исследованиях, что подтверждает эффективность комбинированной терапии у больных местнораспространенным раком предстательной железы.



Радикальная простатэктомия.

Целесообразность выполнения этой операции в стадии Т3 является предметом дискуссии. Это связано с тем, что значительно снижается радикализм операции, велика вероятность локального рецидива заболевания, и у 20-30% больных выявляются метастазы в регионарных лимфоузлах после выполнения срочного гистологического исследования. Как правило, у 60-80% больных после операции требуется проведение адъювантной лучевой терапии, гормонотерапии или их комбинации.





Петров Сергей Борисович
Профессор, доктор медицинских наук,
Заслуженный врач РФ, председатель
Петербургского общества онкоурологов,
главный научный сотрудник ФГУ НИИ
Онкологии им. Н. Н. Петрова, член
Европейской урологической ассоциации



Велиев Евгений
Ибадвич
доктором
медицинских
наук, профессор

Клиническая стадия $T_3N_0M_0$.

Многие используют лучевую терапию, однако результаты свидетельствуют о невысокой ее эффективности при T_3 . Основной проблемой при выборе хирургического лечения является наличие экстракапсулярного прорастания, а также инвазии в семенные пузырьки, что, по мнению противников агрессивной терапии, не позволяет говорить о радикальности операции и лишает целесообразности ее применения. В то же время, данные многочисленных исследований говорят о том, что среди больных с предполагаемой стадией T_3 от 9 до 22% пациентов имели окончательный патоморфологический диагноз T_2 (Van den Ouden с соавт., 1998; M. Wolf с соавт., 1994). Кроме того, радикальность операции может быть достигнута широким иссечением окружающих тканей, включая боковые сосудисто-нервные пучки, что бесспорно увеличивает число отрицательных хирургических краев и улучшает результаты лечения



Ганов Дмитрий Иванович, Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

При **ГТ** продолжительность жизни при I стадии составила не более 43 мес, при II стадии – 26 мес, **при III стадии – 21 мес.**, при IV стадии – 4 мес.

При **ЛТ** продолжительность жизни при I стадии не более 64 мес, при II стадии – 54 мес, **при III стадии – 25 мес**, при IV стадии – 5 мес.

При изучении сочетания **ГТ с ЛТ** продолжительность жизни при I стадии не более 64 мес, при II стадии – 43 мес, **при III стадии – 27 мес**, при IV стадии – 7 мес.

Хирургическая кастрация с ЛТ выполнена пациентам с III–IV стадиями заболевания, результаты сравнимы с сочетанием ГТ с ЛТ.

Радикально оперировались пациенты со II–III стадиями РПЖ. Пациенты прооперированные радикально при II ст. – живы более 8 лет, при III стадии – продолжительность жизни составила не более 26 мес.





Носов Александр Константинович

кандидат мед. наук

Член Европейской урологической ассоциации.

Член Российского общества онкоурологов.

Несмотря на то, что до настоящего времени отсутствуют результаты рандомизированных исследований сравнения этих методов лечения, на сегодняшний день разногласия исчерпаны – оба метода одинаково плохи, и нет повода выяснять, какой из них хуже.

Необходимо активно развивать программу раннего выявления РПЖ. В нашем регионе РПЭ остается методом выбора у большинства больных клинически локализованным РПЖ любой группы риска.

Пациентам высокого риска до начала лечения не обходимо сообщить о возможности комбинированного лечения при выявлении неблагоприятных послеоперационных патоморфологических характеристик опухоли: **при наличии стадии Т3, положительного хирургического края оправдано назначение адьювантной ЛТ, а в случае метастатического поражения лимфатических узлов адьювантная гормональная терапия.**

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению РПЖ. Ассоциация онкологов России, Москва 2014г;
2. European Association of Urology (EAU) Guidelines on Prostate Cancer, 2015г
3. Основные методы лечения рака предстательной железы и продолжительность жизни у мужчин среднего возраста в Алтайском крае. Д.И. ГАНОВ, О.С. КРАСКОВА. СИБИРСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ. 2012. Приложение № 1
4. Материалы конгрессов и конференций III РОССИЙСКАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПРЕДЕЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ЕСТЬ ЛИ ОНИ? С. Петров, Е. Велиев ВМА, Санкт-Петербург
5. Материалы конгрессов и конференций II РОССИЙСКАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «Современные тенденции развития лекарственной терапии опухолей» ПРИОРИТЕТЫ В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЙ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ О.Б. Карякин Медицинский радиологический научный центр РАМН, Обнинск
6. 10-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Localized Prostate Cancer, Freddie Hamdy, New England Journal of Medicine, 2016
7. Рак предстательной железы. Исследование биопсийного материала. Волгоградский научный центр РАМН и АВО. Методические рекомендации
8. Носов Д. А., Воробьев Н. А., Гладков О. А., Королева И. А., Матвеев В. Б., Русаков И. Г. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака предстательной железы // Злокачественные опухоли. – 2015. – № 4, спецвыпуск. – С. 291–300., Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва.
9. Химиотерапия рака предстательной железы: раннее начало. Евгений Наумович ИМЯНИТОВ Профессор, д.м.н., руководитель лаборатории молекулярной онкологии ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Маха ХУССЕЙН/ Маха HUSSAIN Профессор, онколог, уролог, онкологический центр Мичиганского университета / University of Michigan Comprehensive Cancer Center (Энн-Арбор, Мичиган, США), ОНКОЛОГИЯ сегодня» № 2 (11) 2015
10. РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВЗГЛЯД ХИРУРГА, А.К. Носов. ФГБУ «НИИ ОНКОЛОГИИ им. Н.Н. ПЕТРОВА» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 2012.
11. РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВОЗМОЖНОСТИ МНОГОКОМПОНЕНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ А.В. Важенин, П.А. Карнаух Челябинский областной онкологический диспансер Южно-Уральский научный центр
12. Е.И. Велиев, С.Б. Петров, О.Б. Лоран, Е.А. Соколов, А.В. Серегин, И.В. Лукьянов Радикальная позадилоная простатэктомия: первый российский опыт 15-летнего наблюдения после операции
13. **ИЗМЕНЕНИЕ ПОДХОДА К ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ КАК СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ НЕРВОСБЕРЕЖЕНИЯ** В.А. Перепечай 1, В.Л. Медведев 2, С.Н. Димитриади , А.В.Зозуля , И.И. Скориков, И.Н. Келина, В.Н. Горностаев Клиническая больница № 1 ФГУ «Южный окружной медицинский центр ФМБА России», Ростов-на-Дону, Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар
14. Комплексное гормонохимиолучевое лечение больных нематастатическим раком предстательной железы группы высокого и очень высокого риска прогрессирования. А.Д. Каприн, А.В. Троянов, С.А. Иванов, О.Б. Карякин. Онкоурология, 2017. Том 13, №1. 101-111.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

«... среди богатого выбора лечебных вмешательств нет достоверно лучшего для всех. Ни я, ни кто-то другой не знает, что является лучшим лечением рака простаты. Необходима мудрость Соломона, чтобы ответить на этот вопрос».
W. Gifford Jones

