



# Рак предстательной железы

Выполнили: Иванова А. А.


Мовсесян Л. А.

Гр. 2.4.13а

# ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

На структуру и функцию ПЖ влияют гормоны гипофиза, андрогены, эстрагены и стероидные гормоны. Особую роль в развитии РПЖ отводят тестостерону и его метаболиту-дигидротестостерону.

Одним из наиболее популярных средств для профилактики РПЖ является антиоксидант ликопин (каротиноид). Это красный пигмент, содержащийся в томатах, красных грейпфрутах, арбузах, папайе. Другими ингибиторами являются витамины С и Е, селен и цинк.



В России ежегодно выявляется около 30000 новых случаев, что составляет примерно 9% от всех злокачественных образований у мужчин. Средний возраст заболевших 70,5 лет

# Факторы риска

- ▶ Возраст: редко встречается у мужчин до 40 лет, с возрастом риск развития увеличивается
- ▶ Географическое положение: чаще встречается среди населения западных стран, особенно Скандинавии и США; редко встречается в Азии и на Дальнем Востоке.
- ▶ Раса: у негроидной расы шансы заболеть выше, чем у белых.
- ▶ Семейный анамнез: 5-10% случаев являются наследственными.
- ▶ Ожирение




# Морфология

РПЖ чаще представлен аденокарциномой. В большинстве случаев (75%) аденокарциномы встречаются в периферической части железы, 20% формируется из переходной зоны, 5% из центральной зоны. Опухоль может вовлекать уретральный сфинктер, губчатое тело полового члена, семенные пузырьки и зону треугольника мочевого пузыря. Самые частые пути метастазирования – лимфатические узлы, кости и легкие.

Предраковым состоянием является мультифокальная простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН) высокой степени и атипичная мелкоацинврная пролиферация (ASAP)

# Возможные клинические проявления РПЖ

- ▶ Локализованный РПЖ (стадии T1-T2)
  1. Опухоль не проявляется клинически, отсутствует по данным пальцевого ректального исследования и объективных методов исследования
  2. СНМП (вероятно, из за имеющейся доброкачественной гиперплазии ПЖ, вызывающей нарушение оттока мочи из мочевого пузыря)

- 
- ▶ РПЖ, выходящий за капсулу предстательной железы (стадии T3-T4)
    1. Опухоль может быть бессимптомной
    2. СНМП
    3. Гемоспермия
    4. Гематурия
    5. Дискомфорт в промежности
    6. Симптомы почечной недостаточности вплоть до анурии



- ▶ Метастатический РПЖ (N+, M+)
  1. Опухоль может быть бессимптомной
  2. Могут иметь место все симптомы, характерные для стадий T1-T4
  3. Отеки нижних конечностей из за нарушения лимфооттока
  4. Анорексия, потеря массы тела
  5. Анемия
  6. Неврологические симптомы (компрессия спинного мозга)
  7. Диспноэ, желтуха, кровотечения



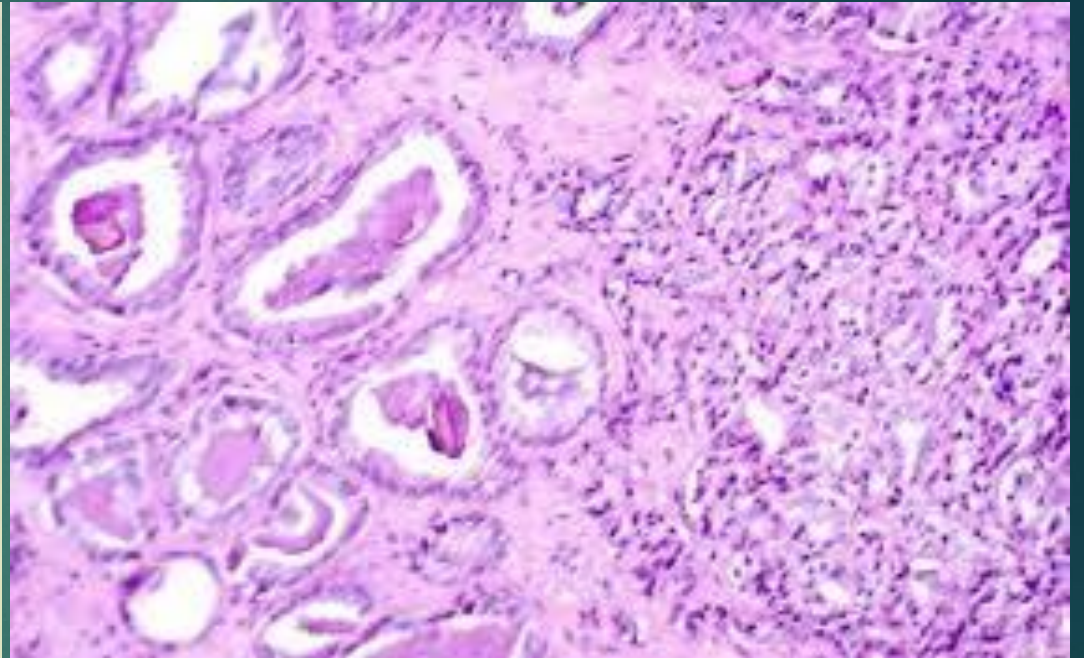
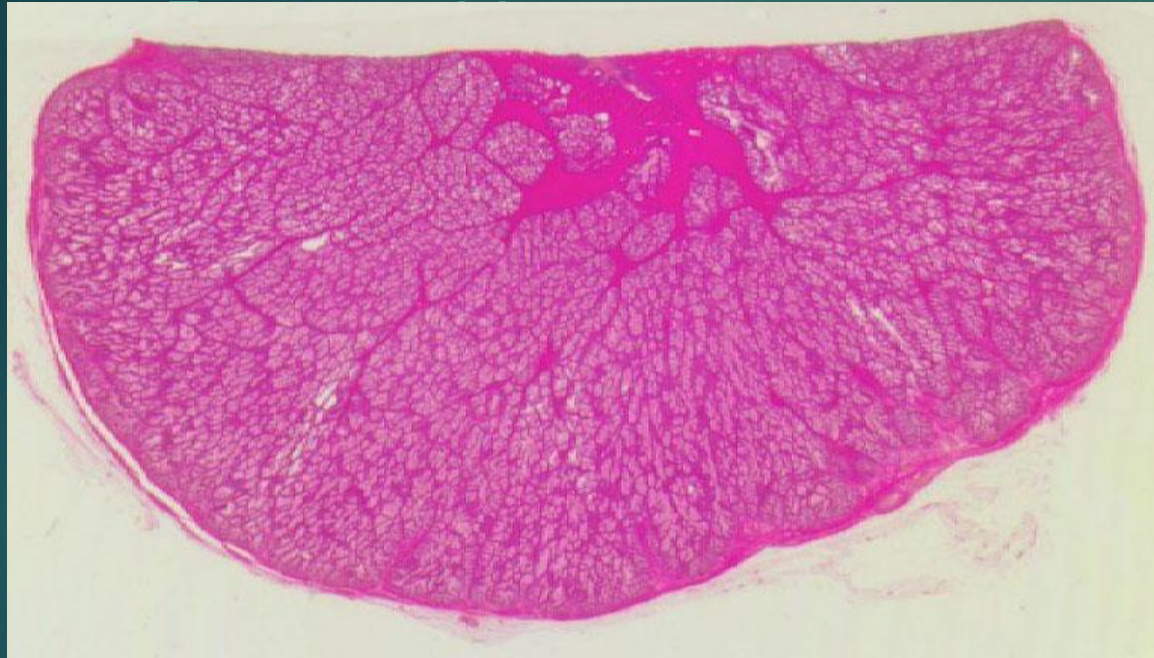
# Простатспецифический антиген

- ▶ ПСА – это гликопротеид, состоящий на 93% из аминокислот и на 7% из углеводов. В настоящий момент является наиболее ценным опухолевым маркером. Уровень ПСА, равный 2,5 нг/мл у мужчин моложе 65 лет принято считать порогом нормы; при превышении показана биопсия предстательной железы. Уровень ПСА может снижаться под воздействием некоторых препаратов, в частности фенастерида и дутастерида. С возрастом отмечается увеличение уровня ПСА в крови (ДГПЖ).
- ▶ Оценка скорости прироста ПСА с течением времени (ПСА V) является ценным методом – показатель ПСА V > 0,75 нг/мл в год очень характерен до РПЖ.

# Биопсия

- ▶ Выполняется из 10-12 точек (парасаггитальная линия между срединной бороздой и латеральной границей ПЖ из основания, средней части и верхушки правой и левой долей + периферическая зона)
- ▶ Возможные осложнения:
  1. Гематурия
  2. Гемоспермия
  3. Кровь из толстой кишки
  4. Сепсис
  5. Острая задержка мочи
  6. Потеря сознания во время процедуры
  7. Острый простатит



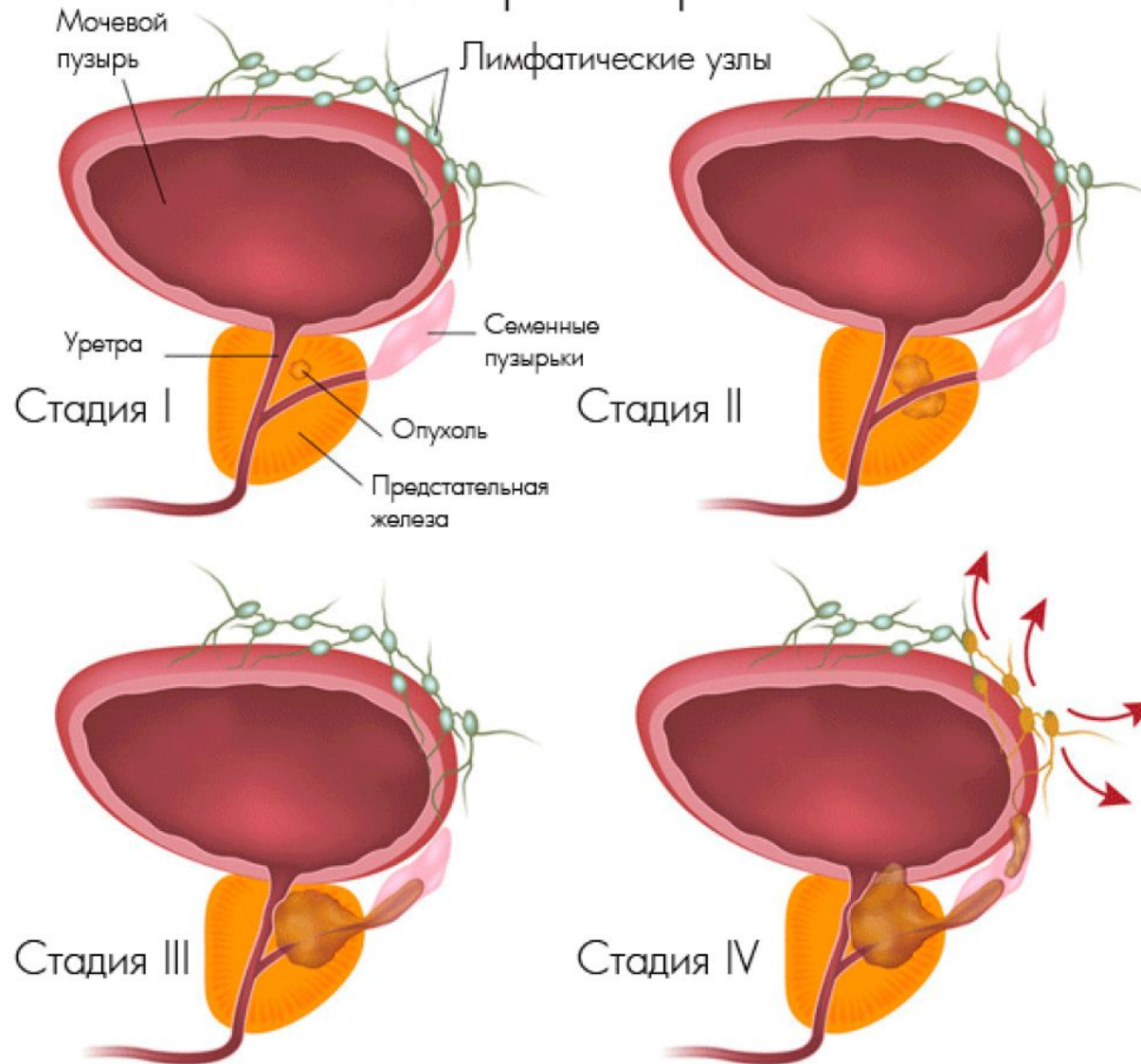


# Определение стадии РПЖ

- ▶ Используется классификация TNM
- ▶ Т-стадия: можно оценить при пальцевом ректальном исследовании, по данным ТРУЗИ, КТ и МРТ.
- ▶ N-стадия: наиболее часто ранние метастазы РПЖ локализуются в тазовых лимфатических узлах. В первую очередь поражаются узлы выше бифуркации подвздошных сосудов, зоны запирательного нерва и узел Клоке. Обнаружить поражение узлов можно только при значительном (диаметром более 1 см) их увеличении
- ▶ М-стадия: определяется на основании КТ и МРТ органов малого таза, радиоизотопного сканирования костей скелета, рентгенологического исследования органов грудной клетки и биохимических показателей.

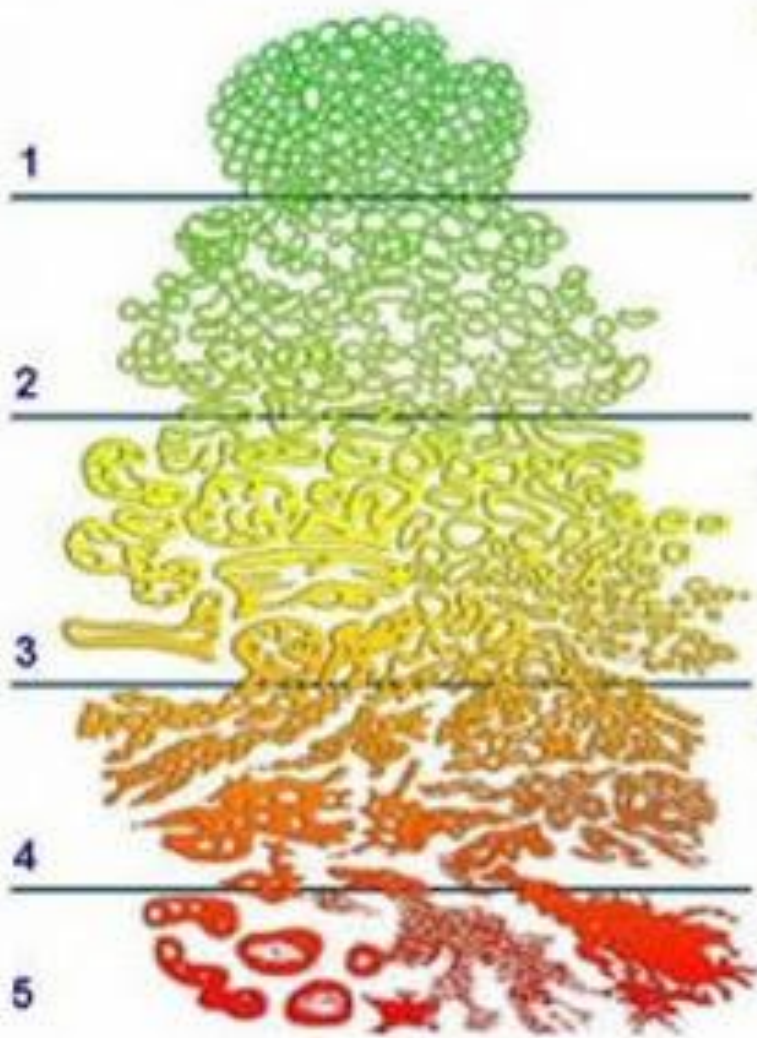


# Стадии рака простаты



# Морфологическая оценка РПЖ

- ▶ Наиболее часто выявляется аденокарцинома, реже первичный переходо-клеточный рак и мезенхимальные опухоли. Оценка степени дифференцировки аденокарциномы производится согласно шкале Глисона. За редким исключением РПЖ имеет неоднородную структуру.
- ▶ Чем больше утрачена дифференцировка ткани, тем хуже прогноз. Опухоли с суммой баллов по шкале Глисона от 2 до 4 баллов считают высоко дифференцированными, от 5 до 7 баллов – умерено, от 8 до 10 баллов – низко дифференцированными.



1. Клетки железы маленькие, хорошо различимые
2. Клетки железы находятся на большем расстоянии друг от друга
3. Клетки железы не имеют правильной формы
4. Мало клеток правильной формы, неопластическая масса
5. Отсутствие клеток железы

Хорошая дифференциация



средняя дифференциация



плохая дифференциация



# показатели шкалы Глисона



# Лечение локализованного РПЖ

## Выжидательная тактика и наблюдение

Выжидательную тактику можно рассматривать у пациентов с ограниченной ожидаемой продолжительностью жизни или пожилыми пациентами с высоко дифференцированным РПЖ.

Тактику наблюдения за пациентами с локализованным РПЖ (T1-T2) нередко выбирают в следующих случаях:

- ▶ Сумма Глисона 2-4 балла, любой возраст
- ▶ Сумма Глисона 5-6 баллов, возраст старше 75 лет
- ▶ Выраженная сопутствующая патология, ожидаемая продолжительность жизни менее 10 лет
- ▶ РПЖ в стадии T1a при «нормальном» уровне ПСА



# Радикальная простатэктомия

- ▶ Хирургический метод, который заключается в удалении всей предстательной железы вместе с семенными пузырьками. РПЭ показана пациентам с локализованным (стадия T1 или T2) и в ряде случаев с местно-распространённым (стадия T3) РПЖ и с предполагаемой продолжительностью жизни не менее 10-15 лет. В ряде случаев удаляют регионарные тазовые лимфатические узлы. У многих пациентов операцию проводят по нервосберегающей методике.

# Лучевая терапия

- ▶ Золотым стандартом на сегодняшний день является трехмерная конформная лучевая терапия.
- ▶ Эффективность у больных с локализованным РПЖ выше, чем у пациентов с местно-распространённым заболеванием.
- ▶ Противопоказанием являются выраженные СНМП, выраженная инфравезикальная обструкция, воспалительные заболевания кишечника, а также облучения органов малого таза в анамнезе.
- ▶ К побочным эффектам относят ухудшение качества мочеиспускания, гематурия, сморщивание мочевого пузыря, формирование стеноза прямой кишки, эректильная дисфункция.

# Лечение местно- распространённого РПЖ

- ▶ Гормональная терапия

Направлена на андрогенную депривацию, достигается как снижением секреции андрогенов путём хирургической или медикаментозной кастрации, так и заблокировав воздействие циркулирующих андрогенов на андрогеновые рецепторы ПЖ путём использования конкурентных антагонистов андрогеновых рецепторов - антиандрогенов.



- ▶ Орхидэктомия

Удаление яичек путём операции, целью которой является снижение уровня тестостерона в организме для устранения его воздействия на опухоль ПЖ.

- ▶ Медикаментозная кастрация – инъекции препаратов, называемые аналогами ГнРГ (аналоги гормонов гипофиза). Через 3-4 недели после введения препаратов этой группы содержание тестостерона в крови снижается до минимального уровня.