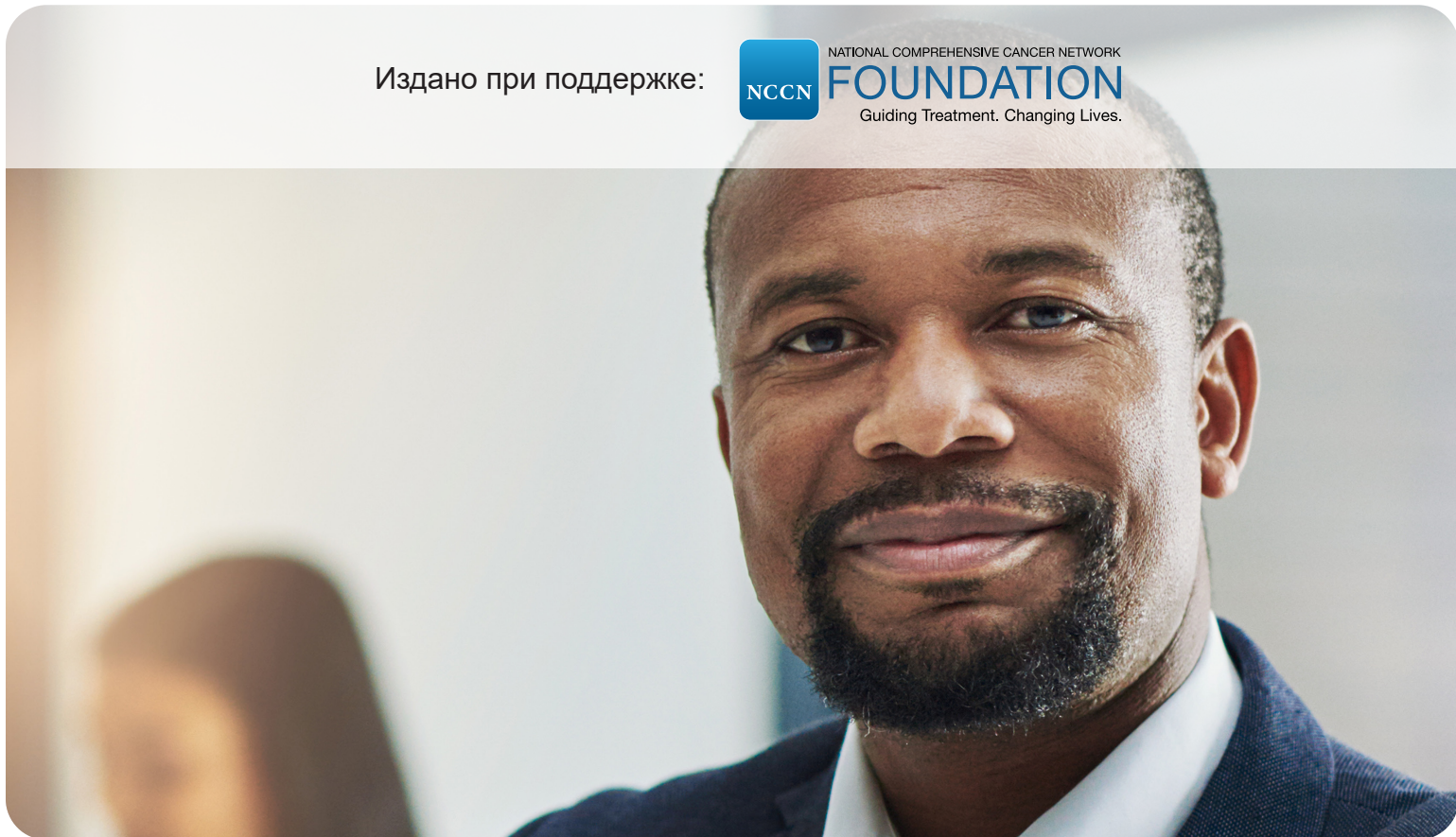


Рак предстательной железы

Ранние стадии

Издано при поддержке:



Доступно онлайн на странице [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients)



**В море
информации
о раке легко
потеряться**

**Пусть это
руководство
NCCN для
пациентов®
станет вашим
путеводителем**



- ✓ Содержит подробные сведения о вариантах лечения рака, которые могут дать максимальный эффект.
- ✓ Основано на клинических рекомендациях, которые используют врачи по всему миру.
- ✓ Поможет при обсуждении лечения с врачами.



**Руководства NCCN для пациентов (NCCN Guidelines for Patients®)
разработаны Национальной всеобщей онкологической сетью
(National Comprehensive Cancer Network®, NCCN®)**



NCCN

- ✓ Организация, объединяющая ведущие онкологические центры США. Ее основные задачи — помощь пациентам, поддержка научных исследований и просветительская деятельность.

Онкологические центры, входящие в состав NCCN:
[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)



NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

- ✓ Клинические рекомендации для врачей, разработанные специалистами онкологических центров NCCN на основе последних научных достижений и многолетнего опыта работы.
- ✓ Для специалистов по оказанию онкологической помощи во всех странах мира.
- ✓ Содержат экспертные рекомендации по скринингу, диагностике и лечению рака.

В открытом доступе на странице
[NCCN.org/guidelines](https://www.nccn.org/guidelines)



NCCN Guidelines for Patients

- ✓ Руководства для пациентов — доступно изложенная информация из клинических рекомендаций NCCN.
- ✓ Для людей с онкологическими заболеваниями и тех, кто их поддерживает.
- ✓ Содержат описания вариантов лечения рака, которые могут дать максимальный эффект.

В открытом доступе на странице
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)



при финансовой поддержке фонда NCCN Foundation®

Настоящее руководство NCCN для пациентов (NCCN Guidelines for Patients) составлено на основе клинических рекомендаций NCCN в области онкологии (NCCN Guidelines®), посвященных раку предстательной железы (редакция 2.2020 от 21 мая 2020 г.).

© 2020 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Все права защищены. Запрещается в любой форме и в любых целях воспроизводить руководство NCCN для пациентов (NCCN Guidelines for Patients) и содержащиеся в нем иллюстрации без письменного разрешения NCCN. Никому, в том числе врачам и пациентам, не разрешается использовать это руководство NCCN ни в каких коммерческих целях, и никто не имеет права заявлять, утверждать или давать основания полагать, что измененная любым образом версия этого руководства берет свое начало от официального издания руководства NCCN для пациентов, составлена на его основе, связана с ним или проистекает из него. Работа над руководствами NCCN не прекращается, и их содержание обновляется по мере появления новых значимых данных. NCCN не дает никаких гарантий относительно содержания, использования или применения этого руководства и не несет никакой ответственности за последствия любых способов его применения или использования.

Фонд NCCN Foundation старается поддержать миллионы людей с онкологическими диагнозами и членов их семей за счет финансирования и распространения руководств NCCN для пациентов. Кроме того, NCCN Foundation считает своим долгом содействовать совершенствованию методов лечения рака путем спонсорской поддержки перспективных врачей страны, целенаправленно занимающихся инновационными исследованиями онкологических заболеваний. Дополнительную информацию и полную подборку материалов для пациентов и тех, кто за ними ухаживает, можно найти на странице [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients).

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) / NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
215.690.0300

Издание руководства поддержали

Калифорнийская коалиция по раку предстательной железы (California Prostate Cancer Coalition, CPCC)

Наша коалиция рада возможности поддержать публикацию этого важного информационного ресурса. Мы считаем, что это самый доступный для восприятия и самый подробный справочник для тех, у кого диагностирован рак предстательной железы, если они хотят понять, что это за заболевание и какие варианты лечения им подходят. prostatecalif.org

Группа поддержки мужчин с онкологическими заболеваниями Malecare

Члены группы Malecare знают, что нет ничего труднее, чем выбор варианта лечения при раке предстательной железы. Созданное NCCN руководство для пациентов отлично подходит в качестве отправной точки для обсуждения ситуации, особенно для афроамериканцев, которые погибают от рака предстательной железы вдвое чаще, чем представители европеоидной расы. malecare.org

Национальный альянс коалиций по раку предстательной железы в разных штатах (National Alliance of State Prostate Cancer Coalitions, NASPCC)

NASPCC горячо поддерживает издание руководства NCCN по ранним стадиям рака предстательной железы и считает его бесценным ресурсом для пациентов и не только для них. Руководство содержит большой объем надежной и важной информации об этом заболевании, изложенной простым и понятным языком. naspcc.org

Национальный фонд информирования о раке предстательной железы (National Prostate Cancer Awareness Foundation, PCaAware)

Прекрасный информационный ресурс для пациентов, которым хочется иметь более четкое и глубокое понимание того пути, который им предстоит пройти. pcaaware.org

Фонд поддержки исследований в области рака предстательной железы (Prostate Cancer Foundation)

Фонд Prostate Cancer Foundation — самая крупная в мире благотворительная организация, деятельность которой направлена на финансирование научного поиска жизнесохраняющих методов лечения рака. В руководстве NCCN по ранним стадиям рака предстательной железы в понятной форме представлена самая важная информация по диагностике

и лечению этого заболевания. Базовые знания, которые дает эта брошюра, помогут пациентам и членам их семей при обсуждении возможных вариантов лечения с врачами. pcf.org

Фонд по урологическим болезням (Urology Care Foundation)

Фонд Urology Care Foundation — самый известный в мире некоммерческий фонд в области урологических заболеваний, учрежденный Американской урологической ассоциацией. Мы рады выразить свою поддержку публикации этого руководства NCCN для пациентов, так как убеждены в необходимости предоставления пациентам с раком предстательной железы, ухаживающим за ними людям и всем, кто столкнулся с этим диагнозом, образовательных и информационных материалов, нужных для осознанного принятия решений относительно лечения и ухода. urologyhealth.org

Организация по информированию в области рака предстательной железы среди ветеранов и военнослужащих (Veterans Prostate Cancer Awareness)

Наша организация высоко оценивает деятельность Национальной всеобщей онкологической сети (National Comprehensive Cancer Network, NCCN) по разработке руководств для пациентов, которые мы считаем образцовыми материалами для образовательной и просветительской работы среди пациентов с раком предстательной железы и медицинских работников. Выражая мнение всех ветеранов, Veterans Prostate Cancer Awareness благодарит NCCN за создание этого ценного пособия, помогающего людям на пути преодоления болезни. vetsprostate.org

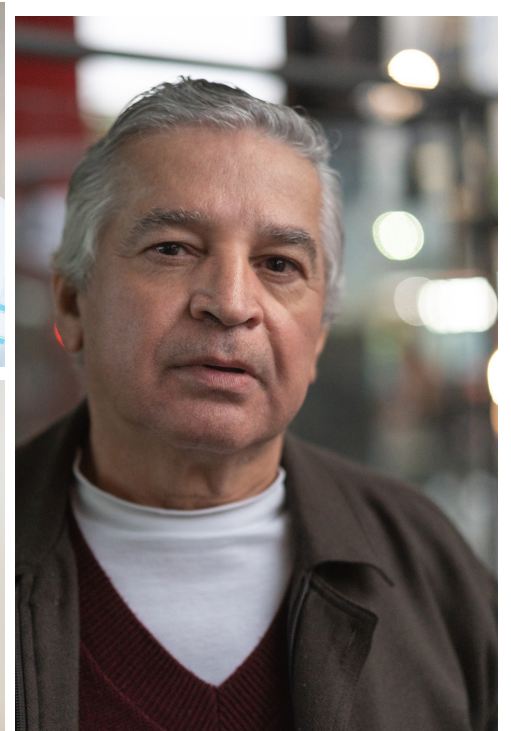
ZERO — The End of Prostate Cancer (некоммерческая организация по борьбе с раком предстательной железы)

Каждые 16 минут один мужчина проигрывает свое сражение с раком предстательной железы. Будучи ведущей национальной организацией по информационно-просветительской деятельности в области рака предстательной железы, ZERO гордится возможностью поддержать публикацию этого руководства NCCN для пациентов — важнейшего источника сведений для пациентов и их семей, который поможет им в борьбе с болезнью. На странице нашей организации zerocancer.org можно найти дополнительные материалы и программы поддержки для всех, кто столкнулся с раком предстательной железы.

Щедрую финансовую поддержку оказали

Марианна и Дональд Грин

Франсин Парнс



Содержание

- 6 Основные сведения о раке предстательной железы
- 10 Диагностика рака предстательной железы
- 17 Стадирование рака предстательной железы
- 26 Составление плана лечения
- 31 Методы лечения рака предстательной железы
- 44 Первичное лечение для разных групп риска
- 61 Принятие решений о лечении
- 71 Пояснение терминов
- 74 Члены NCCN — участники издания
- 75 Онкологические центры в составе NCCN
- 76 Предметный указатель

1

Основные сведения о раке предстательной железы

- 7 Предстательная железа
- 8 Факты о раке предстательной железы
- 8 Как распространяется рак предстательной железы
- 9 Краткое содержание



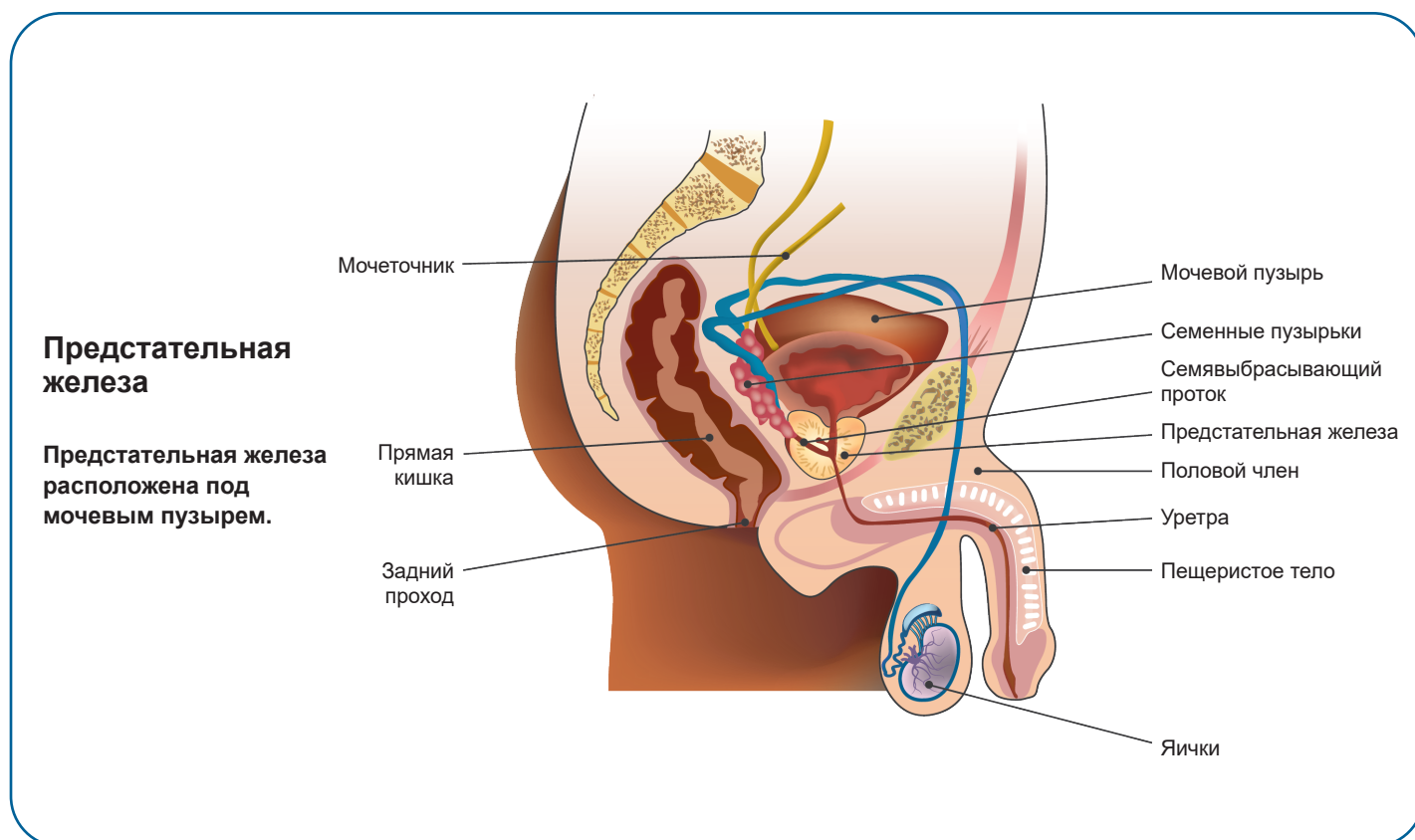
Предстательная железа, или простата, — это железистый орган, расположенный под мочевым пузырем. На ранних стадиях заболевания опухоль находится внутри предстательной железы, но иногда поражает и ближайшие лимфатические узлы. В этом разделе представлены общие сведения о раке предстательной железы.

Предстательная железа

Размерами и формой предстательная железа напоминает грецкий орех. Железами называются органы, которые производят необходимые организму жидкости или химические вещества. Предстательная железа вырабатывает окрашенную в белый цвет жидкость — один из компонентов спермы. Сперма содержит жидкость, вырабатываемую предстательной железой и другими половыми железами, и сперматозоиды, образующиеся в яичках. Во время эякуляции сперма выбрасывается наружу через половой член.

Предстательная железа расположена около основания полового члена под мочевым пузырем и спереди от прямой кишки. При пальцевом ректальном исследовании предстательную железу можно прощупать через стенку прямой кишки. С возрастом предстательная железа обычно увеличивается.

Через предстательную железу проходит мочеиспускательный канал (уретра). Уретрой называется трубчатый орган, по которому моча из мочевого пузыря выводится из организма. Выше предстательной железы за мочевым пузырем расположены семенные пузырьки. Семенные пузырьки — это тоже железы, которые вырабатывают жидкость, входящую в состав спермы. Сперма выводится наружу через уретру.



Факты о раке предстательной железы

К факторам риска относится все, что повышает вероятность развития рака.

Ниже приведены некоторые факты.

- Риск развития рака предстательной железы есть у всех мужчин.
- Заболевает этим видом рака один человек из девяти.
- Не всем пациентам с раком предстательной железы необходимо лечение. Как правило, опухоль растет медленно и остается внутри предстательной железы.
- Наиболее значимый фактор риска — это возраст. Чем старше мужчина, тем больше вероятность развития этого вида рака.

Расовые особенности

Риску развития рака предстательной железы подвержены все мужчины, но у лиц африканского происхождения этот риск выше, как и вероятность заболеть в более молодом возрасте. Опухоли у них чаще бывают более агрессивными и более распространенными. Однако после постановки диагноза результаты лечения у лиц африканского происхождения такие же, как у других пациентов с аналогичной стадией заболевания.

Семейный анамнез

Вероятность развития рака предстательной железы увеличивается, если это заболевание было у кого-нибудь из кровных родственников. Наличие рака предстательной железы в семейном анамнезе — один из факторов риска. Если вы знаете, что в вашей семье были случаи этого заболевания, обсудите со своим врачом вопрос скрининга на рак предстательной железы.

Как распространяется рак предстательной железы

Злокачественные опухоли — это заболевания, развивающиеся из определенных клеток нашего организма. Рак предстательной железы возникает из клеток этого органа. Практически все злокачественные опухоли предстательной железы представляют собой аденокарциномы. Аденокарцинома — это рак клеток, вырабатывающих жидкости или другие вещества. Основное место в этой брошюре отведено именно аденокарциномам предстательной железы.

В отличие от нормальных клеток, опухолевые клетки способны беспрерывно делиться и могут перемещаться в другие части тела, образуя там новые опухоли.

Процесс распространения опухолевого процесса называется метастазированием, а новые опухоли — метастазами.

- Если опухоль не выходит за пределы предстательной железы, рак называется локализованным.
- Если опухоль распространилась из предстательной железы на соседние (регионарные) лимфатические узлы, но не дальше, рак называется регионарным.
- При распространении опухоли за пределы предстательной железы и регионарных лимфатических узлов рак считается метастатическим. Такие метастазы называются отдаленными.

Опухолевые клетки могут переноситься с током крови далеко от первичной опухоли. Хотя это заболевание может внутри организма распространяться через кровь, рак не передается другим людям при контакте с кровью больного. Рак предстательной железы может метастазировать в кости, лимфатические узлы, печень, легкие и другие органы.

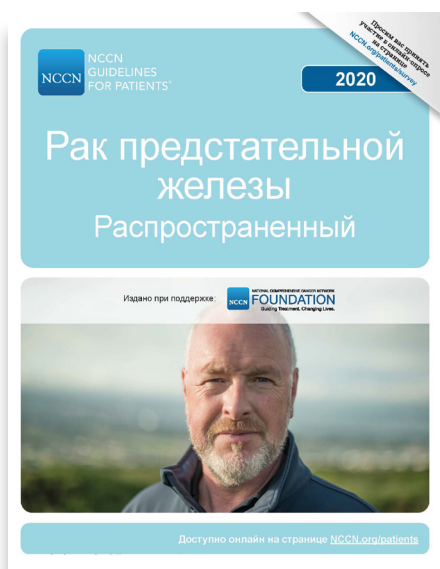
Опухолевые клетки могут распространяться и по лимфатической системе. В лимфатической системе содержится прозрачная жидкость — лимфа. Лимфа снабжает клетки организма водой и питательными веществами. Кроме того, она содержит лимфоциты — особые клетки, которые борются с инфекциями. Лимфатические узлы фильтруют лимфу, удаляя из нее вредные микроорганизмы. Лимфа поступает во все части тела по лимфатическим сосудам, так же, как кровь по кровеносным сосудам. Лимфатические сосуды и лимфатические узлы расположены по всему телу.

Ранние стадии

Для лечения рака предстательной железы на ранних стадиях обычно используют хирургические методы или облучение. Иногда после этого проводят лечение, направленное на снижение количества тестостерона или на блокирование функций этого гормона в организме. Цель лечения на этом этапе — полное излечение от опухоли.

Распространенное заболевание

Более подробно о распространенном раке предстательной железы можно прочесть в посвященном этой форме заболевания руководстве NCCN для пациентов (NCCN Guidelines for Patients: Prostate Cancer, Advanced Stage) на странице [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines).



Краткое содержание

- Предстательная железа вырабатывает жидкость, которая входит в состав спермы.
- Рак предстательной железы возникает из клеток этого органа.
- Опухолевые клетки могут переноситься в другие части тела с током крови или лимфы.
- Обычно опухоли предстательной железы растут медленно и долго не выходят за пределы этого органа.
- Рisku развития рака предстательной железы подвержены все мужчины, но у лиц африканского происхождения вероятность заболеть выше. Тем не менее после постановки диагноза результаты лечения у лиц африканского происхождения такие же, как у других пациентов с аналогичной стадией заболевания.
- Не всем, у кого диагностирован рак предстательной железы, необходимо лечение.

2

Диагностика рака предстательной железы

- 11 Результаты исследований
- 12 Оценка общего состояния здоровья
- 12 Лучевая диагностика
- 14 Анализ крови
- 14 Биопсия
- 15 Генетические исследования
- 16 Краткое содержание



Для выявления рака предстательной железы и для контроля в ходе лечения проводят специальные исследования. Для подтверждения диагноза потребуется биопсия. В этом разделе кратко описаны методы и процедуры исследований, которые могут понадобиться при этом заболевании.

Результаты исследований

При составлении плана лечения врачи опираются на результаты анализов крови, лучевой диагностики и биопсии. Важно, чтобы вы понимали, в чем суть этих исследований. Задавайте вопросы и сохраняйте копии своих результатов. Удобно, когда результаты исследований размещают на специальных интернет-порталах для пациентов.

Вот несколько полезных советов, которые пригодятся вам при любых посещениях врача, в том числе для получения второго мнения или прохождения исследования.

- Если у вас есть такая возможность, возьмите кого-нибудь с собой на прием к врачу.
- Заранее подготовьте вопросы, которые хотели бы задать врачу, и ведите записи по ходу приема. Не стесняйтесь спрашивать, если вам что-нибудь непонятно. Познакомьтесь со своими врачами и позвольте им больше узнать о вас.
- Сохраняйте копии результатов анализов крови, данные лучевой диагностики и патоморфологические заключения.
- Систематизируйте свои бумаги. Распределите их по типам: страховые документы, медицинские документы и результаты исследований. То же самое можно сделать и на компьютере.
- Запишите контактную информацию всего медицинского персонала, который занимается вашим лечением. Вложите этот листок в свой органайзер или блокнот с документами. Повесьте список на холодильник или положите около телефона.



Создайте органайзер для медицинских документов

Органайзер или блокнот — отличный способ собрать все ваши документы в одном месте.

- Делайте копии результатов анализов крови, данных лучевой диагностики и патоморфологических заключений. Они пригодятся вам при обращении за вторым мнением.
- Подберите подходящий органайзер. Удобно, если в нем будет застегивающийся карман для ручки, календарика и страхового полиса.
- Сложите отдельно страховые документы, медицинские документы и результаты исследований. То же самое можно сделать и на компьютере.
- Результаты анализов и ваши медицинские данные можно просматривать на интернет-порталах для пациентов. Скачивайте или распечатывайте нужные записи, чтобы сохранить их в своем органайзере.
- Систематизируйте документы в органайзере так, как вам удобно. Отведите в нем место для своих вопросов и заметок, чтобы ничего не забыть.
- Собираясь на прием к врачу, берите органайзер с собой. Никогда не знаешь заранее, когда он пригодится.

Оценка общего состояния здоровья

Медицинский анамнез

Медицинский анамнез — это сведения обо всех прошлых и нынешних проблемах со здоровьем и обо всех видах лечения, которое вы когда-либо получали. Будьте готовы перечислить все заболевания и травмы и рассказать, когда это происходило. Принесите на прием список всех рецептурных и безрецептурных лекарственных препаратов, растительных препаратов и пищевых добавок, которые вы принимаете сейчас и принимали раньше. Расскажите своему врачу обо всех имеющихся у вас симптомах.

Семейный анамнез

Предрасположенность к некоторым видам рака и другим заболеваниям может передаваться по наследству. Поэтому врач попросит вас рассказать, чем болели ваши кровные родственники. Такая информация называется семейным анамнезом. Важно заранее узнать у родственников со стороны матери и со стороны отца о любых онкологических заболеваниях, которые были у членов вашей семьи, а не только о раке предстательной железы. Узнайте, были ли в семье другие проблемы со здоровьем, в частности, заболевания сердца или диабет, и если да, то в каком возрасте вашим родственникам поставили этот диагноз. Спросите, были ли среди них умершие от рака. Сообщите эти сведения своему врачу и уведомляйте его, если в вашем семейном анамнезе что-нибудь изменится.

Физикальное обследование

В ходе такого обследования врачи применяют определенные методы, чтобы выявить признаки заболевания.

Как правило, для этого проводят следующие процедуры.

- Измеряют температуру, артериальное давление, пульс и частоту дыхания.
- Взвешивают пациента.
- Прослушивают легкие и сердце.
- Осматривают глаза, уши, нос и горло.
- Прощупывают и надавливают на разные части тела, чтобы проверить, не увеличены ли внутренние органы, мягкие они или твердые на ощупь, не болезненны ли при прикосновении. Сообщите врачу, если почувствуете боль.

- Проверяют, не увеличены ли лимфатические узлы на шее, в подмышечных впадинах и в паху. Сообщите врачу, если обнаружили у себя какие-нибудь уплотнения или у вас где-нибудь болит.
- Выполняют пальцевое ректальное исследование (ПРИ) для проверки состояния предстательной железы.

Лучевая диагностика

Методы лучевой диагностики позволяют получать изображения внутренних органов. Эти методы применяют для выявления рака предстательной железы, кроме того, такие исследования проводят в процессе лечения. Методами лучевой диагностики можно обнаружить первичную опухоль (в том месте, где начал развиваться рак), а также проверить, нет ли опухолей в других частях тела. Пациентам с самыми ранними стадиями локализованного рака предстательной железы лучевая диагностика может и не понадобиться.

Специалист по лучевой диагностике (врач-рентгенолог) изучит полученные изображения, составит заключение о результатах исследования и направит его вашему врачу. Врач обсудит с вами полученные результаты. Задавайте врачу столько вопросов, сколько будет нужно.

КТ

Компьютерная томография (КТ) основана на использовании рентгеновского излучения и компьютерной технологии для получения изображений внутренних органов. Аппарат делает множество рентгеновских снимков одной и той же области под разными углами. Компьютерная программа собирает из этих снимков одно детальное изображение.

Иногда КТ органов брюшной полости и (или) малого таза проводят, чтобы проверить, распространился ли опухолевый процесс на другие области (есть ли метастазы). На КТ-изображениях хорошо видны лимфатические узлы и ткани вокруг предстательной железы.

Исследование часто проводят с контрастом, который дают выпить перед сканированием, а также вводят внутривенно во время процедуры. Контраст — это не краситель, а особое вещество, которое помогает выделить определенные структуры. С контрастом изображения получаются более четкими. Действие контраста быстро заканчивается, и он выводится из организма с мочой.

Сообщите врачу, если в прошлом у вас были нежелательные реакции на введение контраста. Это очень важно. Вам могут дать препараты для предотвращения аллергических реакций на контраст, например Бенадрил или преднизон. Если у вас тяжелая форма аллергии или плохо работают почки, исследование можно провести без контраста.

МРТ

Для получения изображений внутренних органов в магнитно-резонансной томографии (МРТ) применяются радиоволны и мощные магниты. Рентгеновского излучения в МРТ нет. Чтобы сделать изображения более четкими, используют контраст, как и при проведении КТ.

Иногда МРТ помогает получить дополнительную информацию о возможном распространении опухоли внутри предстательной железы. Кроме того, этим методом можно увидеть, поражены ли опухолью соседние лимфатические узлы или кости в области малого таза.

мпМРТ

Мультипараметрическая магнитно-резонансная томография (мпМРТ) — это особый вид МРТ. Мультипараметрическая МРТ отличается тем, что сначала многократное сканирование выполняют без контраста, а потом его повторяют, но уже с контрастом.

В ходе лечения у вас может быть несколько процедур мпМРТ. Исследования этим методом могут понадобиться, чтобы получить больше данных об опухоли в предстательной железе или чтобы убедиться в отсутствии кровотечения после биопсии. С помощью мпМРТ можно обнаружить некоторые виды опухолей. Кроме того, результаты мпМРТ помогают определить группу риска для активного наблюдения.

Сцинтиграфия костей

Метод сцинтиграфии (сканирования) костей всего тела основан на использовании радиоактивной метки для получения изображений внутренней структуры костей. Радиоактивная метка — это препарат, который излучает небольшое количество радиации. Перед сканированием этот препарат вводят в вену. Через несколько часов радиоактивная метка поглощается костями скелета.

Специальная камера делает снимки, на которых видно, как распределилась радиоактивная метка внутри костей. В очагах поражения ее накапливается больше, чем в здоровой костной ткани, поэтому на снимках эти места выглядят как светлые пятна. Поражение костей может

быть вызвано ростом опухоли, противоопухолевым лечением или другими заболеваниями.

Сцинтиграфия рекомендуется при болях в костях, при высоком риске костных метастазов, а также в случае изменений в некоторых результатах исследований. Результаты сцинтиграфии иногда используют для мониторинга эффективности лечения.

ТРУЗИ

Сокращением ТРУЗИ обозначают трансректальное ультразвуковое исследование. В ходе этой процедуры в прямую кишку вводят датчик, испускающий высокоэнергетические звуковые волны. За счет отражения этих волн от окружающих тканей формируется изображение, называемое сонограммой. Методом ТРУЗИ можно обнаружить опухоли в предстательной железе и вокруг нее. Кроме того, ТРУЗИ применяют для наведения иглы при выполнении биопсии.

Анализы крови

Анализы крови нужны, чтобы выявить признаки заболевания, проверить, как функционируют внутренние органы, и оценить результаты лечения.

ПСА

Простатспецифический антиген (ПСА) — это особый белок, который производят клетки, выстилающие внутреннюю поверхность мелких железок в тканях предстательной железы и вырабатывающие жидкий секрет. Именно в этих клетках в большинстве случаев и начинается развиваться опухоль. Вам придется часто сдавать анализ на ПСА. Повышенный уровень ПСА не обязательно означает, что у вас рак предстательной железы.

Общий анализ крови

Общий анализ крови (ОАК) проводят, чтобы определить число эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов. Эритроциты доставляют кислород ко всем тканям организма, лейкоциты борются с инфекциями, а тромбоциты помогают останавливать кровотечения.

Биохимический анализ крови

Биохимический анализ нужен для определения уровней различных химических веществ в крови. Из-за опухолевого процесса или других заболеваний содержание этих веществ может стать намного ниже или выше нормы.

Биопсия

Биопсия — это процедура извлечения небольших образцов жидкости или плотной ткани. Биопсия необходима для подтверждения (постановки) диагноза рака предстательной железы. Лечение этого заболевания обычно начинается после получения результатов биопсии.

Чаще всего для забора материала используют метод кор-биопсии (толстоигольной биопсии). С помощью полых игл извлекают один или несколько образцов ткани. Обычно отбирают несколько образцов из разных участков предстательной железы.

Биопсийные образцы отправляют в патоморфологическую лабораторию. Патоморфолог — врач, который исследует биопсийный материал и составляет отчет о результатах исследования, называемый патоморфологическим заключением. Иногда патоморфолог выполняет и другие виды исследований, чтобы узнать, есть ли в опухолевых клетках определенные гены или белки. Результаты таких исследований помогают выбрать оптимальный план лечения для конкретного типа опухоли.

Генетические исследования

Гены — это закодированные инструкции, следуя которым клетки вырабатывают определенные белки. Если в генах что-нибудь меняется и они становятся не такими, как у большинства людей, говорят, что произошла мутация. Мутации могут передаваться от родителей к детям, а могут возникнуть случайно. Иначе говоря, мутации могут существовать в организме еще до рождения (наследуемые мутации), а могут появляться на протяжении жизни в результате генетических повреждений (приобретенные мутации).

Иногда гены, унаследованные от родителей, могут увеличивать риск развития некоторых видов рака. Если для этого есть основания (семейный анамнез или выявленные особенности опухоли), вас могут направить на генетическую консультацию и на проведение генетических исследований, чтобы узнать, нет ли у вас наследственной предрасположенности к развитию рака.

Есть два вида генетических исследований:

- исследование на наследственный риск развития рака;
- исследование биомаркеров для планирования лечения.

Генетические исследования

Для генетических исследований используют образцы крови или слюны (для этого слюну сплевывают в стаканчик). Задача такого исследования — поиск наследуемых мутаций. Некоторые мутации повышают риск развития сразу нескольких видов рака. Гены с этими мутациями могут передаваться от родителей к детям. Такие мутации могут быть и у других членов семьи.

К наследуемым мутациям, связанным с раком предстательной железы, относятся *BRCA1*, *BRCA2*, *ATM*, *CHEK2*, *PALB2*, *MLH1*, *MSH2*, *MSH6* и *PMS2* (мутация, ответственная за развитие синдрома Линча). Такие наследуемые мутации, как *BRCA1* и *BRCA2*, связаны и с другими видами рака — раком молочной железы, яичников, поджелудочной железы, колоректальным раком и меланомой.

При подозрении на наличие наследуемой мутации вас направят на генетическую консультацию и последующее исследование. Такую консультацию проводит врач-генетик — специалист по генетическим заболеваниям.

Исследование на наследуемые мутации рекомендуется пациентам с раком предстательной железы, если к ним относится что-либо из перечисленного ниже:

- группа высокого или очень высокого риска, регионарный или метастатический рак, независимо от семейного анамнеза;
- происхождение от ашкеназских евреев;
- наличие у других членов семьи мутаций с высоким риском — *BRCA1*, *BRCA2* или мутаций, вызывающих синдром Линча;
- отягощенный семейный анамнез — наличие в семье случаев рака предстательной железы и некоторых других видов рака.
- Расскажите своему врачу и врачу-генетику обо всех случаях рака в вашей семье.

Исследование биомаркеров

Для выявления биомаркеров или специфических белков используют биопсийный образец или ткани опухоли, удаленные во время операции. На основании результатов этого исследования врачи выбирают оптимальный план лечения. Исследование биомаркеров может быть целесообразным для пациентов с локализованным, регионарным и метастатическим раком предстательной железы. Исследование биомаркеров иногда называют генетическим профилированием или молекулярным исследованием.

Краткое содержание

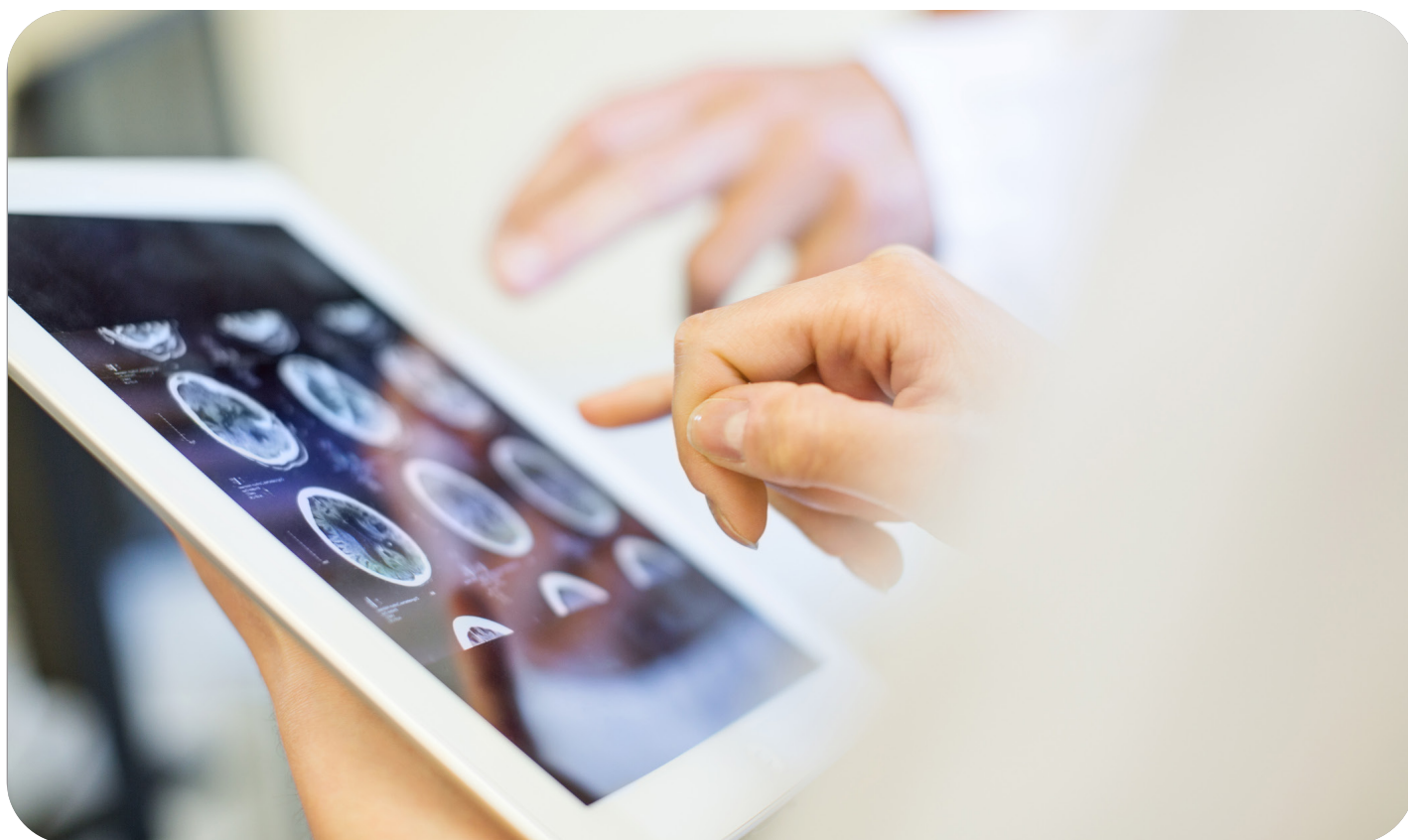
- Исследования необходимы для планирования лечения и для проверки его эффективности.
- Интернет-порталы для пациентов — удобный способ получать результаты исследований не выходя из дома.
- Анализы крови, лучевая диагностика и исследования тканей нужны для выявления признаков заболевания.
- С помощью лучевой диагностики можно проверить, распространился ли опухолевый процесс за пределы предстательной железы.
- Биопсию проводят для подтверждения (постановки) диагноза рака предстательной железы.
- Взятый в ходе биопсии образец опухолевой ткани используют для поиска биомаркеров или специфических белков.
- Врач может направить вас на генетическую консультацию и последующее исследование, чтобы узнать, есть ли у вас наследственные факторы риска развития рака.

Принесите на прием к врачу список всех рецептурных и безрецептурных лекарственных препаратов, витаминов, растительных препаратов и пищевых добавок, которые вы принимаете.

3

Стадирование рака предстательной железы

- 18 Пальцевое ректальное исследование
- 18 ПСА
- 19 Биопсия предстательной железы
- 21 Оценка по шкале Глисона
- 22 Система TNM
- 25 Стадии рака предстательной железы
- 25 Краткое содержание



Стадия заболевания указывает, насколько распространилась опухоль, где она расположена и к какому типу относится. Стадирование (отнесение заболевания к определенной стадии) помогает врачам выбрать оптимальный план лечения.

Стадию рака определяют на основании целого ряда оценок. К ним относятся:

- пальцевое ректальное исследование;
- уровень ПСА;
- биопсия;
- оценка по шкале Глисона;
- прогностическая группа;
- оценка по критериям TNM.

Пальцевое ректальное исследование

Пальцевое ректальное исследование (ПРИ) проводят для скрининга на наличие рака, для определения стадии рака и для оценки ответа на лечение. Выполняющий исследование врач надевает перчатку и вводит покрытый смазкой палец в задний проход, чтобы прощупать предстательную железу и проверить ее на наличие отклонений. В ходе такого исследования удается прощупать не все части предстательной железы. Врачи иногда называют это исследование трансректальным.

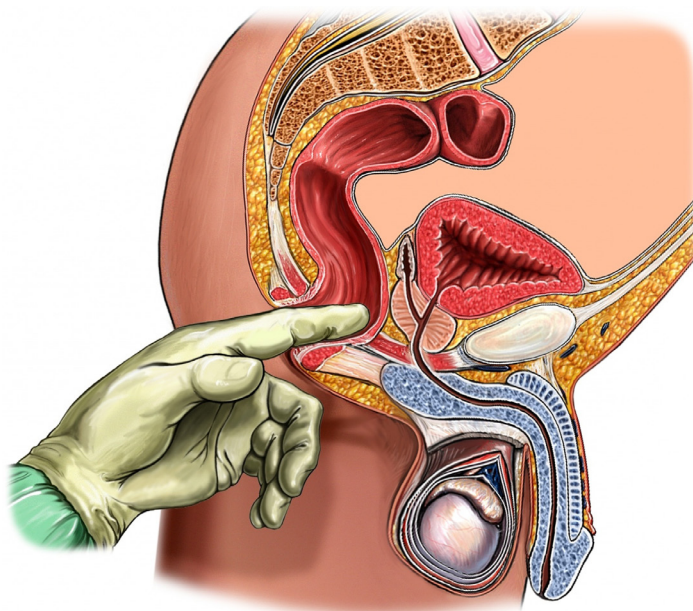
ПСА

Простатспецифический антиген (ПСА) — особый белок, который производят клетки, выстилающие внутреннюю поверхность мелких железок в тканях предстательной железы и вырабатывающие жидкий секрет. Именно в этих клетках в большинстве случаев рака предстательной железы начинает развиваться опухоль. Под действием ПСА происходит разжижение спермы, свернувшейся после эякуляции. ПСА вырабатывают как нормальные клетки предстательной железы, так и клетки опухоли, появившейся в этом органе.

Пальцевое ректальное исследование

Предстательную железу можно прощупать через стенку прямой кишки. Для проведения пальцевого ректального исследования врач вводит палец в задний проход, чтобы оценить состояние предстательной железы.

Illustration Copyright © 2019 Nucleus Medical Media.
Все права защищены. www.nucleusinc.com



Небольшие количества ПСА вырабатывают все клетки организма, в том числе у женщин. Уровень ПСА — один из показателей, используемых для стадирования заболевания, составления плана лечения и контроля его эффективности.

Уровень ПСА

Сывороточный уровень ПСА определяют в образцах крови. Уровень ПСА измеряется в нанogramмах на миллилитр крови (нг/мл). Норма для уровня ПСА зависит от возраста и других факторов.

Чем больше объем предстательной железы, тем больше ПСА она способна производить. Увеличение размеров предстательной железы может быть связано с ростом опухоли или с другими нарушениями здоровья. На уровень ПСА могут влиять некоторые лекарственные препараты, травы и пищевые добавки. Количество ПСА увеличивается после эякуляции и интенсивных физических упражнений, особенно после бега и езды на велосипеде. Поэтому врач может порекомендовать вам воздержаться от половых контактов и избегать физической нагрузки перед исследованием. В этом случае результаты будут более точными.

Плотность ПСА

Плотность ПСА отражает соотношение между количеством ПСА и размерами предстательной железы. Для расчета этого показателя уровень ПСА нужно разделить на объем предстательной железы. Объем определяют при пальцевом ректальном исследовании, с помощью УЗИ или МРТ.

Персистенция ПСА и биохимический рецидив

Рост уровня ПСА после хирургического или лучевого лечения рака предстательной железы называется биохимическим рецидивом или ПСА-рецидивом. Повышение уровня ПСА может означать, что опухоль появилась снова (рецидив) или что она не уменьшилась в результате лечения (персистенция).

Скорость нарастания ПСА и время удвоения

Скорость нарастания показывает, насколько быстро увеличивается уровень ПСА в течение определенного времени. Быстрое нарастание ПСА может быть признаком рака предстательной железы. Контроль этого показателя позволяет выявлять быстро растущие опухоли. Время удвоения уровня ПСА — это время, за которое значение ПСА увеличивается в два раза.

Биопсия предстательной железы

Биопсия — это процедура извлечения образца ткани для исследования. Увеличение уровня ПСА и изменения, выявленные при пальцевом ректальном исследовании, могут указывать на развитие злокачественной опухоли. Однако есть только один способ точно узнать, рак это или нет — нужно извлечь образец ткани из подозрительного места и исследовать его под микроскопом.

Виды биопсии

Есть несколько видов биопсии, выполняемой при раке предстательной железы. Обычно биопсию проводят не один раз. Процедуру биопсии можно проводить под контролем УЗИ, МРТ или обоих методов.

Кор-биопсия

При выполнении кор-биопсии образец ткани извлекают с помощью толстой полой иглы. Образцы в виде столбиков плотной ткани отбирают из разных участков предстательной железы.

Трансперинеальная биопсия

Трансперинеальная биопсия отличается тем, что иглу вводят в предстательную железу через кожу под яичками в области, называемой промежностью.

Биопсия под контролем ТРУЗИ

Биопсия под контролем трансректального УЗИ (ТРУЗИ) — самый распространенный вид биопсии предстательной железы. Образец ткани извлекают с помощью полой иглы, которую вводят в предстательную железу через стенку прямой кишки (трансректально). Использование ТРУЗИ для наведения иглы позволяет получать образцы из нужных точек. Датчик ТРУЗИ испускает звуковые волны, которые отражаются от тканей и создают на экране изображение предстательной железы.

В канале датчика ТРУЗИ находится игла, удерживаемая сжатой пружиной. В нужный момент врач нажимает на спуск, при этом игла прокалывает стенку прямой кишки и входит в предстательную железу. Игла извлекает столбик ткани длиной около 1,8 см и толщиной с зубочистку. Обычно отбирают не менее 12 образцов, чтобы проверить разные части железы на наличие опухоли. Биопсия предстательной железы — не идеальный метод. Иногда этим методом не удается обнаружить рак.

Биопсия под контролем МРТ и УЗИ

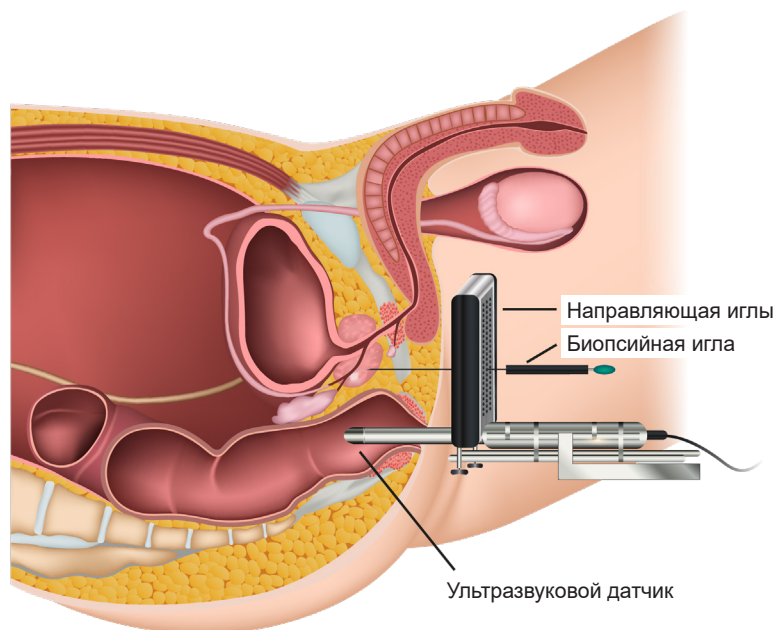
Метод так называемой фьюжн-биопсии основан на одновременном применении МРТ и УЗИ. За счет объединения изображений, получаемых обоими методами, удается точнее контролировать процесс взятия образцов. Благодаря этому при наведении иглы можно учесть перемещение предстательной железы во время процедуры. Таким образом врачи получают возможность взять образцы из нужных точек. Метод фьюжн-биопсии помогает выявлять опухоли предстательной железы, относящиеся ко 2-й и более высоким прогностическим группам.

Биопсия ложа предстательной железы

После операции по удалению предстательной железы иногда выполняют биопсию тканей в том месте, где она находилась, чтобы проверить, нет ли признаков рецидива или распространения опухоли. Такую процедуру называют биопсией ложа предстательной железы. Она может понадобиться при подозрении на рецидив по результатам лучевой диагностики.

Биопсия предстательной железы

Есть несколько видов биопсии, выполняемой при раке предстательной железы. Обычно биопсию проводят не один раз. На рисунке показана процедура трансперинеальной биопсии.



Оценка по шкале Глисона

Шкала Глисона предназначена для оценки агрессивности опухоли, которая определяется степенью ее дифференцировки. После изучения биопсийного образца под микроскопом патоморфолог выставляет баллы по шкале Глисона. Иногда стоит попросить еще одного патоморфолога, чтобы он тоже оценил ваш биопсийный материал. При совпадении двух оценок можно быть уверенным в их правильности. Оценка по Глисон — лишь один из показателей, на основании которых врачи планируют лечение.

Оценка по шкале Глисона может принимать значения от 1 до 5. Самый низкий балл (1) означает, что клетки опухоли под микроскопом выглядят почти как нормальные, здоровые клетки. Такие клетки называют высокодифференцированными. Если опухолевые клетки под микроскопом очень сильно отличаются от нормальных, их считают низкодифференцированными или недифференцированными и присваивают им 4 или 5 баллов по Глисон.

Чем выше балл, тем более аномальными выглядят клетки в биопсийном образце и тем более агрессивной окажется опухоль. Большинство опухолей предстательной железы получают оценку 3 или выше.

Оценка по Глисон складывается из двух составляющих. Первичный балл описывает состояние тех клеток, которые образуют большую часть опухоли. Вторичный балл относится к клеткам, которые встречаются немного реже и составляют следующую по величине часть опухоли. При сложении первичного и вторичного балла получают суммарный балл Глисона. Например, 3 + 4 дает общий балл 7 по Глисон.

Суммарный балл может принимать значения от 2 до 10, но чаще всего опухоли предстательной железы получают оценку от 6 до 10. Оценка 8–10 баллов по Глисон означает, что опухоль, скорее всего, будет расти и распространяться быстрее, чем опухоли с меньшим количеством баллов ([см. справочную таблицу 1](#)).

Справочная таблица 1. Значения суммарного балла Глисона

6 или меньше	<ul style="list-style-type: none"> Опухоль, скорее всего, будет расти и распространяться очень медленно. Если опухоль маленькая, может пройти много лет, прежде чем она начнет представлять угрозу. Возможно, лечение по поводу этой опухоли никогда не потребуется. У этой опухоли низкая степень злокачественности
7	<ul style="list-style-type: none"> Опухоль, скорее всего, будет расти и распространяться не слишком быстро. Если опухоль маленькая, может пройти несколько лет, прежде чем она начнет представлять угрозу. Чтобы предотвратить появление проблем, может понадобиться лечение. У этой опухоли промежуточная степень злокачественности
8, 9 или 10	<ul style="list-style-type: none"> Опухоль, скорее всего, будет быстро расти и распространяться. Если опухоль маленькая, может пройти совсем немного лет, прежде чем она начнет представлять угрозу. Чтобы предотвратить появление проблем, необходимо сразу начать лечение. У этой опухоли высокая степень злокачественности

Прогностические группы

На основании количества баллов по Глисона все опухоли подразделяют на несколько прогностических групп. Такая классификация считается более простой и более точной. Она позволяет избежать избыточного лечения у пациентов с опухолями предстательной железы с низкой степенью злокачественности. Отнесение к той или иной прогностической группе — лишь один из факторов, на основании которых врачи планируют лечение.

Выделяют пять прогностических групп. Опухоли с суммарным баллом 7 по Глисона попадают как в группу 2, так и в группу 3. Однако опухоли, отнесенные к группе 3, представляют более серьезную опасность. Если вы посмотрите на первую цифру в сумме баллов, то увидите, что в группе 3 она выше (4 + 3), чем в группе 2 (3 + 4). Как уже говорилось, первая цифра (первичный балл) описывает те клетки, которых в опухоли больше всего (см. справочную таблицу 2).

Справочная таблица 2.
Прогностические группы

1	<ul style="list-style-type: none"> • Суммарный балл Глисона — 6 или меньше • Состав суммы 1 + 3, 2 + 3, 3 + 3
2	<ul style="list-style-type: none"> • Суммарный балл Глисона — 7 • Состав суммы 3 + 4
3	<ul style="list-style-type: none"> • Суммарный балл Глисона — 7 • Состав суммы 4 + 3
4	<ul style="list-style-type: none"> • Суммарный балл Глисона — 8 • Состав суммы 4 + 4, 3 + 5, 5 + 3
5	<ul style="list-style-type: none"> • Суммарный балл Глисона — 9 или 10 • Состав суммы 4 + 5, 5 + 4, 5 + 5

Система TNM

Американский объединенный комитет по изучению рака (American Joint Committee on Cancer, AJCC) предложил свой метод для оценки того, насколько распространилась опухоль в организме, где она расположена и к какому подтипу относится. Такая оценка называется стадированием рака. Стадирование необходимо для принятия решений о лечении.

Для стадирования в этой системе используют три критерия: опухоль (tumor, T); лимфатические узлы (nodes, N) и метастазы (metastasis, M), поэтому ее называют системой TNM. Буквы T, N и M относятся к разным показателям распространенности опухолевого процесса. На основании результатов исследований врач у каждой буквы указывает соответствующую цифру. Чем больше число, тем крупнее опухоль или тем дальше она успела распространиться. Взятые вместе, эти цифры будут определять стадию рака. Результат стадирования в системе TNM может выглядеть следующим образом: T2, N0, M0 (см. справочную таблицу 3).

- Критерий **T (опухоль)** — описывает размеры основной (первичной) опухоли и ее прорастание за пределы предстательной железы.
- Критерий **N (лимфатические узлы)** — описывает распространение опухолевого процесса на соседние лимфатические узлы.
- Критерий **M (метастазы)** — отражает распространение опухоли на отдаленные части тела (метастазирование).

Стадирование рака обычно выполняют дважды.

- **Клиническая стадия (c)** — оценка до начала лечения. Клиническую стадию определяют на основании физикального обследования, результатов биопсии и данных лучевой диагностики.
- **Патоморфологическая (хирургическая) стадия (p)** — оценка по результатам исследования тканей, удаленных в ходе операции.

Справочная таблица 3.
Стадии рака предстательной железы по критериям TNM

Стадия	Первичная опухоль (T)	Регионарные лимфатические узлы (N)	Отдаленные метастазы (M)
Локализованный рак	T1 Опухоль не прощупывается при пальцевом ректальном исследовании и не обнаруживается методами лучевой диагностики, но опухолевые клетки присутствуют	N0 Нет опухоли в ближайших лимфатических узлах	M0 Нет отдаленных метастазов (опухолей в других частях тела)
	T2 Опухоль прощупывается при пальцевом ректальном исследовании и находится в пределах предстательной железы	N0	M0
Недиссеминированный рак	T3 Опухоль проросла через наружную оболочку предстательной железы. Опухоль, возможно, проросла в семенные пузырьки (один или оба)	N0	M0
	T4 Опухоль проросла за пределы предстательной железы и поразила окружающие органы и структуры — мочевой пузырь, прямую кишку, мышцы малого таза и (или) переднюю брюшную стенку	N0	M0
Регионарный рак	Любая T	N1 Есть опухолевые клетки (метастазы) в ближайших лимфатических узлах	M0
Метастатический рак	Любая T	Любая N	M1 Есть отдаленные метастазы

Т — первичная опухоль

Опухоли **T1** не прощупываются при пальцевом ректальном исследовании и не обнаруживаются методами лучевой диагностики, но опухолевые клетки в предстательной железе присутствуют. Иногда такие опухоли выявляют случайно при проведении биопсии или операции по поводу других заболеваний предстательной железы или мочевого пузыря. Такие опухоли называют случайными гистологическими находками.

- **T1a** означает, что случайно выявленная опухоль занимает **не более 5 %** объема удаленной ткани.
- **T1b** означает, что случайно выявленная опухоль занимает **более 5 %** объема удаленной ткани.
- **T1c** — опухоль обнаружена при пункционной биопсии в одной или обеих долях предстательной железы.

Опухоли **T2** прощупываются при пальцевом ректальном исследовании. Их также можно обнаружить методами лучевой диагностики. В стадии T2 выделяют несколько подстадий, в зависимости от того, в одной или в обеих долях предстательной железы расположена опухоль. Опухоли T2 не выходят за пределы предстательной железы.

- Опухоли **T2a** располагаются в одной доле предстательной железы и занимают не более половины объема пораженной доли.
- Опухоли **T2b** тоже располагаются в одной доле, но занимают больше половины ее объема.
- Опухоли **T2c** поражают обе доли предстательной железы.

На стадии **T3** опухоль выходит за пределы наружной оболочки предстательной железы. Опухоль может прорасти в окружающую соединительную ткань или в шейку мочевого пузыря.

- Опухоли **T3a** прорастают в ткани вокруг предстательной железы, но не затрагивают семенные пузырьки.
- Опухоли **T3b** прорастают в ткани вокруг предстательной железы и в семенные пузырьки.

На стадии **T4** опухоль прорастает за пределы предстательной железы и поражает окружающие органы и структуры — мочевой пузырь, прямую кишку, мышцы малого таза и (или) переднюю брюшную стенку.

N — лимфатические узлы

По всему телу расположены сотни лимфатических узлов. Они работают как фильтры, удаляя из организма вредные микроорганизмы и чужеродные частицы, и помогают бороться с инфекциями. Вблизи от предстательной железы находятся следующие лимфатические узлы: гипогастральные, obturatorные, подвздошные (наружные и внутренние) и сакральные. Лимфатические узлы, расположенные в области малого таза, врачи иногда называют тазовыми. Чаще всего опухоли предстательной железы поражают наружные подвздошные, внутренние подвздошные и obturatorные лимфоузлы. Если опухоль распространилась на лимфатические узлы рядом с предстательной железой, в обозначении стадии указывают N1.

M — отдаленные метастазы

Если опухоль распространилась на отдаленные части тела, в обозначении стадии указывают M1. Рак предстательной железы чаще всего метастазирует в кости и может распространиться на печень, легкие, отдаленные лимфатические узлы и другие органы.

Стадии рака предстательной железы

Для описательного обозначения стадий рака предстательной железы врачи используют много разных терминов, поэтому пациентам немудрено в них запутаться.

Локализованный рак предстательной железы

Локализованным называют рак предстательной железы, если опухоль не выходит за пределы этого органа. В этом случае опухоль не затрагивает лимфатические узлы и другие органы.

По системе TNM локализованному раку предстательной железы может соответствовать одно из следующих обозначений:

- T1, N0, M0;
- T2, N0, M0;
- T3, N0, M0;
- T4, N0, M0.

Местнораспространенный рак предстательной железы

Некоторые врачи используют этот термин для описания рака предстательной железы, распространившегося на расположенные рядом лимфатические узлы или органы, например на мочевой пузырь или прямую кишку. Не все врачи используют этот термин одинаково. Если врач называет ваше заболевание местнораспространенным, спросите, что это означает.

Регионарный рак предстательной железы

Рак предстательной железы называют регионарным, если опухоль распространилась на соседние лимфатические узлы (N1). К ним относятся гипогастральные, obturatorные, подвздошные (наружные и внутренние) и сакральные лимфоузлы. Чаще всего опухоли предстательной железы поражают наружные подвздошные, внутренние подвздошные и obturatorные лимфатические узлы.

Для регионарного рака в системе TNM используют следующие обозначения:

- любая T, N1, M0.

Распространенный рак предстательной железы

Распространенный рак предстательной железы нельзя полностью вылечить с помощью операции или лучевой терапии. При распространенном раке могут присутствовать отдаленные метастазы, но это бывает не всегда. Например, при биохимическом рецидиве могут отсутствовать видимые признаки опухоли на снимках, хотя повышение уровня ПСА указывает на возвращение заболевания.

Метастатический рак предстательной железы

Метастатическим (M1) называют рак предстательной железы, если он распространился на отдаленные части тела.

Для метастатического рака в системе TNM используют следующее обозначение:

- любая T, любая N, M1.

Краткое содержание

- Стадия рака описывает распространенность опухолевого процесса и локализацию опухоли.
- Стадию рака предстательной железы определяют на основании результатов пальцевого ректального исследования, уровня ПСА, биопсии, суммы баллов по Глиссону, прогностической группы и критериев TNM.
- Пальцевое ректальное исследование, уровень ПСА и биопсия помогают определить размеры опухоли.
- Суммарный балл Глиссона характеризует агрессивность опухоли.
- В зависимости от оценки по Глиссону выделяют несколько прогностических групп, определяющих оптимальный выбор лечения.
- Для стадирования рака предстательной железы используется система TNM (опухоль, лимфатические узлы, метастазы).

4

Составление плана лечения

- 27 Ожидаемая продолжительность жизни
- 27 Оценка риска
- 29 Команда специалистов
- 30 Краткое содержание



Выбор плана лечения зависит от многих факторов. Большое значение имеют ваши индивидуальные потребности. В этом разделе обсуждаются факторы, которые необходимо учитывать при планировании лечения, в том числе ожидаемая продолжительность жизни, группы риска и некоторые другие.

Ожидаемая продолжительность жизни

Ожидаемая продолжительность жизни определяется на основании усредненных статистических данных и показывает, сколько лет предположительно проживет человек. Оценка ожидаемой продолжительности жизни очень важна при выборе видов исследований и методов лечения.

Опухоли предстательной железы часто растут медленно. В некоторых ситуациях проведение исследований и продолжение лечения не дают никаких преимуществ, если у пациента нет вызываемых опухолью симптомов или имеются другие более серьезные заболевания, представляющие угрозу для жизни.

Оценка риска

Оценка риска позволяет прогнозировать, с какой вероятностью в будущем может произойти определенное событие. В случае рака предстательной железы такая оценка помогает выбрать оптимальный план лечения. Перед лечением или во время лечения врачи собирают подробную информацию о характеристиках опухоли. Оценка величины риска может со временем меняться.

Врачи рассматривают следующие варианты развития событий и оценивают их вероятность:

- может ли опухоль распространиться, насколько далеко и насколько быстро;
- как она будет отвечать на конкретные виды лечения;
- появится ли опухоль повторно (возможен ли рецидив).

Есть несколько методов, применяемых для оценки риска:

- распределение по ожидаемой продолжительности жизни;
- распределение по группам риска;
- создание номограмм;
- проведение молекулярных исследований (в некоторых случаях).

Оценка риска не дает никаких гарантий. Как будет развиваться заболевание в конкретном случае, точно неизвестно. У некоторых пациентов дела обстоят лучше, чем ожидалось, а у некоторых хуже.

Группы риска

Выбор варианта лечения рака предстательной железы зависит от группы риска, в которой вы находитесь. Врачи определяют группу риска на основании следующих данных:

- стадия TNM;
- суммарный балл Глисона и (или) прогностическая группа;
- уровень ПСА;
- результаты биопсии.

При первой постановке диагноза определяют первоначальную группу риска. Группы риска определяют для локализованной формы заболевания (см. справочную таблицу 4).

Выделяют следующие первоначальные группы риска:

- очень низкий риск;
- низкий риск;
- промежуточный риск с благоприятным прогнозом;
- промежуточный риск с неблагоприятным прогнозом;
- высокий риск;
- очень высокий риск.

Справочная таблица 4. Первоначальные группы риска

Очень низкий риск	<p>Есть все перечисленные признаки.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стадия T1c • Прогностическая группа 1 • ПСА менее 10 нг/мл • Опухоль обнаружена в 1 или 2 биопсийных образцах и в каждом из них занимает не больше половины объема • Плотность ПСА менее 0,15 нг/мл/г 		
Низкий риск	<p>Есть все перечисленные признаки.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стадия T1 или T2a • Прогностическая группа 1 • ПСА менее 10 нг/мл 		
Промежуточный риск	<p>Есть все перечисленные признаки.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нет факторов высокого риска • Нет факторов очень высокого риска • Один или больше из следующих факторов промежуточного риска. <ul style="list-style-type: none"> - Стадия T2b или T2c - Прогностическая группа 2 или 3 - ПСА от 10 до 20 нг/мл 	Благоприятный прогноз	<p>Есть все перечисленные признаки.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Есть 1 из факторов промежуточного риска • Прогностическая группа 1 или 2 • Опухоль обнаружена менее чем в половине биопсийных образцов
		Неблагоприятный прогноз	<p>Есть один или больше из перечисленных ниже признаков.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Два или больше факторов промежуточного риска • Прогностическая группа 3 • Опухоль обнаружена более чем в половине биопсийных образцов
Высокий риск	<p>Есть один из перечисленных ниже признаков.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стадия T3a • Прогностическая группа 4 • Прогностическая группа 5 • ПСА больше 20 нг/мл 		
Очень высокий риск	<p>Есть один из перечисленных ниже признаков.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стадия T3b или T4 • Первичный суммарный балл Глисона равен 5 • Более 4 биопсийных образцов с прогностической группой 4 или 5 		

Номограммы для оценки риска регионарного рака

Номограммы составляют, чтобы предсказать (прогнозировать) вероятное течение заболевания. Для создания номограмм используют математические методы, позволяющие сравнивать характеристики опухоли предстательной железы у конкретного пациента с другими людьми, которых лечили по поводу этого заболевания. Номограммы иногда применяют для прогнозирования распространения опухолевого процесса и долгосрочных результатов хирургического или другого лечения. При принятии решений о лечении может быть полезна номограмма, прогнозирующая вероятность распространения опухоли на тазовые лимфатические узлы. Номограммы — еще один инструмент для выбора оптимального плана лечения, наряду с группами риска и другими факторами.

Молекулярные исследования опухоли

В клетках нашего организма присутствуют очень мелкие частицы — молекулы. Существуют специальные методы исследования, позволяющие определять содержание конкретных молекул и биомаркеров. Биомаркером может быть как молекула, вырабатываемая опухолевыми клетками, так и специфическая реакция организма на рост опухоли. Присутствие определенных биомаркеров может указывать на наличие рака. Один из биомаркеров, используемых для выявления рака предстательной железы, — это ПСА. Уровень ПСА определяют в образце крови.

Для некоторых молекулярных исследований необходимы ткани предстательной железы или лимфатического узла. Такие образцы получают с помощью биопсии. Результаты этих и других исследований помогают выбрать оптимальный план лечения для каждого пациента.

Если врач рекомендует вам молекулярное исследование, его результаты он будет учитывать наряду с результатами стандартных исследований, такими как уровень ПСА, суммарный балл Глисона и данные лучевой диагностики. Иногда молекулярное исследование проводят в ходе лечения рака предстательной железы, чтобы узнать, как организм реагирует на терапию. Молекулярное исследование называют также молекулярным анализом. Если у вас появятся вопросы о причине назначения вам этого исследования или о том, что означают его результаты, задайте их врачам, которые занимаются вашим лечением.

Команда специалистов

Лечение рака предстательной железы требует командного подхода. **Важно проконсультироваться не только у врача-радиотерапевта, но и у уролога, чтобы выбрать наиболее подходящий вам метод лечения.**

Некоторые специалисты будут с вами на протяжении всего периода лечения, а другие — только в определенные периоды. Познакомьтесь со своими врачами и позвольте им больше узнать о вас.

В зависимости от диагноза в состав команды могут входить указанные далее специалисты.

- **Врач общей практики** — оказывает медицинскую помощь, не связанную с онкологическим заболеванием. Он может помочь вам правильно описать ваше самочувствие в процессе лечения, чтобы передать эти сведения врачам-онкологам.
- **Патоморфолог** — делает заключения по результатам исследования клеток, тканей и органов, извлеченных во время биопсии или операции.
- **Врач лучевой диагностики (рентгенолог)** — описывает результаты исследований, основанных на использовании рентгеновского излучения и других методов визуализации.
- **Анестезиолог** — дает наркоз и проводит обезболивание, чтобы вы не чувствовали боли во время операции и других процедур.
- **Уролог** — специалист по заболеваниям мочевыделительной системы у мужчин и женщин и половой системы у мужчин.
- **Уролог-онколог** — специалист по диагностике и лечению опухолей мочевыделительной системы у мужчин и женщин и половой системы у мужчин.
- **Интервенционный радиолог** — выполняет игольную биопсию опухолей.
- **Хирург-онколог** — проводит операции по удалению опухолей.
- **Радиотерапевт** — назначает и планирует лучевую терапию для лечения рака.

- **Врач-онколог** — занимается лечением рака у взрослых пациентов с применением системной терапии, в частности химиотерапии. Обычно врач-онколог координирует деятельность всех членов команды. Узнайте, кто будет координировать оказываемую вам медицинскую помощь.
- **Квалифицированный медперсонал среднего звена** — важная часть любой команды специалистов. На этой должности работают дипломированные медсестры и помощники врачей. Они следят за здоровьем пациентов и оказывают им медицинскую помощь.
- **Ординаторы и стажеры** — врачи, продолжающие свое обучение, чтобы стать специалистами в какой-либо конкретной области медицины.
- **Онкологические медсестры** — выполняют назначенные врачом лечебные манипуляции и процедуры, в частности, проводят системную терапию, организуют уход, отвечают на вопросы пациентов и помогают справляться с побочными эффектами.
- **Диетолог или нутрициолог** — дает рекомендации по выбору рациона, подходящего для конкретного пациента.
- **Психолог и психиатр** — специализируются на нарушениях психического здоровья и помогают справиться с депрессией, тревожностью и другими проблемами, которые могут влиять на ваше самочувствие.
- **Врач-генетик** — специалист по наследственным заболеваниям, определяющий, как семейный анамнез может повлиять на лечение рака.

Никто не знает ваш организм лучше, чем вы сами. Помогите врачам, которые занимаются вашим лечением, узнать следующее.

- как вы себя чувствуете;
- чего вы хотите от лечения;
- что вам помогает, а что нет.

Запишите имена и фамилии, а также контактную информацию всех членов этой команды. При появлении вопросов или сомнений вы сами или те, кто за вами ухаживает, сможете обратиться за помощью к нужному специалисту.

Краткое содержание

Для составления плана лечения врачи используют целый ряд источников информации.

- Ожидаемая продолжительность жизни показывает, сколько лет вы предположительно проживете. Этот показатель важен для выбора тактики лечения.
- Номограммы помогают предсказывать (прогнозировать) вероятное течение заболевания.
- Оценка риска нужна для составления плана лечения. Для оценки риска определяют ожидаемую продолжительность жизни и группу риска, составляют номограммы и в некоторых случаях проводят молекулярные исследования.
- При постановке диагноза определяют первоначальную группу риска. Основные факторы для отнесения к той или иной группе — стадия по системе TNM, суммарный балл Глисона и (или) прогностическая группа, уровень ПСА и результаты биопсии. От первоначальной группы риска зависит выбор первичного лечения.
- Следствием рака предстательной железы могут быть задержка мочеиспускания, недержание мочи и нарушение эрекции.

Поскольку у хирургического и лучевого лечения примерно одинаковая долгосрочная эффективность, важно проконсультироваться не только у врача-радиотерапевта, но и у уролога, чтобы выбрать наиболее подходящий вам метод лечения.

5

Методы лечения рака предстательной железы

32	Тщательное наблюдение	43	Возможные побочные эффекты лечения
32	Активное наблюдение	43	Краткое содержание
33	Хирургическое лечение (операция)		
36	Лучевая терапия		
38	Гормональная терапия		
41	Лечение и профилактика костных осложнений		
42	Клинические исследования		



Существуют разные методы лечения рака предстательной железы. В этом разделе описаны варианты лечения и чего можно ожидать от каждого из них. Обсудите со своим врачом, какой вариант лечения подходит вам больше всего.

Рак предстательной железы обычно развивается медленно. Существует много методов лечения этого сложного заболевания. Лечение может быть местным или системным, а может быть комбинированным, объединяющим оба эти подхода. Местное лечение направлено только на ту область, где находится опухоль. Системная терапия воздействует на опухолевые клетки по всему организму.

Таким образом, можно выделить два типа лечения.

- **Местное лечение** — направлено на конкретную область тела. К местному лечению при раке предстательной железы относятся хирургические операции и лучевая терапия.
- **Системная терапия** — воздействует на весь организм. К системной терапии относятся гормональная терапия, химиотерапия и другие виды лекарственной терапии, направленной на поддержание или повышение качества жизни.

Возможные варианты лечения описаны ниже.

Тщательное наблюдение

Тщательное наблюдение (выжидательная тактика) заключается в том, что врачи следят за состоянием опухоли в предстательной железе и проверяют, не появились ли симптомы. Повышение уровня ПСА или изменения, замеченные при пальцевом ректальном исследовании, могут быть признаками скорого появления симптомов. Цель такого подхода — предотвратить развитие симптомов еще до того, как они могут появиться. Задача состоит в том, чтобы обеспечить пациенту хорошее качество жизни. Лечение в этом случае направлено на улучшение общего состояния и облегчение симптомов, а не на излечение от опухоли. В этом заключается отличие этой тактики от активного наблюдения.

При активном наблюдении врачи следят за признаками прогрессирования опухоли, чтобы вовремя начать лечение, направленное на полное излечение пациента.

Активное наблюдение

Термин «активное наблюдение» используют для описания тактики, предусматривающей пристальное наблюдение за состоянием пациента. Такой подход называют также активным мониторингом. В ходе наблюдения регулярно проводят исследования, в том числе биопсию, чтобы вовремя заметить прогрессирование опухоли. В период активного наблюдения никакое противоопухолевое лечение не проводят.

Поскольку маленькие опухоли иногда растут очень медленно, можно отложить начало лечения до того момента, когда опухоль увеличится в размерах. Хирургические и другие методы лечения сопровождаются побочными эффектами. Если есть возможность отложить радикальное лечение, значит можно отсрочить и те побочные эффекты, которые оно вызывает.

Принимая решение о возможности активного наблюдения для конкретного пациента, врачи учитывают следующие факторы:

- ожидаемую продолжительность жизни;
- общее состояние здоровья;
- специфические характеристики опухоли;
- возможные побочные эффекты лечения;
- пожелания пациента относительно лечения.

При рассмотрении вопроса об активном наблюдении следует также учитывать расовую принадлежность. У мужчин африканского происхождения при кажущемся низком риске опухоль предстательной железы может обладать высокой степенью дифференцировки, что не всегда удается выявить с помощью биопсии. Рак предстательной железы у представителей этой расы может прогрессировать быстрее, кроме того, у них может быть выше оценка по Глиссону или больше опухолевых клеток, чем у мужчин европеоидной расы.

Чтобы решить, подходит ли вам вариант с активным наблюдением, врачи должны провести следующие исследования:

- мпМРТ;
- биопсию предстательной железы.

В перечень исследований, выполняемых в ходе активного наблюдения, входят:

- анализ на ПСА не чаще чем каждые 6 месяцев или по мере необходимости;
- пальцевое ректальное исследование не чаще чем каждые 12 месяцев или по мере необходимости;
- повторная биопсия предстательной железы не чаще чем каждые 12 месяцев или по мере необходимости;
- повторная мпМРТ не чаще чем каждые 12 месяцев или по мере необходимости.

У специалистов нет единого мнения о необходимости и периодичности проведения повторных биопсий. Некоторые врачи назначают биопсию каждый год, а другие — только если для этого есть показания по результатам исследований. Например, если повышается уровень ПСА, наблюдаются изменения при пальцевом ректальном исследовании или есть признаки прогрессирования по данным мпМРТ.

Решение о повторной биопсии должно приниматься исходя из соотношения потенциальной пользы и риска. Потенциальным риском при такой процедуре может быть инфекция или другие побочные эффекты. Если в ходе биопсии было взято 10 образцов или меньше и результаты их исследования неоднозначны, вам могут назначить повторную биопсию в течение первых 6 месяцев после постановки диагноза. Пациентам с ожидаемой продолжительностью жизни меньше 10 лет, находящимся на тщательном наблюдении (выжидательная тактика), могут не проводиться повторные биопсии.

Врачи пока не договорились о том, какие события в период активного наблюдения должны послужить сигналом к началу лечения. Решение о начале лечения должно приниматься на основании мнения врача и с учетом ваших личных пожеланий.

Хирургическое лечение (операция)

Операцией называется хирургическое вмешательство для удаления опухоли. Опухоль удаляют вместе с некоторым количеством окружающей ее нормальной с виду ткани. Эту ткань называют краем резекции. Край резекции считается чистым или отрицательным (R0), если в ткани вокруг границы опухоли не обнаружены опухолевые клетки. Положительный край резекции (R1) означает, что в этой нормальной с виду ткани вокруг опухоли есть опухолевые клетки. Хирурги всегда стараются получить отрицательный край резекции (R0).

Операция может быть как основным, так и первичным методом лечения. Она может быть только частью комплексного плана лечения. Вид операции зависит от размера и местоположения опухоли. Кроме того, имеет значение, распространилась ли опухоль на окружающие органы и ткани.

Есть два вида операций при раке предстательной железы:

- открытая операция;
- малоинвазивная операция (лапароскопическая или робот-ассистированная).

Открытая операция

Открытая операция отличается тем, что предстательную железу удаляют через один большой разрез. Большой разрез позволяет хирургу видеть опухоль и обеспечивает хороший доступ для ее удаления.

Малоинвазивная операция

При малоинвазивной операции делают несколько маленьких разрезов вместо одного большого. Через каждый разрез вводят небольшие инструменты для хирургических манипуляций. Один из таких инструментов — лапароскоп — представляет собой длинную трубку с видеокамерой на конце. Камера позволяет хирургу рассмотреть предстательную железу и другие ткани внутри тела. Другие инструменты применяются для удаления опухоли. Иногда лапароскопические операции проводят с использованием роботизированных манипуляторов, управляющих хирургическими инструментами. Такие операции называют робот-ассистированными.

Радикальная простатэктомия

При радикальной простатэктомии удаляют всю предстательную железу, семенные пузырьки и некоторые близлежащие ткани. Иногда удаляют и тазовые лимфатические узлы.

Радикальную простатэктомию обычно проводят при выполнении всех перечисленных ниже условий:

- опухоль не выходит за пределы предстательной железы;
- опухоль можно полностью удалить хирургическим путем;
- ожидаемая продолжительность жизни составляет 10 или более лет;
- другие серьезные заболевания отсутствуют.

В некоторых случаях радикальная простатэктомия может быть подходящим вариантом для пациентов с опухолями предстательной железы из групп высокого и очень высокого риска. Таким пациентам после операции проводят лучевую терапию.

Радикальная простатэктомия — сложная операция, требующая высокой квалификации. У хирургов с большим опытом таких операций результаты обычно бывают лучше.

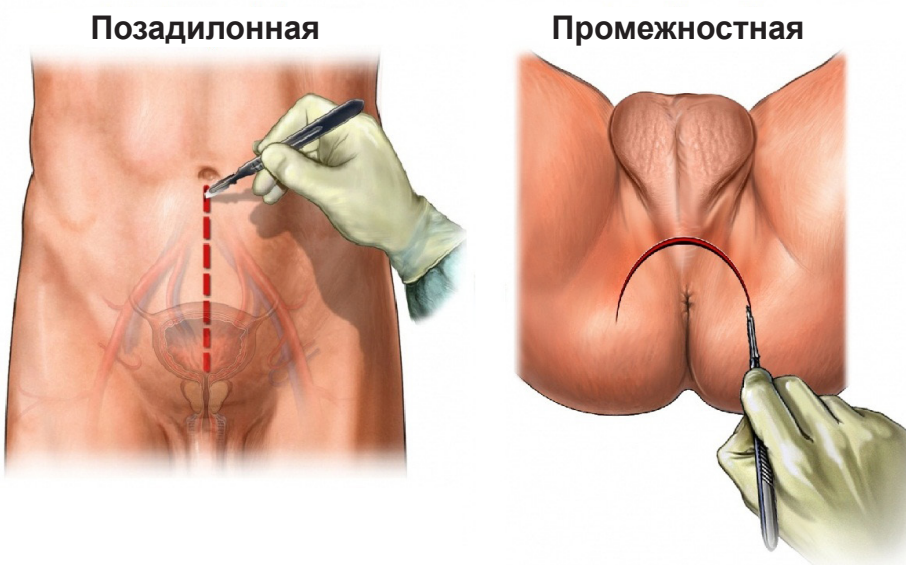
После радикальной простатэктомии в уретру вставляют катетер, который обеспечивает ее нормальное заживление. Обычно катетер вынимают через 1-2 недели после операции. Вам покажут, как ухаживать за катетером в домашних условиях. Если вынуть катетер слишком рано, может нарушиться контроль мочеиспускания (начнется недержание мочи) или не будет оттока мочи из-за образования рубцовой ткани.

Радикальную простатэктомию можно выполнить как открытым, так и лапароскопическим методом. Стадию рака, определяемую перед радикальной простатэктомией, называют **клинической стадией (с)**. После операции стадию определяют еще раз — по результатам исследования тканей удаленной предстательной железы. Такая стадия называется **патоморфологической (р)**.

Варианты открытой операции при радикальной простатэктомии

Предстательную железу можно удалить через один большой разрез, сделанный в тазовой области или в промежности.

Illustration Copyright © 2019 Nucleus Medical Media. Все права защищены.
www.nucleusinc.com



Возможны два варианта открытой радикальной простатэктомии:

- позадилодная;
- промежностная.

Радикальная позадилодная простатэктомия

При такой операции ткани удаляют через разрез, сделанный вниз от пупка до основания полового члена. Во время операции пациент лежит на спине, при этом ноги расположены чуть выше уровня головы.

Перед тем как удалить предстательную железу, хирург перерезает некоторые вены и уретру, чтобы освободить операционное поле. Семенные пузырьки удаляют вместе с предстательной железой. После удаления предстательной железы уретру снова соединяют с мочевым пузырем.

По обеим сторонам предстательной железы расположены кавернозные сосудисто-нервные пучки, которые отвечают за механизм естественной эрекции. Если нет оснований полагать, что опухоль распространилась на кавернозные нервы, применяют метод нервосберегающей простатэктомии. При подозрении на поражение опухолью удаляют один или оба сосудисто-нервных пучка. В этом случае для достижения нормальной эрекции после операции можно использовать лекарственные препараты. Наличие этих нервов не влияет на возможность испытывать оргазм.

Радикальная промежностная простатэктомия

При этом варианте операции разрез делают в промежности. Промежностью называется область между задним проходом и мошонкой.

Предстательную железу и семенные пузырьки сначала отделяют от соседних тканей, а затем удаляют. В ходе операции стараются сохранить расположенные рядом нервы. После удаления предстательной железы уретру снова соединяют с мочевым пузырем. При этом варианте операции лимфатические узлы удалить не удается.

После операции

У многих пациентов после радикальной простатэктомии наблюдается временное недержание мочи и нарушение эрекции. Иногда эти два побочных эффекта быстро проходят, но у некоторых пациентов такие проблемы сохраняются до конца жизни.

Риск нарушения эрекции повышается в следующих случаях:

- у пациентов более старшего возраста;
- при наличии проблем с эрекцией до операции;
- при повреждении или удалении кавернозных нервов во время операции.

Если кавернозные нервы были удалены в ходе операции, вряд ли удастся восстановить способность к эрекции путем пересадки нервов. Для достижения эрекции потребуется применять вспомогательные средства, например лекарственные препараты.

Из-за удаления предстательной железы и семенных пузырьков у вас будет так называемый сухой оргазм. Это значит, что при оргазме не будет выделяться сперма и вы не сможете иметь детей.

Тазовая лимфаденэктомия

Тазовая лимфаденэктомия (ТЛАЭ) — это операция по удалению тазовых лимфатических узлов. Такую операцию выполняют с открытым позадилодным, лапароскопическим или робот-ассистированным доступом. Как правило, ТЛАЭ входит в объем радикальной простатэктомии.

При расширенной ТЛАЭ удаляют больше лимфатических узлов, чем при ограниченной. Предпочтительно проводить расширенную ТЛАЭ. При таком варианте удается в два раза чаще находить метастазы, чем при ограниченной ТЛАЭ. Кроме того, в этом случае можно более достоверно определить стадию заболевания и обеспечить полное излечение некоторых пациентов, у которых были очень мелкие (микроскопические) метастазы.

Лучевая терапия

Лучевую терапию (ЛТ) можно использовать в качестве основного или первичного метода лечения вместо операции. Лучевая терапия основана на способности высокоэнергетического рентгеновского излучения, гамма-излучения или излучения другой природы уничтожать опухолевые клетки и уменьшать размеры опухоли. Лучевую терапию проводят в течение определенного времени. Она может применяться в качестве радикального способа лечения вместо операции. Иногда лучевую терапию проводят после операции для снижения вероятности рецидива. Кроме того, иногда рекомендуют проводить лучевую терапию, если уровень ПСА начинает повышаться после операции. С помощью облучения можно попытаться уничтожить опухолевые клетки, которые могли остаться после хирургического удаления опухоли.

Существует два основных вида лучевой терапии.

- Для **дистанционной лучевой терапии (ДЛТ)** используют большие установки, расположенные вне тела пациента. Такие установки генерируют излучение и направляют его на опухоль.
- Для **внутриканевой лучевой терапии** используют источники излучения в виде зерен, которые помещают внутрь тела. Такой метод облучения называется брахитерапией.

ДЛТ

Существуют несколько вариантов ДЛТ, применяемых для лечения рака предстательной железы. Они позволяют проводить облучение более высокими дозами с меньшим повреждением здоровых тканей.

Ниже перечислены варианты ДЛТ, которые могут применяться для лечения рака предстательной железы.

- **Гипофракционная стереотаксическая лучевая терапия (stereotactic body radiation therapy, SBRT)** — облучение опухоли с помощью точно направленных пучков высокоэнергетического излучения. Для такой терапии требуется не более пяти лечебных сеансов.
- **Протонная лучевая терапия** — облучение опухоли потоком частиц, называемых протонами, которые убивают опухолевые клетки.
- **Трехмерная конформная лучевая терапия (3D-КЛТ)** — воздействие пучком излучения, точно воспроизводящим форму опухоли. Пучок излучения нацеливают на опухоль с помощью компьютерной программы и КТ-изображений.
- **Лучевая терапия с модуляцией интенсивности (ЛТМИ)** — облучение небольшими пучками излучения, интенсивность которых подбирают в зависимости от формы опухоли. ЛТМИ — разновидность метода 3D-КЛТ, применяемая при более агрессивных формах рака предстательной железы.
- **Лучевая терапия под контролем изображений (image-guided radiation therapy, IGRT)** проводится с использованием компьютерной программы, создающей изображение опухоли. Благодаря этому удается точно нацеливать пучок излучения во время лечения. Метод IGRT применяют в сочетании со всеми перечисленными выше вариантами лучевой терапии, чтобы доза направленного излучения всегда попадала точно в цель. Так удается предотвратить лучевое поражение здоровых тканей.

Брахитерапия

Еще один часто применяемый вариант лучевой терапии при раке предстательной железы — это брахитерапия. При таком варианте лечения источник излучения помещают внутрь опухоли или рядом с ней. Брахитерапию можно применять в качестве самостоятельного метода, а можно в сочетании с ДЛТ или андрогендепривационной терапией (АДТ) или с обоими этими методами. Иногда брахитерапию называют контактной лучевой терапией.

Брахитерапия без сочетания с другими методами может быть подходящим вариантом для пациентов с очень низким, низким или промежуточным риском с благоприятным прогнозом, при этом необходимо учитывать ожидаемую продолжительность жизни. При высоком риске одной только брахитерапии, как правило, недостаточно.

Есть два вида брахитерапии:

- низкодозная брахитерапия (НДБ);
- высокодозная брахитерапия (ВДБ).

Низкодозная брахитерапия

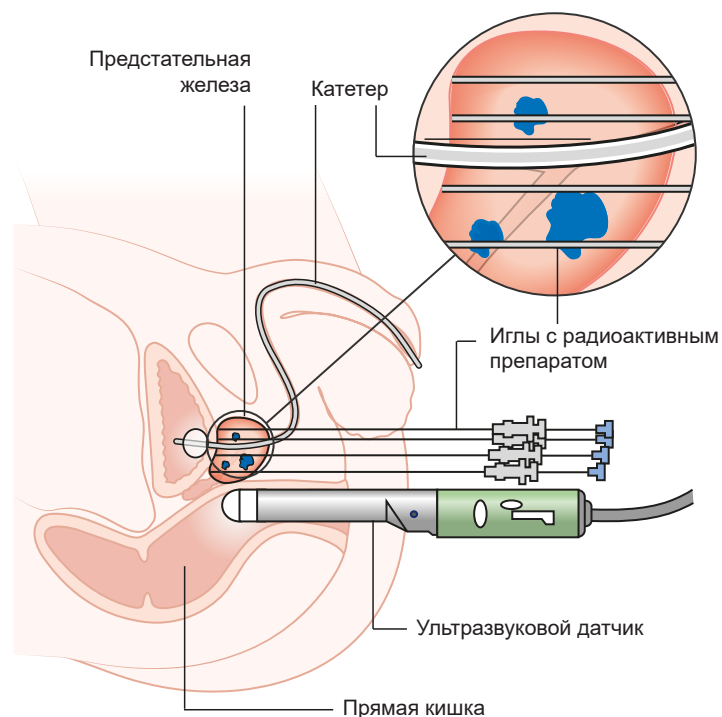
Для низкодозной брахитерапии используют радиоактивные зерна, которые вводят в предстательную железу с помощью тонких полых игл. Размером эти зерна примерно с рисовое зернышко. Их вводят через кожу в области промежности и направляют в нужное место под контролем методов лучевой диагностики.

В состав зерен обычно входит радиоактивный йод или палладий. Зерна остаются в предстательной железе и выделяют небольшую дозу радиоактивного излучения в течение нескольких месяцев. Такое излучение распространяется на очень маленькое расстояние. Благодаря этому можно сконцентрировать достаточную дозу излучения в небольшом пространстве и предотвратить повреждение расположенных рядом здоровых тканей. Со временем зерна перестают испускать излучение, но остаются в организме навсегда.

Брахитерапия

При проведении брахитерапии источник излучения помещают внутрь опухоли или рядом с ней.

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Diagram_showing_how_you_have_high_dose_brachytherapy_for_prostate_cancer_CRUK_419.svg



Высокодозная брахитерапия

Для высокодозной брахитерапии (ВДБ) используют тонкие иглы, которые помещают в предстательную железу. Затем эти иглы соединяют с трубками (катетерами). По катетерам в иглы вводят радиоактивный препарат. После завершения процедуры иглы и катетеры извлекают.

Сочетание брахитерапии с ДЛТ

Добавочная доза, доставляемая методом брахитерапии в дополнение к ДЛТ, называется бустом или брахи-бустом. НДБ или ВДБ применяют в качестве буста в дополнение к ДЛТ + АДТ у пациентов с неблагоприятным промежуточным, высоким или очень высоким риском, если цель терапии — излечение от опухоли.

Гормональная терапия

Гормональная терапия — это метод лечения, который заключается во внесении в организм недостающих гормонов, блокировании функций или удалении ненужных гормонов из организма. Гормонами называют особые вещества, которые вырабатываются железами нашего организма. Кровь переносит гормоны по всему телу.

Главный мужской половой гормон — это тестостерон. Он относится к группе андрогенов. Основную часть тестостерона производят яички, но небольшие количества этого гормона вырабатывают также надпочечники — две железы, расположенные над верхними частями почек.

Небольшая область головного мозга, называемая гипоталамусом, вырабатывает лютеинизирующий гормон релизинг-гормон (ЛГРГ) и гонадотропин-релизинг-гормон (ГнРГ). Эти гормоны регулируют выработку тестостерона яичками.

Мужские половые гормоны могут способствовать росту опухолей предстательной железы. Гормональная терапия подавляет выработку тестостерона или блокирует его функции в организме. Благодаря этому на некоторое время рост опухоли замедляется или она сокращается в размерах. При раке предстательной железы гормональная терапия может заключаться в хирургическом удалении яичек (орхиэктомии) или в системной лекарственной терапии. В обоих случаях цель лечения — снизить уровень тестостерона.

Вероятно, вы слышали термин «кастрация», упоминаемый при обсуждении рака предстательной железы и методов лечения. Врачи используют этот термин для описания некоторых видов гормональной терапии. Кастрация может быть временной (только на период лечения) или постоянной, как в случае орхиэктомии. Если вы не уверены, что поняли, о чем говорит врач, переспросите.

При раке предстательной железы редко применяют гормональную терапию в качестве единственного метода лечения.

Есть только один хирургический вариант гормональной терапии:

- **двусторонняя орхиэктомия** — операция по удалению обоих яичек. Поскольку мошонку при этом не удаляют, можно рассмотреть вариант с установкой имплантов.

Все остальные варианты гормональной терапии основаны на системном применении лекарственных препаратов.

- **Агонисты ЛГРГ** — препараты, которые останавливают выработку тестостерона яичками. К агонистам ЛГРГ относятся гозерелина ацетат, гистрелина ацетат, лейпролида ацетат и трипторелина памоат. На фоне применения препаратов этой группы яички постепенно атрофируются.
- **Антагонисты ЛГРГ** — препараты, которые блокируют высвобождение лютеинизирующего гормона в гипофизе, расположенном рядом с гипоталамусом и образующим с ним единую систему. В результате яички прекращают выработку тестостерона. Дегареликс — пока единственный представитель этого класса препаратов.
- **Антиандрогены** — препараты, которые блокируют рецепторы в клетках опухоли предстательной железы и не дают им взаимодействовать с тестостероном. К группе антиандрогенов относятся бикалутамид, флутамид, нилутамид, энзалутамид, апалутамид и даролутамид.
- **Кортикостероиды** — это искусственно созданные синтетические гормоны, способные останавливать выработку тестостерона в надпочечниках и других тканях. К кортикостероидам относятся преднизон, метилпреднизолон, гидрокортизон и дексаметазон.

- **Эстрогены** способны подавлять выработку тестостерона надпочечниками и другими тканями. Один из примеров искусственно созданных синтетических эстрогенов — диэтилстильбэстрол (ДЭС). Применение эстрогенов связано с риском увеличения и болезненности молочных желез, а также с риском образования тромбов.
- **Ингибиторы синтеза андрогенов** — это препараты, которые блокируют выработку андрогенов. Кетоконазол, применяемый также в качестве противогрибкового средства, подавляет синтез тестостерона в надпочечниках и других тканях. Абиратерона ацетат действует так же, как кетоконазол. По сравнению с кетоконазолом абиратерон более активен и менее токсичен.

Андрогендепривационная терапия

Андрогендепривационной терапией (АДТ) называется лечение, направленное на снижение уровня мужских половых гормонов или предотвращение их воздействия на клетки. При регионарном или распространенном раке предстательной железы в качестве первичной или основной системной терапии проводят АДТ. АДТ может применяться в качестве самостоятельного метода лечения или в сочетании с другими методами.

Термин «гормональная терапия» не все понимают правильно. Некоторые считают, что любая гормональная терапия — это АДТ. Однако к АДТ относятся только орхиэктомия, агонисты ЛГРГ и антагонисты ЛГРГ.

**Познакомьтесь со
своими врачами
и позвольте им
больше узнать
о вас.**

Паллиативная АДТ

Задача паллиативной АДТ — облегчить симптомы рака предстательной железы. Паллиативную АДТ иногда проводят пациентам с ожидаемой продолжительностью жизни не более 5 лет и тем, кто относится к группе высокого и очень высокого риска, а также при регионарной и метастатической форме заболевания. Паллиативная АДТ может быть назначена и тем пациентам, у которых в период тщательного наблюдения обнаружены признаки скорого появления симптомов или симптомы уже появились.

Побочные эффекты гормональной терапии

Гормональная терапия может сопровождаться побочными эффектами. Вероятность появления побочных эффектов у конкретного пациента зависит от многих факторов. К числу таких факторов относятся возраст, состояние здоровья до начала лечения, продолжительность и частота курсов лечения, а также многие другие.

У каждого вида гормональной терапии есть свои побочные эффекты. В целом любая АДТ может снизить сексуальное влечение и вызвать нарушение эрекции. При необходимости длительного курса АДТ врач может рассмотреть возможность перерывов в лечении, чтобы снизить выраженность побочных эффектов. Такая терапия, когда периоды АДТ чередуются с периодами без лечения, называется интермиттирующей. При этом удается обеспечить такой же контроль заболевания, как при непрерывной гормональной терапии, но организм за время перерыва успевает восстанавливаться.

Чем дольше вы принимаете препараты для АДТ, тем выше риск ослабления и хрупкости костей (остеопороза), переломов костей, прибавки в весе, потери мышечной массы, диабета и заболеваний сердца. Среди других побочных эффектов встречаются приливы, перепады настроения, утомляемость, а также болезненность молочных желез и увеличение их размеров. Поговорите с врачами, которые занимаются вашим лечением, о том, как можно ослабить побочные эффекты гормональной терапии.

Перед началом АДТ у вас определяют плотность костей методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА). При низкой плотности костей рекомендуется применение деносумаба, золедроновой кислоты или алендроната. Кальций и витамин D, принимаемые во время АДТ, помогают предотвратить или затормозить развитие остеопороза.

АДТ повышает риск диабета и сердечно-сосудистых заболеваний. Для снижения риска развития этих заболеваний рекомендуются скрининг и соответствующее лечение. Сообщите своему врачу общей практики, что получаете АДТ.

Известно, что АДТ повышает риск смерти от заболеваний сердца у лиц африканского происхождения. Узнайте у своего врача о том, какие риски связаны с проведением АДТ для лечения имеющегося у вас рака предстательной железы.

Стероиды

Кортикостероиды (стероиды) — это синтетические лекарственные препараты, действующие подобно гормонам, которые вырабатываются надпочечниками. Надпочечники — небольшие органы, расположенные над верхней частью почек. Они участвуют в регулировании артериального давления и снижении воспаления. Кортикостероиды применяют в виде монотерапии или в сочетании с другими методами лечения.

Для лечения рака предстательной железы могут применяться следующие стероиды:

- преднизон;
- метилпреднизолон;
- гидрокортизон;
- дексаметазон.

Лечение и профилактика костных осложнений

Препараты, предназначенные для лечения и профилактики костных осложнений, назначают для ослабления боли в костях или снижения риска нарушений со стороны костной системы. Некоторые методы лечения рака предстательной железы, такие как гормональная терапия, могут приводить к потере костной массы, а это увеличивает риск переломов.

Существует три препарата, которые применяют для профилактики ослабления костей и снижения риска переломов:

- деносуаб (Пролиа®);
- золедроновая кислота (Зомета®);
- алендронат (Фозамакс®).

В качестве скрининга на наличие остеопороза проводят специальное исследование. Оно позволяет оценить содержание кальция и других минералов в костях. Такое исследование называется двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрией (ДРА). Результаты ДРА показывают, есть ли у пациента остеопороз, и помогают оценить риск переломов.

Если у вас повышен риск переломов, перед началом гормональной терапии рекомендуется выполнить ДРА, чтобы оценить исходное состояние костной ткани. После первого года гормональной терапии ДРА следует повторить.

Деносуаб, золедроновая кислота и алендронат

Деносуаб, золедроновую кислоту и алендронат применяют для профилактики потери костной массы (остеопороза) и переломов, связанных с гормональной терапией. Для проверки функции почек и уровня кальция врач может направить вас на анализы крови. При необходимости врач назначит вам добавки, содержащие кальций и витамин D.

При посещении стоматолога сообщите ему, если принимаете какой-либо из этих препаратов. Узнайте у своего врача, как эти препараты могут повлиять на состояние зубов и челюстей. У этих препаратов есть один редкий, но серьезный побочный эффект — остеонекроз челюсти, при котором происходит отмирание костной ткани. Скажите своему врачу, если планируете визит к стоматологу. Важно правильно ухаживать за полостью рта и привести в порядок зубы перед началом приема любого из этих препаратов.

Клинические исследования

Клиническими называют научные исследования для изучения новых методов скрининга, профилактики, диагностики или лечения заболеваний.

Клинические исследования подразделяются на четыре фазы.

- Цель исследований **фазы I** — определить самую безопасную и эффективную дозу нового лекарственного препарата или новой комбинации препаратов. Еще одна цель на этом этапе — узнать, как лучше всего применять новый препарат, чтобы он давал как можно меньше побочных эффектов.
- В ходе исследований **фазы II** определяют, действует ли препарат при конкретном виде рака.
- В исследованиях **фазы III** сравнивают новый препарат со стандартным методом лечения.
- В исследованиях **фазы IV** оценивают долгосрочную безопасность и эффективность препарата после его регистрации.

Обычно участников исследования подбирают так, чтобы они были близки по характеристикам и стадии опухоли и общему состоянию здоровья. В этом случае исследователи могут быть уверены, что улучшение состояния объясняется проведенным лечением, а не исходными различиями между участниками.

Если вы решите принять участие в клиническом исследовании, вам нужно будет прочесть и подписать форму информированного согласия. В этом документе описаны все детали клинического исследования, в том числе возможные риски и преимущества. Даже после подписания формы согласия вы сможете в любой момент отказаться от дальнейшего участия в исследовании.

Узнайте у врачей, которые занимаются вашим лечением, открыт ли в настоящее время набор в какое-нибудь клиническое исследование, в котором вы могли бы принять участие. Обсудите риски и преимущества участия в клиническом исследовании со своими врачами. Совместно с ними вы можете решить, подходит вам этот вариант или нет.



Поиск подходящего клинического исследования

Участие в клиническом исследовании приветствуется в том случае, если оно будет для вас наилучшим вариантом лечения.

- ✓ Найти подходящее клиническое исследование в медицинских центрах, входящих в состав NCCN, можно по адресу [nccn.org/clinical_trials/member_institutions.aspx](https://www.nccn.org/clinical_trials/member_institutions.aspx)
- ✓ Провести поиск клинического исследования в США и других странах мира по базе данных Национальных институтов здоровья США (National Institutes of Health, NIH) можно по адресу [ClinicalTrials.gov](https://www.clinicaltrials.gov)
- ✓ Найти клинические исследования, поддерживаемые Национальным институтом рака (National Cancer Institute, NCI) США, можно по адресу [cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search](https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search)

Попросите врачей, которые занимаются вашим лечением, помочь вам в поисках подходящего клинического исследования. Вам могут также помочь специалисты Информационной службы (Cancer Information Service, CIS) Национального института рака. Позвоните по телефону 1.800.4.CANCER (1.800.422.6237) или зайдите на страницу [cancer.gov/contact](https://www.cancer.gov/contact).

Возможные побочные эффекты лечения

Побочными эффектами называют нарушения здоровья или неприятные состояния, вызванные лечением. Побочные эффекты — неизбежная часть любого лечения.

К возможным побочным эффектам лечения рака предстательной железы относятся:

- задержка мочеиспускания;
- недержание мочи;
- нарушение эрекции.

Побочные эффекты часто бывают временными и проходят сами по себе. Однако всегда есть риск, что какой-нибудь побочный эффект сохранится надолго или не пройдет никогда. Обсудите со своим врачом вероятность возникновения у вас этих и других побочных эффектов, например нарушений со стороны кишечника, и узнайте, как их можно предотвратить и лечить.

Задержка мочеиспускания

Задержка мочеиспускания — это невозможность полностью опорожнить мочевой пузырь. Даже сразу после мочеиспускания остается ощущение наполненности мочевого пузыря.

Недержание мочи

Недержанием называют неспособность контролировать вытекание мочи из мочевого пузыря. Существуют разные степени недержания.

Нарушение эрекции

Нарушение эрекции или импотенция — это неспособность достигать или сохранять эрекцию. После операции эректильная функция может быть почти такой же, как была раньше, однако возможно ее ухудшение. Проведение нервосберегающей операции позволяет сохранить нормальную эректильную функцию и избежать проблем с мочеиспусканием.

Краткое содержание

- Тщательное наблюдение (выжидательная тактика) заключается в контроле за состоянием опухоли. Цель такого подхода — начать симптоматическое лечение до того, как появятся или усилятся вызываемые опухолью симптомы.
- При активном наблюдении врачи следят за состоянием опухоли, чтобы вовремя начать противоопухолевое лечение до того, как заболевание начнет прогрессировать. Цель лечения заключается в полном излечении пациента.
- Во время операции хирург удаляет опухоль вместе с некоторым количеством нормальной с виду ткани, расположенной вокруг ее границы. Эту ткань называют краем резекции. Цель операции — получить отрицательный край резекции (R0).
- В ходе радикальной простатэктомии удаляют предстательную железу вместе с семенными пузырьками. Тазовая лимфаденэктомия (ТЛАЭ) — это операция по удалению лимфатических узлов, расположенных рядом с предстательной железой.
- Гормональная терапия помогает бороться с опухолью, так как останавливает выработку тестостерона или блокирует функции тестостерона в организме. Гормональная терапия — основной вид системной терапии при регионарном и распространенном раке предстательной железы.
- Лучевая терапия действует за счет излучения, которое убивает опухолевые клетки или лишает их способности к делению.
- Клинические исследования проводятся для оценки безопасности и эффективности новых методов диагностики и лечения. В некоторых случаях участие в клиническом исследовании может оказаться предпочтительным вариантом лечения рака предстательной железы.

6

Первичное лечение для разных групп риска

45 Группы риска

46 Очень низкий риск

49 Низкий риск

50 Промежуточный риск

51 Промежуточный риск с благоприятным прогнозом

53 Промежуточный риск с неблагоприятным прогнозом

55 Высокий или очень высокий риск

58 Риск регионарных метастазов

60 После первичного лечения

60 Краткое содержание



Выбор варианта первичного лечения рака предстательной железы зависит от группы риска. Обсудив с вами предстоящее лечение, врач составит наиболее подходящий план лечения.

Первоначальным называется первый поставленный диагноз. Возможно, врач заподозрил, что у вас рак предстательной железы из-за отклонений от нормы при пальцевом ректальном исследовании или из-за повышенного уровня ПСА. Для подтверждения этого диагноза необходима биопсия предстательной железы. Чаще всего ее выполняют под контролем ТРУЗИ. Обычно эту процедуру проводит уролог. По результатам исследования биопсийного образца патоморфолог определяет первичный и вторичный баллы по шкале Глисона.

Группы риска

При определении группы риска учитывают не только результаты анализов крови, данные лучевой диагностики и биопсии, но и семейный анамнез. Врачи оценивают ожидаемую продолжительность жизни. При необходимости проводят генетические исследования. На основании всех этих факторов пациента относят к одной из групп риска.

Выделяют следующие первоначальные группы риска:

- очень низкий риск;
- низкий риск;
- промежуточный риск с благоприятным прогнозом;
- промежуточный риск с неблагоприятным прогнозом;
- высокий риск;
- очень высокий риск;
- риск регионарных метастазов.

Предпочтительные варианты лечения – это те, которые обладают наибольшей доказанной эффективностью.

Ожидаемая продолжительность жизни не более 5 лет

В некоторых случаях пациентам из определенных групп риска советуют подождать с началом обследований и лечения до появления симптомов.

Если у вас нет никаких симптомов, ожидаемая продолжительность жизни не превышает 5 лет, а риск оценивается как очень низкий, низкий или промежуточный, то обследования и лечение можно отложить.

Пациентам из группы высокого или очень высокого риска с ожидаемой продолжительностью жизни не более 5 лет необходимо проходить скintiграфию костей. Если есть подозрение, что опухоль распространилась на лимфатические узлы, назначают исследования брюшной полости и (или) малого таза методами лучевой диагностики.

Очень низкий риск

К группе очень низкого риска относятся те, у кого выполняются все перечисленные ниже условия:

- стадия T1c;
- прогностическая группа 1;
- ПСА менее 10 нг/мл;
- опухоль обнаружена в 1 или 2 биопсийных образцах, и в каждом из них она занимает не более половины;
- плотность ПСА менее 0,15 нг/мл/г.

Эксперты NCCN считают нецелесообразным излишнее лечение на таких ранних стадиях рака. Поэтому пациентам из группы очень низкого риска не назначают гормональную терапию и другие виды системной терапии. Возможные варианты зависят от ожидаемой продолжительности жизни ([см. справочную таблицу 5](#)).

Обследования в период тщательного наблюдения

- ✓ Анализ на ПСА каждые 6–12 месяцев в течение 5 лет, затем каждый год.
- ✓ Пальцевое ректальное исследование каждые 12 месяцев, но при неопределяемых уровнях ПСА его можно не проводить.

Справочная таблица 5.

Варианты первичной терапии в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни: группа очень низкого риска

Менее 10 лет	Тщательное наблюдение
От 10 до 20 лет	Активное наблюдение
20 и более лет	Активное наблюдение (предпочтительно)
	ДЛТ или брахитерапия
	Радикальная простатэктомия → <ul style="list-style-type: none"> • ДЛТ • ДЛТ + АДТ • Тщательное наблюдение

Ожидаемая продолжительность жизни менее 10 лет

Если ожидаемая продолжительность жизни составляет менее 10 лет, рекомендуется тщательное наблюдение.

Тщательное наблюдение

При ожидаемой продолжительности жизни менее 10 лет рекомендуется тщательное наблюдение. Такой вариант подходит тем, у кого есть более серьезные заболевания, а рак предстательной железы не вызывает никаких симптомов. В период тщательного наблюдения регулярно проводятся исследования, и если их результаты указывают на возможное появление симптомов, назначают паллиативную АДТ.

Ожидаемая продолжительность жизни от 10 до 20 лет

При ожидаемой продолжительности жизни от 10 до 20 лет рекомендуется активное наблюдение.

Активное наблюдение

Активное наблюдение рекомендуется пациентам с медленным прогрессированием заболевания и ожидаемой продолжительностью жизни от 10 до 20 лет. В период активного наблюдения регулярно проводятся обследования, в том числе биопсия, чтобы в случае необходимости сразу начать противоопухолевое лечение.

Чтобы решить, подходит ли вам такой вариант, ваш врач проанализирует результаты мпМРТ и (или) биопсии предстательной железы.

В [справочной таблице 6](#) перечислены исследования, которые проводятся в ходе активного наблюдения.

Ожидаемая продолжительность жизни 20 и более лет

При ожидаемой продолжительности жизни 20 и более лет возможны следующие варианты:

- активное наблюдение (предпочтительно);
- ДЛТ или брахитерапия;
- радикальная простатэктомия.

Активное наблюдение

Активное наблюдение — предпочтительный вариант для пациентов с медленным прогрессированием заболевания и ожидаемой продолжительностью жизни 20 и более лет. В перечень исследований в период активного наблюдения входят ПСА, пальцевое ректальное исследование, мпМРТ и биопсия. Все эти исследования проводятся на регулярной основе, чтобы в случае необходимости сразу начать противоопухолевое лечение.

Чтобы решить, подходит ли вам вариант с активным наблюдением, ваш врач должен проанализировать результаты следующих исследований:

- мпМРТ;
- биопсии предстательной железы.

**Справочная таблица 6.
Исследования в ходе активного наблюдения**

Анализ на ПСА не чаще чем каждые 6 месяцев или по мере необходимости

Пальцевое ректальное исследование не чаще чем каждые 12 месяцев или по мере необходимости

Повторная биопсия предстательной железы не чаще чем каждые 12 месяцев или по мере необходимости

Повторная мпМРТ не чаще чем каждые 12 месяцев или по мере необходимости

Лучевая терапия

При ожидаемой продолжительности жизни более 20 лет можно при желании вместо активного наблюдения сразу начать лечение. Со временем опухоль может прорасти за пределы предстательной железы и (или) могут появиться вызываемые опухолью симптомы.

Поскольку заранее нельзя быть уверенным, что этого не произойдет, можно сразу начать лечение, при этом одним из вариантов может быть лучевая терапия.

Для лечения пациентов из группы очень низкого риска применяют ДЛТ или брахитерапию.

Радикальная простатэктомия

Операция — еще один вариант для тех, кто предпочитает начать лечение вместо активного наблюдения и у кого ожидаемая продолжительность жизни превышает 20 лет. В ходе операции могут быть удалены и тазовые лимфатические узлы, если риск их поражения составляет 2 % и более. Ваш врач оценит этот риск с помощью номограммы.

Патоморфолог изучит ткани удаленной предстательной железы и определит, насколько распространилась опухоль в пределах этого органа. После операции у вас будут проверять уровень ПСА. Иногда после операции проводят лучевую или системную терапию.

Если вместо активного наблюдения вы выберете радикальную простатэктомию, то во время и после операции врачи будут оценивать наличие определенных признаков, называемых неблагоприятными факторами.

При наличии неблагоприятных факторов есть три варианта дальнейшего лечения:

- ДЛТ;
- ДЛТ + АДТ;
- тщательное наблюдение.

ДЛТ или тщательное наблюдение подходят тем, у кого есть факторы высокого риска. При проведении ДЛТ излучение будет направлено на те области, куда могли распространиться опухолевые клетки. В дополнение к ДЛТ может быть назначена андрогендепривационная терапия. Лечение начинают после заживления операционной раны.

Если по результатам исследований факторы высокого риска не обнаружены, дальнейшее лечение не понадобится.

Неблагоприятные факторы

- ✓ Опухолевые клетки в краях резекции.
- ✓ Прорастание опухоли за пределы наружной оболочки предстательной железы.
- ✓ Опухоль в семенных пузырьках.
- ✓ Определенный уровень ПСА — диапазон значений зависит от группы риска.

Контрольные обследования

Для контроля после завершения лечения проводятся следующие виды исследований:

- анализ на ПСА каждые 6–12 месяцев в течение 5 лет, затем один раз в год;
- пальцевое ректальное исследование каждые 12 месяцев.

Низкий риск

К группе низкого риска относятся те, у кого выполняются все перечисленные ниже условия:

- стадия T1 или T2a;
- прогностическая группа 1;
- ПСА менее 10 нг/мл.

Возможные варианты лечения зависят от ожидаемой продолжительности жизни. Варианты, подходящие пациентам с низким риском рецидива, перечислены в [справочной таблице 7](#).

Ожидаемая продолжительность жизни менее 10 лет

Если ожидаемая продолжительность жизни составляет менее 10 лет, рекомендуется тщательное наблюдение.

Тщательное наблюдение

При ожидаемой продолжительности жизни менее 10 лет рекомендуется тщательное наблюдение. Такой вариант подходит тем, у кого есть более серьезные заболевания, а рак предстательной железы не вызывает никаких симптомов. Тщательное наблюдение заключается в регулярном проведении исследований и назначении паллиативной АДТ при вероятном скором появлении симптомов.

Обследования в период тщательного наблюдения:

- уровень ПСА каждые 6–12 месяцев в течение 5 лет, затем один раз в год;
- пальцевое ректальное исследование каждые 12 месяцев, но если ПСА не обнаруживается, РПИ можно пропустить.

Ожидаемая продолжительность жизни 10 и более лет

При ожидаемой продолжительности жизни 10 и более лет возможны следующие варианты:

- активное наблюдение (предпочтительно);
- ДЛТ или брахитерапия;
- радикальная простатэктомия.

Активное наблюдение

Активное наблюдение — предпочтительный вариант для пациентов с медленным прогрессированием заболевания и ожидаемой продолжительностью жизни 10 и более лет.

Чтобы решить, подходит ли вам вариант с активным наблюдением, ваш врач должен проанализировать следующие данные:

- результаты мПМРТ;
- результаты биопсии предстательной железы;
- результаты молекулярного исследования опухоли.

Справочная таблица 7.

Варианты первичной терапии в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни: группа низкого риска

Менее 10 лет	Тщательное наблюдение
10 и более лет	Активное наблюдение (предпочтительный вариант)
	ДЛТ или брахитерапия
	Радикальная простатэктомия → При обнаружении неблагоприятных факторов выбирают один из следующих вариантов: <ul style="list-style-type: none"> • ДЛТ • ДЛТ + АДТ • Тщательное наблюдение

Лучевая терапия

При ожидаемой продолжительности жизни более 10 лет можно при желании вместо активного наблюдения сразу начать лечение. Со временем опухоль может прорасти за пределы предстательной железы и (или) могут появиться симптомы. Поскольку заранее нельзя быть уверенным, что этого не произойдет, можно сразу начать лечение, при этом одним из вариантов может быть лучевая терапия. Для лечения пациентов из группы низкого риска применяют ДЛТ или брахитерапию.

Радикальная простатэктомия

После радикальной простатэктомии иногда проводят адъювантную терапию. Адъювантной терапией называют лечение после операции, направленное на предотвращение рецидива. Выбор варианта определяется наличием факторов высокого риска (неблагоприятных) и метастазов в лимфатических узлах. Рак с метастазами в лимфатических узлах, расположенных рядом с предстательной железой, называют регионарным.

При наличии неблагоприятных факторов есть три варианта дальнейшего лечения:

- ДЛТ;
- ДЛТ + 6 месяцев АДТ;
- тщательное наблюдение.

ДЛТ или тщательное наблюдение подходят тем, у кого обнаружены факторы высокого риска, но нет метастазов в лимфатических узлах. При проведении ДЛТ облучение будет направлено на те области, куда могли распространиться опухолевые клетки. В дополнение к ДЛТ может быть назначена андрогендепривационная терапия. Лечение начинают после заживления операционной раны.

Если по результатам исследований факторы высокого риска не обнаружены, дальнейшее лечение не понадобится.

Контрольные обследования

Для контроля после завершения лечения проводятся следующие виды исследований:

- анализ на ПСА каждые 6–12 месяцев в течение 5 лет, затем один раз в год;
- пальцевое ректальное исследование каждые 12 месяцев.

Промежуточный риск

К группе промежуточного риска относятся те, у кого нет факторов высокого или очень высокого риска, но есть один или больше из следующих **факторов промежуточного риска**:

- стадия T2b или T2c;
- прогностическая группа 2 или 3;
- уровень ПСА от 10 до 20 нг/мл.

В группе промежуточного риска выделяют еще две группы — с благоприятным и неблагоприятным прогнозом.

Варианты лечения будут определяться тем, к какой из этих двух групп вы относитесь:

- к группе промежуточного риска с благоприятным прогнозом или
- к группе промежуточного риска с неблагоприятным прогнозом.

Промежуточный риск с благоприятным прогнозом

К группе промежуточного риска с благоприятным прогнозом относятся те, у кого выполняются все перечисленные ниже условия:

- есть 1 из факторов промежуточного риска;
- прогностическая группа 1 или 2;
- опухоль обнаружена менее чем в половине биопсийных образцов.

Treatment options are based on life expectancy (см. справочную таблицу 8).

Ожидаемая продолжительность жизни менее 10 лет

Если ожидаемая продолжительность жизни составляет менее 10 лет, возможны два варианта:

- тщательное наблюдение (предпочтительный вариант);
- ДЛТ или брахитерапия.

Тщательное наблюдение

Тщательное наблюдение — предпочтительный вариант для пациентов с ожидаемой продолжительностью жизни менее 10 лет и низкой вероятностью появления проблем из-за опухоли в предстательной железе. В период тщательного наблюдения регулярно проводятся исследования, и если их результаты указывают на возможное появление симптомов, назначают паллиативную АДТ.

Лучевая терапия

Лучевая терапия может быть подходящим вариантом для некоторых пациентов из группы промежуточного риска с благоприятным прогнозом. Возможно проведение ДЛТ или только брахитерапии.

Справочная таблица 8.

Варианты первичной терапии в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни: группа промежуточного риска с благоприятным прогнозом

Менее 10 лет	Тщательное наблюдение (предпочтительный вариант)
	ДЛТ или только брахитерапия
10 и более лет	Активное наблюдение
	ДЛТ или только брахитерапия
	Радикальная простатэктомия с ТЛАЭ или без нее <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">➔</div> <div> <p>При наличии неблагоприятных факторов и отсутствии метастазов в лимфатических узлах возможны следующие варианты:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ДЛТ в сочетании с АДТ или без нее • Тщательное наблюдение </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">➔</div> <div> <p>При наличии метастазов в лимфатических узлах возможны следующие варианты:</p> <ul style="list-style-type: none"> • АДТ в сочетании с ДЛТ или без нее • Тщательное наблюдение </div> </div>

Ожидаемая продолжительность жизни 10 или более лет

Если ожидаемая продолжительность жизни составляет 10 лет или более, возможны три варианта:

- активное наблюдение;
- ДЛТ или только брахитерапия;
- радикальная простатэктомия с ТЛАЭ или без нее.

Активное наблюдение

В период активного наблюдения регулярно проводятся обследования, чтобы при необходимости сразу начать лечение. Врачи должны внимательно наблюдать за состоянием пациентов из группы промежуточного риска с благоприятным прогнозом и отслеживать любые изменения. Активное наблюдение — один из вариантов для пациентов этой группы, но подходить к нему нужно с осторожностью.

Чтобы решить, подходит ли вам вариант с активным наблюдением, ваш врач должен проанализировать результаты следующих исследований:

- мпМРТ;
- биопсии предстательной железы.

Лучевая терапия

Лучевая терапия может быть подходящим вариантом для некоторых пациентов из группы промежуточного риска с благоприятным прогнозом. Возможно проведение ДЛТ или только брахитерапии.

Радикальная простатэктомия

При ожидаемой продолжительности жизни не менее 10 лет возможно проведение радикальной простатэктомии. В ходе операции могут быть удалены и тазовые лимфатические узлы, если риск их поражения составляет 2 % или больше. Ваш врач определит этот риск с помощью номограммы.

Патоморфолог изучит ткани удаленной предстательной железы и определит, насколько распространилась опухоль в пределах этого органа. Кроме того, необходимо оценивать уровень ПСА.

После радикальной простатэктомии иногда проводят адъювантную терапию. Адъювантной терапией называют лечение после операции, направленное на предотвращение рецидива. Выбор варианта определяется наличием факторов высокого риска (неблагоприятных) и метастазов в лимфатических узлах. Рак с метастазами в лимфатических узлах, расположенных рядом с предстательной железой, называют регионарным.

При наличии неблагоприятных факторов и отсутствии метастазов в лимфатических узлах возможны следующие варианты:

- ДЛТ в сочетании с АДТ или без нее;
- тщательное наблюдение.

При проведении ДЛТ облучение будет направлено на те области, куда могли распространиться опухолевые клетки. В дополнение к ДЛТ может быть назначена андрогендепривационная терапия. Лечение начинают после заживления операционной раны.

Если по результатам исследований факторы высокого риска и метастазы в лимфатических узлах не обнаружены, дальнейшее лечение не понадобится. Можно перейти к тщательному наблюдению.

При наличии метастазов в лимфатических узлах возможны следующие варианты лечения:

- АДТ в сочетании с ДЛТ или без нее;
- тщательное наблюдение.

Задача АДТ — подавить выработку тестостерона или заблокировать его действие в организме. В дополнение к АДТ может быть назначена ДЛТ. При проведении ДЛТ облучение направляют на те области, куда могли распространиться опухолевые клетки. Тщательное наблюдение подходит тем пациентам, у которых опухоль не вызывает симптомов.

Промежуточный риск с неблагоприятным прогнозом

К группе промежуточного риска с неблагоприятным прогнозом относятся те, у кого выполняется одно или несколько из перечисленных ниже условий:

- есть 2 или больше факторов промежуточного риска;
- прогностическая группа 3;
- опухоль обнаружена более чем в половине биопсийных образцов.

Возможные варианты лечения зависят от ожидаемой продолжительности жизни. Варианты, подходящие пациентам из группы промежуточного риска с неблагоприятным прогнозом, приведены в [справочной таблице 9](#).

Справочная таблица 9.

Варианты первичной терапии в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни: группа промежуточного риска с неблагоприятным прогнозом

Менее 10 лет	Тщательное наблюдение (предпочтительный вариант)	
	ДЛТ + 4–6 месяцев АДТ	
	ДЛТ + брахитерапия	
	ДЛТ + брахитерапия и 4–6 месяцев АДТ	
10 и более лет	Радикальная простатэктомия с ТЛАЭ или без нее	➔ При наличии неблагоприятных факторов и отсутствии метастазов в лимфатических узлах возможны следующие варианты: <ul style="list-style-type: none"> • ДЛТ в сочетании с АДТ или без нее • Тщательное наблюдение
		➔ При наличии метастазов в лимфатических узлах возможны следующие варианты: <ul style="list-style-type: none"> • АДТ в сочетании с ДЛТ или без нее • Тщательное наблюдение
	ДЛТ + 4–6 месяцев АДТ	
	ДЛТ + брахитерапия	
	ДЛТ + брахитерапия и 4–6 месяцев АДТ	

Ожидаемая продолжительность жизни менее 10 лет

Если ожидаемая продолжительность жизни составляет менее 10 лет, возможны четыре варианта:

- тщательное наблюдение (предпочтительный вариант);
- ДЛТ + 4–6 месяцев АДТ;
- ДЛТ + брахитерапия;
- ДЛТ + брахитерапия и 4–6 месяцев АДТ.

Тщательное наблюдение

Тщательное наблюдение — предпочтительный вариант для пациентов с ожидаемой продолжительностью жизни менее 10 лет. За эти 10 лет опухоль, возможно, не вырастет до такой степени, чтобы из-за нее появились проблемы. В период тщательного наблюдения регулярно проводятся обследования, и если их результаты указывают на возможное появление симптомов, то назначают симптоматическое лечение, а именно паллиативную АДТ. В ходе тщательного наблюдения контролируют уровень ПСА и проводят пальцевое ректальное исследование. Активное наблюдение пациентам из этой группы не рекомендовано.

Лучевая терапия

Один из вариантов лечения для всех пациентов из группы промежуточного риска с неблагоприятным прогнозом — лучевая терапия. При промежуточном риске можно использовать низкодозную или высокодозную брахитерапию в сочетании с ДЛТ. В дополнение к лучевой терапии врач может назначить вам АДТ.

Ожидаемая продолжительность жизни 10 и более лет

При ожидаемой продолжительности жизни 10 и более лет возможны следующие варианты:

- радикальная простатэктомия с ТЛАЭ или без нее;
- ДЛТ + 4–6 месяцев АДТ;
- ДЛТ + брахитерапия;
- ДЛТ + брахитерапия и 4–6 месяцев АДТ.

Радикальная простатэктомия

Один из вариантов лечения при ожидаемой продолжительности жизни не менее 10 лет — радикальная простатэктомия. В ходе операции могут быть удалены и тазовые лимфатические узлы (ТЛАЭ), если риск их поражения составляет 2 % или больше. Ваш врач определит этот риск с помощью номограммы.

Ткани, удаленные во время операции, отправят на исследование патоморфологу, чтобы узнать, насколько далеко распространился опухолевый процесс. После операции у вас также будут проверять уровень ПСА. Иногда после операции проводят дополнительное лечение. Такое лечение называется адъювантной терапией.

Цель адъювантной терапии — предотвратить рецидив опухоли. Такую терапию проводят после первичного лечения, например после операции, как в этом случае. Выбор варианта адъювантной терапии зависит от присутствия факторов высокого риска или неблагоприятных факторов, а также от наличия метастазов в лимфатических узлах. Неблагоприятные факторы указывают на то, что не всю опухоль удалось удалить в ходе операции.

Если при патоморфологическом исследовании не обнаружено никаких неблагоприятных факторов, нет метастазов в лимфатических узлах и анализы показывают низкий или неопределяемый уровень ПСА, значит, можно перейти к тщательному наблюдению.

Если неблагоприятные факторы присутствуют, но нет метастазов в лимфатических узлах, возможны два варианта дальнейших действий после операции:

- ДЛТ в сочетании с АДТ или без нее;
- тщательное наблюдение.

При проведении ДЛТ облучение направляют на те области, куда могли распространиться опухолевые клетки. В дополнение к ДЛТ может быть назначена андрогендепривационная терапия. Лечение начинают после заживления операционной раны.

Если обнаружено поражение лимфатических узлов, возможны следующие варианты:

- АДТ в сочетании с ДЛТ или без нее;
- тщательное наблюдение.

При неопределяемых уровнях ПСА подходящим вариантом будет тщательное наблюдение. При повышении уровней ПСА можно начать АДТ или лучевую терапию.

Лучевая терапия

Один из вариантов лечения для всех пациентов из группы промежуточного риска с неблагоприятным прогнозом — лучевая терапия. При промежуточном риске можно использовать низкодозную или высокодозную брахитерапию в сочетании с ДЛТ. В дополнение к лучевой терапии врач может назначить вам АДТ.

Высокий или очень высокий риск

К группе высокого риска относятся те, у кого выполняется одно из перечисленных ниже условий:

- стадия Т3а;
- прогностическая группа 4;
- прогностическая группа 5;
- ПСА больше 20 нг/мл.

К группе очень высокого риска относятся те, у кого выполняется одно из перечисленных ниже условий:

- стадия Т3b или Т4;
- первичный балл Глисона равен 5;
- более 4 биопсийных образцов с прогностической группой 4 или 5.

Пациентам с раком предстательной железы из групп высокого или очень высокого риска требуется более агрессивное лечение ([см. справочную таблицу 10](#)).

Возможные варианты лечения различаются для следующих ситуаций:

- ожидаемая продолжительность жизни 5 лет и менее при отсутствии симптомов;
- ожидаемая продолжительность жизни более 5 лет или наличие симптомов.

Ожидаемая продолжительность жизни 5 лет и менее при отсутствии симптомов

Если ожидаемая продолжительность жизни не превышает 5 лет, при этом вызываемые опухолью симптомы отсутствуют:

- тщательное наблюдение;
- АДТ;
- ДЛТ.

Тщательное наблюдение

Тщательное наблюдение подходит большинству пациентов. В период тщательного наблюдения регулярно проводятся исследования, и если их результаты указывают на возможное появление симптомов, то назначают паллиативную АДТ.

Гормональная терапия

Возможен вариант назначения АДТ. Андрогендепривационная терапия представляет собой хирургическую или медицинскую кастрацию. Хирургическая операция по удалению яичек называется орхиэктомией. Другие виды АДТ — это системная терапия (применение лекарственных препаратов).

Лучевая терапия

Возможен вариант назначения ДЛТ.

Справочная таблица 10.

Варианты первичной терапии в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни: группа высокого или очень высокого риска

5 лет и менее при отсутствии симптомов	Тщательное наблюдение	
	АДТ	
	ДЛТ	
Более 5 лет или наличие симптомов	ДЛТ + 1,5–3 года АДТ. При очень высоком риске может быть дополнительно назначен доцетаксел	
	ДЛТ + брахитерапия и 1–3 года АДТ	
	Радикальная простатэктомия с ТЛЭА	➔ При наличии неблагоприятных факторов и отсутствии метастазов в лимфатических узлах возможны следующие варианты: <ul style="list-style-type: none"> • ДЛТ в сочетании с АДТ или без нее • Тщательное наблюдение
		➔ При наличии метастазов в лимфатических узлах возможны следующие варианты: <ul style="list-style-type: none"> • АДТ в сочетании с ДЛТ или без нее • Тщательное наблюдение

Ожидаемая продолжительность жизни более 5 лет или наличие симптомов

Если ожидаемая продолжительность жизни превышает 5 лет или имеются симптомы, возможны три варианта:

- ДЛТ + 1,5–3 года АДТ (так называемая длительная АДТ);
- ДЛТ + брахитерапия + 1–3 года АДТ (длительная АДТ). При очень высоком риске может быть дополнительно назначен доцетаксел;
- радикальная простатэктомия с ТЛАЭ.

Лучевая терапия

Вариант 1 — ДЛТ на область предстательной железы и тазовых лимфатических узлов в сочетании с длительной АДТ. При назначении АДТ ее проводят в течение 1,5–3 лет до, во время и после лучевой терапии. Одной только АДТ недостаточно.

Вариант 2 — ДЛТ в сочетании с брахитерапией и длительной АДТ. При назначении АДТ ее проводят в общей сложности в течение 1–3 лет до, во время и после лучевой терапии. Одной только АДТ недостаточно.

Радикальная простатэктомия

При ожидаемой продолжительности жизни более 5 лет подходящим вариантом может быть радикальная простатэктомия с удалением тазовых лимфатических узлов (ТЛАЭ). Чтобы решить, будет ли этот вариант оптимальным, учитывают возраст и общее состояние здоровья.

Ткани, удаленные во время этой операции, отправят на исследование патоморфологу, чтобы узнать, насколько далеко распространился опухолевый процесс. После операции у вас также будут проверять уровень ПСА. Иногда после операции проводят дополнительное лечение. Такое лечение называется адъювантной терапией.

Цель адъювантной терапии — предотвратить рецидив опухоли. Выбор варианта адъювантной терапии после радикальной простатэктомии зависит от наличия неблагоприятных факторов (факторов высокого риска) и метастазов в лимфатических узлах.

Если исследования не выявят неблагоприятных факторов и метастазов в лимфатических узлах, дальнейшее лечение не понадобится. Врачи будут следить за состоянием опухоли.

Если исследования покажут, что неблагоприятные факторы имеются, но в лимфатических узлах нет метастазов, возможны следующие варианты:

- ДЛТ в сочетании с АДТ или без нее;
- тщательное наблюдение.

При проведении ДЛТ облучение направляют на те области, куда могли распространиться опухолевые клетки. Лечение начинают после заживления операционной раны. В дополнение к ДЛТ может быть назначена андрогендепривационная терапия.

Если обнаружено поражение лимфатических узлов, возможны следующие варианты:

- АДТ в сочетании с ДЛТ или без нее;
- тщательное наблюдение.

Первый вариант — сразу начать АДТ. В дополнение к АДТ иногда проводят ДЛТ. При неопределяемых уровнях ПСА подходящим вариантом будет переход к тщательному наблюдению. При повышении уровня ПСА можно начать паллиативную АДТ.

Риск регионарных метастазов

Регионарный рак иногда описывают как поражение лимфатических узлов, потому что для этой стадии рака характерно распространение опухоли предстательной железы на соседние лимфатические узлы (N1). На этой стадии опухолевый процесс еще не распространился на отдаленные части тела (M0). Опухоль на этой стадии может быть любого размера (любая T) и может быть обнаружена при радикальной простатэктомии, ТЛАЭ или других исследованиях. Цель лечения на этом этапе — предотвратить или замедлить распространение опухоли на другие части тела (см. справочную таблицу 11).

Возможные варианты лечения различаются для следующих ситуаций:

- ожидаемая продолжительность жизни 5 лет и менее И отсутствие симптомов;
- ожидаемая продолжительность жизни более 5 лет ИЛИ наличие симптомов.

Ожидаемая продолжительность жизни 5 лет и менее при отсутствии симптомов

Если ожидаемая продолжительность жизни не превышает 5 лет, при этом нет никаких симптомов, возможны два варианта:

- тщательное наблюдение;
- АДТ.

Тщательное наблюдение

В период тщательного наблюдения регулярно проводятся исследования, и если их результаты указывают на возможное появление симптомов, то назначают паллиативную АДТ.

Гормональная терапия

Один из вариантов — АДТ.

Справочная таблица 11.

Варианты первичной терапии в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни: группа риска регионарных метастазов

5 лет и менее при отсутствии симптомов	Тщательное наблюдение	
	АДТ	
Более 5 лет или наличие симптомов	ДЛТ + АДТ (предпочтительный вариант)	Контрольные обследования после лечения: <ul style="list-style-type: none"> • Физикальное обследование с анализом на ПСА каждые 3–6 месяцев • Исследования методами лучевой диагностики при появлении симптомов или повышении уровня ПСА
	ДЛТ + АДТ и абиратерон	
	ДЛТ + АДТ и микронизированный абиратерон	
	АДТ + абиратерон	
	АДТ + микронизированный абиратерон	

Ожидаемая продолжительность жизни более 5 лет или наличие симптомов

При ожидаемой продолжительности жизни более 5 лет или при появлении симптомов, вызванных раком предстательной железы, возможны следующие варианты лечения:

- ДЛТ + АДТ (предпочтительный вариант);
- ДЛТ + АДТ и абиратерон;
- ДЛТ + АДТ и микронизированный абиратерон;
- АДТ + абиратерон;
- АДТ + микронизированный абиратерон.

Лучевая терапия

Предпочтительный вариант лечения — ДЛТ в сочетании с АДТ. При проведении ДЛТ облучают первичную опухоль, находящуюся в предстательной железе.

Гормональная терапия

Андрогендепривационная терапия (АДТ) представляет собой хирургическую или медицинскую кастрацию. Хирургическая операция по удалению яичек называется орхиэктомией. Другие виды АДТ — это системная терапия (применение лекарственных препаратов). Оба метода одинаково эффективны. АДТ может применяться в качестве самостоятельного метода лечения или в сочетании с другими вариантами гормональной терапии.

Контрольные обследования

После окончания лечения регулярно проводят контрольные обследования.

В объем такого контрольного обследования входят:

- физикальное обследование с анализом на ПСА каждые 3–6 месяцев;
- исследования методами лучевой диагностики при появлении симптомов или повышении уровня ПСА.

Исследования в период тщательного наблюдения

- ✓ Анализ на ПСА каждые 6–12 месяцев в течение 5 лет, затем каждый год.
- ✓ Пальцевое ректальное исследование каждые 12 месяцев, но при неопределяемых уровнях ПСА его можно не проводить.

После первичного лечения

После того как первичное лечение закончится, проводят контрольные обследования, чтобы не пропустить повторного появления опухоли (рецидива). Объем контрольных обследований зависит от первичного лечения.

Если в качестве первичного лечения проведена ДЛТ, ДЛТ в сочетании с АДТ (не более 4–6 месяцев) или радикальная простатэктомия, то выполняют следующие исследования:

- анализ на ПСА каждые 6–12 месяцев в течение 5 лет, затем один раз в год;
- пальцевое ректальное исследование каждые 12 месяцев.

Иногда уровень ПСА определяют чаще. При неопределяемом уровне ПСА пальцевое ректальное исследование можно не проводить.

Если в лимфатических узлах есть метастазы (N1) и в настоящее время проводится АДТ или тщательное наблюдение, а также если метастазы в лимфатических узлах обнаружены после радикальной простатэктомии, в объем контрольных обследований входят:

- физикальное обследование с анализом на ПСА каждые 3–6 месяцев;
- исследования методами лучевой диагностики при появлении симптомов или повышении уровня ПСА.

В случае выявления рецидива проводят лучевую диагностику и другие виды исследований.

Краткое содержание

- Пациентам с ожидаемой продолжительностью жизни не более 5 лет рекомендуется тщательное наблюдение.
- Один из вариантов для пациентов из группы очень низкого / низкого риска или промежуточного риска с благоприятным прогнозом — не начинать лечение сразу, поскольку опухоль, возможно, на протяжении всей жизни не вызовет никаких симптомов. Другими вариантами могут быть лучевая терапия и операция.
- Возможные варианты при промежуточном риске (с благоприятным или неблагоприятным прогнозом) — тщательное наблюдение, лучевая терапия или операция.
- Пациентам из групп высокого или очень высокого риска требуется более агрессивное лечение. В этих случаях проводят лучевую терапию или операцию. Тем, у кого первичным методом лечения была операция, после нее часто требуется лучевая терапия. Иногда к лучевой терапии добавляют длительную гормональную терапию. Еще один возможный вариант — тщательное наблюдение.
- Пациентам с регионарным раком подходят тщательное наблюдение, гормональная терапия или лучевая терапия.

7

Принятие решений о лечении

62 Выбор за вами

62 Какие вопросы задать врачу

69 Веб-сайты



Важно, чтобы вы были уверены в правильности выбранного варианта лечения. Прежде всего необходим открытый и честный разговор с врачом, который поможет вам сделать выбор.

Выбор за вами

В процессе совместного принятия решения вы обмениваетесь информацией со своими врачами, обсуждаете возможные варианты и приходите к общему мнению относительно плана лечения. Первый шаг при выборе плана лечения — открытый и честный разговор с врачом.

Решения о выборе лечения очень индивидуальны. То, что важно для вас, может не иметь особого значения для других людей.

Есть ряд факторов, которые могут играть определенную роль при принятии решения:

- ваши личные пожелания и чем они могут отличаться от того, чего хотят другие;
- ваши религиозные и духовные убеждения;
- ваше отношение к определенным видам лечения, например к хирургическим вмешательствам и химиотерапии;
- ваше отношение к боли и побочным эффектам, таким как тошнота и рвота;
- стоимость лечения, необходимость поездок в лечебные учреждения и продолжительность периода нетрудоспособности;
- качество жизни и ее продолжительность;
- ваш уровень активности и то, какие именно виды деятельности для вас особенно важны.

Подумайте о том, чего вы ожидаете от лечения. Открыто обсудите все риски и преимущества конкретных лекарственных препаратов и процедур. Взвесьте все доступные варианты и поговорите со своим врачом, если у вас возникнут какие-нибудь сомнения. Если вы выстроите доверительные отношения со своим врачом, то будете чувствовать его поддержку при рассмотрении разных вариантов и принятии решений о лечении.

Второе мнение

Вполне естественно желание начать лечение как можно скорее. Хотя онкологическое заболевание нельзя игнорировать, всегда есть время показать результаты исследований другому врачу, чтобы он предложил свой план лечения. Такая процедура называется получением второго мнения, и это обычная практика в онкологии. Даже врачи, когда заболевают, хотят получить второе мнение.

Что вы можете для этого сделать:

- узнайте у своей страховой компании о том, как они компенсируют стоимость обращения за вторым мнением. Возможно, вам придется самостоятельно оплачивать консультации врачей, не включенных в ваш план страхования;
- позаботьтесь о том, чтобы копии всех ваших медицинских документов были отправлены тому врачу, который должен будет высказать второе мнение.

Группы поддержки

Многие пациенты с онкологическими диагнозами считают группы поддержки полезными. В группах поддержки обычно есть пациенты, находящиеся на разных этапах лечения. Некоторые из них только узнали о своем диагнозе, а другие уже закончили лечение. Если в вашей больнице или по месту жительства нет групп поддержки для онкологических пациентов, зайдите на веб-сайты, которые перечислены в конце этой брошюры.

Какие вопросы задать врачу

На следующих страницах приведены примеры вопросов, которые стоит задать врачу. Можете использовать готовые вопросы или сформулировать свои собственные. Четко изложите свои цели и узнайте у врачей, чего вы можете ожидать от лечения.

Вопросы об исследованиях и стадировании

1. Какие виды исследований мне необходимы? Какие еще исследования вы рекомендуете? Почему?
2. Когда мне выполнят биопсию? Сколько раз мне будут делать биопсию, один или больше? Какие риски связаны с этой процедурой?
3. Нужны ли мне генетические исследования?
4. Как скоро я узнаю результаты и кто сможет мне их объяснить?
5. Кто расскажет мне о дальнейших действиях? Когда?
6. Что вы можете сделать, чтобы устранить неприятные ощущения, которые могут появиться у меня во время исследований?
7. Дадите ли вы мне копию патоморфологического заключения и других результатов?
8. Какая у меня стадия заболевания? Что это значит с точки зрения выживаемости?
9. Какая у опухоли прогностическая группа? Значит ли это, что опухоль будет быстро расти и распространяться?
10. Могу ли я надеяться на полное излечение? Если нет, насколько эффективно лечение может остановить прогрессирование?

Вопросы о лечении

1. Какие варианты лечения мне подходят? Каковы преимущества и риски у каждого из вариантов?
2. Какой вариант лечения вы мне рекомендуете и почему?
3. Сколько времени у меня есть на принятие решения?
4. Как влияют на выбор вариантов лечения мой возраст, состояние здоровья и другие факторы?
5. Когда начнется лечение? Как долго оно будет продолжаться?
6. Сколько будет стоить это лечение? Какие расходы покрывает моя страховка?
7. Какова вероятность, что болезнь вернется? Какие методы лечения можно использовать в случае рецидива?
8. Мне бы хотелось получить второе мнение. Можете ли вы мне кого-нибудь порекомендовать?
9. Какой из вариантов обеспечит мне наиболее высокое качество жизни?
10. Чего мне следует избегать во время лечения и к чему относиться с осторожностью?

Вопросы хирургу об операции

1. Какого типа операция мне предстоит? Сколько таких операций вы сделали?
2. Что у меня удалят в ходе операции?
3. Долго ли я буду восстанавливаться после операции?
4. Насколько это лечение болезненно? Что вы будете делать, чтобы я не испытывал боли?
5. Как операция повлияет на мочевой пузырь? Надолго ли мне установят катетер?
6. Что вы можете сделать, чтобы устранить дискомфорт от катетера?
7. Как операция повлияет на способность достигать эрекции и сохранять ее?
8. Какова вероятность, что у меня долго будут проблемы с мочеиспусканием?
9. Какие еще побочные эффекты возможны после операции?
10. Какое лечение я буду получать до операции, во время и после операции?

Вопросы о лучевой терапии

1. Какого типа лучевая терапия мне предстоит?
2. Что вы собираетесь облучать — только предстательную железу или еще и лимфатические узлы?
3. Будете ли вы одновременно с лучевой терапией проводить мне гормональную терапию? Если да, то как долго она будет продолжаться?
4. Сколько лечебных сеансов будет в ходе лучевой терапии? Можно ли сократить курс облучения?
5. Проводите ли вы здесь брахитерапию? Если нет, то можете ли порекомендовать мне специалиста, который это делает?
6. Чем отличается лучевая терапия от операции с точки зрения вероятности полного излечения?
7. Как облучение повлияет на мочевой пузырь?
8. Как облучение повлияет на кишечник?
9. Как облучение повлияет на сексуальную функцию?
10. Какие еще возможны побочные эффекты от лучевой терапии?

Вопросы о побочных эффектах

1. Какие у лечения могут быть побочные эффекты?
2. Какова вероятность того, что у меня будет задержка мочеиспускания, недержание мочи, проблемы с кишечником или нарушение эрекции из-за роста опухоли в предстательной железе или из-за проводимого лечения?
3. Как долго будут сохраняться эти побочные эффекты?
4. Что я могу сделать, чтобы ослабить побочные эффекты или предотвратить их появление?
5. Какие лекарственные препараты можно будет принимать для предотвращения или ослабления побочных эффектов?
6. Что я могу делать, чтобы устранить боль или другие побочные эффекты? Что для этого будете делать вы?
7. Если у меня появятся побочные эффекты, будете ли вы прекращать лечение или менять его? На что вы ориентируетесь?
8. За чем мне нужно следить, чтобы не пропустить появление побочных эффектов? В каких случаях следует вам позвонить? Можно ли написать текстовое сообщение?
9. Какие побочные эффекты после лечения могут сохраняться пожизненно и будут необратимыми?
10. Какие лекарственные препараты могут ухудшить побочные эффекты?

Вопросы о клинических исследованиях

1. В какие клинические исследования сейчас набирают участников с таким типом опухоли и такой стадией, как у меня?
2. Какие методы лечения применяют в этих клинических исследованиях?
3. На что направлено это лечение?
4. Применялся ли этот метод раньше? Применяли ли его для лечения других видов рака?
5. Каковы риски и преимущества этого лечения?
6. Появления каких побочных эффектов можно ожидать? Как исследователи собираются облегчать эти побочные эффекты?
7. Сколько продлится участие в этом исследовании?
8. Смогу ли я получить другое лечение, если то, которое проводят в клиническом исследовании, не даст результата?
9. Как вы узнаете, помогает ли мне это лечение?
10. Придется ли мне платить за что-нибудь во время участия в клиническом исследовании? Если да, то в каком размере?

Веб-сайты

American Cancer Society

cancer.org/cancer/prostatecancer/index

California Prostate Cancer Coalition (CPCC)

prostatecalif.org

Malecare Cancer Support

malecare.org

National Alliance of State Prostate Cancer Coalitions (NASPCC)

naspcc.org

National Coalition for Cancer Survivorship

Canceradvocacy.org/toolbox

National Prostate Cancer Awareness Foundation (PCaAware)

pcaaware.org

Номограммы для оценки риска

nomograms.mskcc.org/Prostate/index.aspx

Prostate Cancer Foundation

pcf.org

Prostate Conditions Education Council (PCEC)

prostateconditions.org

Prostate Health Education Network (PHEN)

prostatehealthed.org

Urology Care Foundation

urologyhealth.org

Us TOO International Prostate Cancer Education and Support Network

ustoo.org/Home

Veterans Prostate Cancer Awareness

vetsprostate.org

ZERO - The End of Prostate Cancer

zerocancer.org



Пояснение терминов

Агонисты лютеинизирующего гормона рилизинг-гормона (ЛГРГ)

Группа препаратов, подавляющих выработку тестостерона яичками за счет воздействия на отвечающую за этот процесс область головного мозга.

Активное наблюдение

Регулярное проведение обследований для выявления изменений в состоянии опухоли, чтобы при необходимости начать противоопухолевое лечение.

Андрогендепривационная терапия (АДТ)

Лечение, основанное на удалении яичек или подавлении выработки ими тестостерона. Прекращение выработки тестостерона достигается хирургическим методом или при помощи лекарственных препаратов.

Антагонисты лютеинизирующего гормона рилизинг-гормона (ЛГРГ)

Группа препаратов, подавляющих выработку тестостерона яичками за счет воздействия на отвечающую за этот процесс область головного мозга.

Антиандрогены

Препараты, которые блокируют действие тестостерона.

Баллы по Глисону

Показатель того, насколько клетки опухоли предстательной железы отличаются от нормальных. Патоморфолог оценивает клетки по шкале от 1 (наилучший вариант) до 5 баллов (наихудший вариант) на основании их способности формировать железы. Первичный балл отражает наиболее распространенный тип клеток, а вторичный — второй по распространенности. Сумма первичного и вторичного баллов (суммарный балл Глисона) показывает, к какой прогностической группе относится опухоль.

Биопсия

Процедура извлечения образцов жидкости или плотной ткани для исследования на наличие заболевания.

Брахитерапия

Лечение с помощью источника излучения, размещаемого рядом с опухолью или внутри нее. Другое название — внутритканевая лучевая терапия.

Время удвоения (ВУ) уровня простатспецифического антигена

Время, за которое уровень ПСА (белка, вырабатываемого предстательной железой) увеличивается вдвое.

Вспышка

Временный подъем уровня тестостерона после начала лечения для снижения его количества в организме.

Высокодозная брахитерапия (ВБТ)

Лечение с помощью источников радиоактивного излучения, которые удаляют после завершения лечебного сеанса.

Гормональная терапия

Противоопухолевое лечение, направленное на прекращение выработки гормонов или блокирование их функции в организме. При лечении гормонально-зависимых опухолей у женщин этот метод называют также эндокринной терапией. При лечении опухолей у мужчин этот метод называют также андрогендепривационной терапией.

Двойная энергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДРА)

Метод диагностики, позволяющий получать изображения костей скелета с помощью введенной радиоактивной метки. Другое название — денситометрия костей.

Двусторонняя орхиэктомия

Операция по удалению обоих яичек.

Дистанционная лучевая терапия (ДЛТ)

Лечение рака с помощью излучения, генерируемого установкой, расположенной вне тела пациента.

Задержка мочеиспускания

Патологическое состояние, при котором моча не выделяется из мочевого пузыря.

Интермиттирующая терапия

Чередование периодов лечения с периодами без лечения.

Кастрация

Хирургическая операция по удалению яичек или применение препаратов, подавляющих их функцию. Цель кастрации — поддерживать низкий или почти нулевой уровень тестостерона.

Компьютерная томография (КТ)

Метод диагностики, позволяющий получать изображения внутренних органов с помощью рентгеновских лучей, направляемых под разными углами.

Край резекции

Участок здоровой ткани вокруг опухоли, удаленный вместе с ней во время операции.

Лучевая терапия

Лечение рака с помощью излучения с высокой энергией.

Лучевая терапия под контролем изображений (IGRT)

Лечение с использованием излучения, которое направляют на опухоль при помощи методов визуализации.

Лучевая терапия с модуляцией интенсивности (IMRT)

Лечение с использованием небольших пучков излучения, имеющих разную интенсивность.

Магнитно-резонансная томография (МРТ)

Метод диагностики, основанный на получении изображений внутренних органов с помощью радиоволн и сильного магнитного поля.

Метастазирование

Распространение опухолевых клеток из первичной опухоли в другие части тела с образованием новых опухолей.

Мультипараметрическая магнитно-резонансная томография (мпМРТ)

Метод диагностики, позволяющий определять сразу много характеристик тканей.

Нарушение эрекции

Недостаточный приток крови к половому члену, из-за чего он не приобретает или не сохраняет необходимую твердость.

Недержание мочи

Патологическое состояние, при котором человек не в состоянии контролировать мочеиспускание.

Нервосберегающая радикальная простатэктомия

Операция по удалению предстательной железы, в ходе которой не удаляют кавернозные сосудисто-нервные пучки или удаляют только один из них.

Низкодозная брахитерапия (НБТ)

Лечение с помощью источников излучения, которые вводят в опухоль и оставляют в ней. Со временем излучение прекращается.

Номограмма

Графический метод прогнозирования исхода заболевания на основании имеющейся медицинской информации.

Ожидаемая продолжительность жизни

Количество лет, которое человек может прожить, по прогнозам врачей.

Орхиэктомия

Операция по удалению одного или обоих яичек.

Пальцевое ректальное исследование (ПРИ)

Исследование предстательной железы путем прощупывания через стенку прямой кишки.

Персистенция рака

Наличие опухоли, оставшейся после недостаточно эффективного лечения.

Плотность простатспецифического антигена

Отношение уровня ПСА (белка, вырабатываемого предстательной железой) к объему предстательной железы.

Поддерживающая терапия

Медицинская помощь, направленная на облегчение симптомов, а не на лечение рака. Такую терапию называют также паллиативной или симптоматической.

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)

Метод диагностики, позволяющий увидеть форму и функционирование внутренних органов с помощью введенного радиоактивного вещества.

Промежность

У мужчины область тела между мошонкой и задним проходом.

Простатспецифический антиген (ПСА)

Белок, который преимущественно вырабатывается предстательной железой. Уровень ПСА измеряется в нанограммах на миллилитр.

Радикальная позадилоная простатэктомия

Операция, в ходе которой предстательную железу удаляют через один большой разрез, сделанный ниже пупка.

Радикальная промежностная простатэктомия

Операция, в ходе которой предстательную железу удаляют через один большой разрез, сделанный в области между мошонкой и задним проходом.

Рецидив

Возвращение рака после периода, когда признаки заболевания отсутствовали.

Семенной пузырек

Одна из двух желез мужской половой системы, вырабатывающих жидкость, с которой сперматозоиды выбрасываются при эякуляции.

Скорость нарастания ПСА

Показывает, как быстро уровень ПСА (белка, вырабатываемого предстательной железой) меняется с течением времени.

Тазовая лимфаденэктомия (ТЛАЭ)

Операция по удалению лимфатических узлов, расположенных между тазовыми костями.

Тестостерон

Гормон, помогающий мужским половым органам выполнять их функции.

Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ)

Метод диагностики, основанный на получении изображений предстательной железы с помощью звуковых волн, испускаемых датчиком через стенку прямой кишки.

Трехмерная конформная лучевая терапия (3D-КЛТ)

Лучевая терапия, в которой применяются пучки излучения, воспроизводящие форму опухоли.

Тщательное наблюдение

Период без лечения, когда проводят только обследования для выявления изменений в состоянии опухоли.

Ультразвуковое исследование (УЗИ)

Метод получения изображений внутренних структур тела с помощью звуковых волн высокой частоты.

Уретра

Трубнообразный орган, который выводит наружу мочу из мочевого пузыря; через него у мужчин также выбрасывается сперма.

Члены NCCN — участники издания

Настоящее руководство для пациентов составлено на основе клинических рекомендаций NCCN в области онкологии (NCCN Guidelines®), посвященных раку предстательной железы. В адаптации, редактировании и подготовке к публикации принимали участие следующие лица:

Дороти А. Шед, магистр наук,
директор отдела информации
для пациентов

Рейчел Кларк,
старший редактор
медицинских изданий

Стефани Ровито,
магистр общественного
здравоохранения,
сертифицированный
специалист по санитарному
просвещению,
медицинский писатель

Ким Уильямс,
руководитель креативного
отдела

Лаура Дж. Ханиш,
доктор психологии,
медицинский писатель /
специалист по информации для
пациентов

Таня Фишер, магистр
педагогике, магистр
библиотечно-
информационных ресурсов,
медицинский писатель

Сьюзен Кидни,
специалист по графическому
дизайну

Эрин Видич, магистр
искусств,
медицинский писатель

Клинические рекомендации NCCN в области онкологии (NCCN Guidelines®), посвященные раку предстательной железы, в редакции 2.2020 были разработаны следующими членами экспертной группы NCCN:

*Edward Schaeffer, MD, PhD/Chair
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University

Xin Gao, MD
Dana-Farber/Brigham and Women's
Cancer Center | Massachusetts General
Hospital Cancer Center

Sylvia Richey, MD
St. Jude Children's Research Hospital/
University of Tennessee
Health Science Center

*Sandy Srinivas, MD/Vice Chair
Stanford Cancer Institute

Celestia S. Higano, MD, FACP
Fred Hutchinson Cancer Research Center/
Seattle Cancer Care Alliance

Mack Roach III, MD
UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center

Emmanuel S. Antonarakis, MD
The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center at Johns Hopkins

Eric Mark Horwitz, MD
Fox Chase Cancer Center

*Stan Rosenfeld
Patient Advocate
University of California San Francisco
Patient Services Committee Chair

Andrew J. Armstrong, MD
Duke Cancer Institute

Joseph E. Ippolito, MD, PhD
Siteman Cancer Center at Barnes-
Jewish Hospital and Washington
University School of Medicine

Ahmad Shabsigh, MD
The Ohio State University Comprehensive
Cancer Center - James Cancer Hospital
and Solove Research Institute

Justin Bekelman, MD
Abramson Cancer Center
at the University of Pennsylvania

Christopher J. Kane, MD
UC San Diego Moores Cancer Center

Daniel Spratt, MD
University of Michigan
Rogel Cancer Center

Heather Cheng, MD, PhD
Fred Hutchinson Cancer Research Center/
Seattle Cancer Care Alliance

Michael Kuettel, MD, MBA, PhD
Roswell Park Cancer Institute

Benjamin A. Teply, MD
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Anthony Victor D'Amico, MD, PhD
Dana-Farber/Brigham and Women's
Cancer Center | Massachusetts General
Hospital Cancer Center

Joshua M. Lang, MD
University of Wisconsin
Carbone Cancer Center

*Jonathan Tward, MD, PhD
Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah

Brian J. Davis, MD, PhD
Mayo Clinic Cancer Center

Jesse McKenney, MD
Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer Center
and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

*Tanya Dorff, MD
City of Hope National Medical Center

George Netto, MD
O'Neal Comprehensive
Cancer Center at UAB

Персонал NCCN

Deborah Freedman-Cass, PhD
Manager, Licensed Clinical Content

Jame A. Eastman, MD
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Thomas A. Farrington
Patient Advocate
Prostate Health Education Network (PHEN)

David F. Penson, MD, MPH
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dorothy A. Shead, MS
Director, Patient Information Operations

Julio M. Pow-Sang, MD
Moffitt Cancer Center

* Редактирование данной брошюры для пациентов.

Порядок раскрытия информации описан на странице www.nccn.org/about/disclosure.aspx.

Онкологические центры в составе NCCN

Abramson Cancer Center
at the University of Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania
800.789.7366 • penncancer.org/cancer

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska
402.559.5600 • unmc.edu/cancercenter

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer
Center and Cleveland Clinic Taussig
Cancer Institute
Cleveland, Ohio
800.641.2422 • [UH Seidman Cancer Center](http://UHSeidmanCancerCenter.org)
uhhospitals.org/services/cancer-services
866.223.8100 • [CC Taussig Cancer Institute](http://CCTaussigCancerInstitute.org)
my.clevelandclinic.org/departments/cancer
216.844.8797 • [Case CCC](http://CaseCCC.case.edu/cancer)
case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center
Los Angeles, California
800.826.4673 • cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and
Women's Cancer Center
Boston, Massachusetts
617.732.5500
youhaveus.org

Massachusetts General Hospital
Cancer Center
617.726.5130
massgeneral.org/cancer-center

Duke Cancer Institute
Durham, North Carolina
888.275.3853 • dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center
Philadelphia, Pennsylvania
888.369.2427 • foxchase.org

Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah
Salt Lake City, Utah
800.824.2073
huntsmancancer.org

Fred Hutchinson Cancer
Research Center/Seattle
Cancer Care Alliance
Seattle, Washington
206.606.7222 • seattlecca.org
206.667.5000 • fredhutch.org

The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center at Johns Hopkins
Baltimore, Maryland
410.955.8964
www.hopkinskimmelcancercenter.org

Robert H. Lurie Comprehensive
Cancer Center of Northwestern
University
Chicago, Illinois
866.587.4322 • cancer.northwestern.edu

Mayo Clinic Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota
480.301.8000 • Arizona
904.953.0853 • Florida
507.538.3270 • Minnesota
mayoclinic.org/cancercenter

Memorial Sloan Kettering
Cancer Center
New York, New York
800.525.2225 • mskcc.org

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida
888.663.3488 • moffitt.org

The Ohio State University
Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and
Solove Research Institute
Columbus, Ohio
800.293.5066 • cancer.osu.edu

O'Neal Comprehensive
Cancer Center at UAB
Birmingham, Alabama
800.822.0933 • uab.edu/onealcancercenter

Roswell Park Comprehensive
Cancer Center
Buffalo, New York
877.275.7724 • roswellpark.org

Siteman Cancer Center at Barnes-
Jewish Hospital and Washington
University School of Medicine
St. Louis, Missouri
800.600.3606 • siteman.wustl.edu

St. Jude Children's Research Hospital
The University of Tennessee
Health Science Center
Memphis, Tennessee
866.278.5833 • stjude.org
901.448.5500 • uthsc.edu

Stanford Cancer Institute
Stanford, California
877.668.7535 • cancer.stanford.edu

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
858.822.6100 • cancer.ucsd.edu

UCLA Jonsson
Comprehensive Cancer Center
Los Angeles, California
310.825.5268 • cancer.ucla.edu

UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California
800.689.8273 • cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado
720.848.0300 • coloradocancercenter.org

University of Michigan
Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan
800.865.1125 • rogelcancercenter.org

The University of Texas
MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas
844.269.5922 • mdanderson.org

University of Wisconsin
Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
608.265.1700 • uwhealth.org/cancer

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas
214.648.3111 • utsouthwestern.edu/simmons

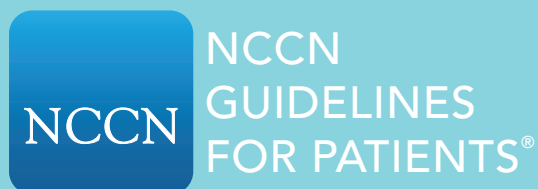
Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
877.936.8422 • vicc.org

Yale Cancer Center/
Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
855.4.SMILOW • yalecancercenter.org

Предметный указатель

- Активное наблюдение 32–33
- Андрогендепривационная терапия (АДТ) 39–40
- Баллы по Глисону 21
- Биопсия 14, 19–20
- Брахитерапия 37–38
- Генетические исследования 15
- Гормональная терапия 38–40
- Группы риска 22–29, 45
- Дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) 36
- Интермиттирующая АДТ 40
- Исследование биомаркеров 15
- Клиническая стадия (с) 22, 34
- Клинические исследования 42
- Лечение и профилактика костных осложнений 41
- Лучевая терапия 36–38
- Метастазы 8, 35
- Номограммы 29
- Ожидаемая продолжительность жизни 27, 45
- Операция 33–35
- Орхиэктомия 38
- Пальцевое ректальное исследование (ПРИ) 18
- Патоморфологическая стадия (р) 22, 34
- Прогностические группы 22
- Простатспецифический антиген (ПСА) 14, 18–19
- Простатэктомия 34–35
- Радикальная простатэктомия 34–35
- Система TNM (опухоль, лимфатические узлы, метастазы) 22–25
- Стадирование 18–25
- Стероиды 39–40
- Сцинтиграфия костей 13
- Тазовая лимфаденэктомия (ТЛАЭ) 35
- Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) 13, 20
- Тщательное наблюдение 32





Рак предстательной железы

Ранние стадии

2020

NCCN Foundation выражает глубокую благодарность поддерживавшим нас фармацевтическим компаниям AstraZeneca и Pfizer Inc., помощь которых сделала возможной публикацию этого руководства для пациентов (NCCN Guidelines for Patients). При работе над этой брошюрой мы также получали спонсорскую помощь от компании Clovis Oncology, Inc. Специалисты NCCN самостоятельно адаптируют содержание руководств для пациентов, обновляют их и размещают на своем веб-сайте. Поддержавшие нас компании не участвуют в разработке руководств NCCN для пациентов и не несут ответственности за содержание этого руководства и содержащиеся в нем рекомендации. Перевод выполнен при поддержке благотворительного фонда помощи взрослым «Живой», а также Клиники амбулаторной онкологии и гематологии д-ра Ласкова.



National Comprehensive
Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
215.690.0300

[NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients) — для пациентов | [NCCN.org](https://www.nccn.org) — для врачей