

Современные методы лечения рака предстательной железы. Показания радикальной простатэктомии.

С усилением скринингового контроля населения и внедрением в практику современных методов диагностики (определение ПСА, трансректального УЗИ с использованием ректальных датчиков, магнито-резонансной томографии и т.д.) число впервые диагностированных случаев РПЖ быстро увеличивается. Естественно, что при этом значительно возросло количество больных с локализованной стадией РПЖ.

Альтернативными методами лечения локализованного рака предстательной железы в настоящее время являются:

- радикальная простатэктомия,
- дистанционная лучевая терапия,
- брахитерапия.

Кроме того, для определенной группы пациентов с локализованным раком предстательной железы может быть использована тактика активного наблюдения.

Радикальная простатэктомия остается основным видом лечения больных с I и II стадиями заболевания. Радикальная операция включает удаление всей предстательной железы, семенных пузырьков, простатического отдела уретры и шейки мочевого пузыря. Обязательным является выполнение тазовой лимфаденэктомии со срочным гистологическим исследованием. Последняя включает удаление наружных и внутренних подвздошных и запирательных лимфатических узлов, начиная от бифуркации общей подвздошной артерии до запирательного отверстия. Если первичная опухоль классифицируется критерием T_{1c} и при этом сумма по Gleason < 7, а уровень ПСА < 10 нг/мл, тазовая ЛАЭ (тазовая лимфаденэктомия) может не выполняться.

Более благоприятный прогноз после оперативного лечения имеют пациенты с высокодифференцированными опухолями, когда сумма по Gleason не превышает 2-4 нг/мл.

Нервосберегающая радикальная простатэктомия в большинстве случаев позволяет сохранить потенцию. Однако после нервосберегающей радикальной простатэктомии чаще наблюдаются рецидивы заболевания, поэтому показания для этой операции ограничены. Основным критерием для выполнения нервосберегающей простатэктомии является наличие нормальной половой функции у мужчины до начала всех видов лечения рака простаты. Пациентам с низкодифференцированными опухолями, поражением верхушки простаты и интраоперационно пальпируемой опухолью нервосберегающая радикальная простатэктомия не показана.

Дистанционная лучевая терапия проводится пациентам, которым противопоказано хирургическое лечение, и тем, кто отказывается от операции. Дистанционное облучение РПЖ осуществляется тормозным излучением высокоэнергетических ускорителей (4-23 МэВ) или, что хуже, на телегаммаустановках (1,25 МэВ). Рекомендуются не менее чем 3-4-польное или конформальное облучение. При конформальном (30) облучении СОД может составлять 76 Гр. и больше, без риска увеличения осложнений. Увеличение дозы лучевой терапии улучшает отдаленные результаты лечения. Стандартная доза облучения: РОД 2 Гр., СОД 65-70 Гр. на предстательную железу и 44 Гр. на таз. Чаще всего применяется расширенный курс лучевой терапии (облучение до СОД 40 Гр. с последующим перерывом на 3 недели и продолжением курса до достижения необходимой суммарной дозы).

Противопоказаниями к лучевой терапии являются: наличие цистостомы, обострение цистита или ректита, камни мочевого пузыря, выраженная доброкачественная гиперплазия простаты с наличием остаточной мочи. У больных, подвергшихся трансуретральной резекции, лучевая терапия должна быть отложена примерно на 4 недели, в противном случае возможно развитие недержания мочи и структуры уретры.

Интерстициальная лучевая терапия (брахитерапия) локализованного рака предстательной железы применяется в онкологических центрах, имеющих соответствующее оборудование и подготовленные кадры.

Показания к применению брахитерапии: В самостоятельном виде: T₁-T₂, Gleason-2-6, ПСА < 10 нг/мл. В качестве буста после дистанционной лучевой терапии брахитерапия применяется при T_{2b}, T_{2c} или меньших стадиях, но при Gleason 8-10, или ПСА > 20 нг/мл.

Противопоказания к брахитерапии. Брахитерапия не проводится, если ожидаемая продолжительность жизни больного меньше 5 лет или имеется большой или плохо заживающий дефект после ТУР, или ожидается высокий оперативный риск.

Относительные противопоказания к брахитерапии:

- предшествующая ТУР;
- размер предстательной железы (под данным УЗИ или КТ) более 60 см³;
- наличие выступающей средней доли предстательной железы;
- опухолевое поражение семенных пузырьков.

Активное наблюдение (отсроченное лечение). Эта тактика основана на нескольких положениях:

- часто больные РПЖ-лица пожилого возраста и имеют серьезные сопутствующие заболевания;
- РПЖ зачастую медленно прогрессирует, и требуются годы, чтобы рак привел к значимым симптомам.

Наблюдение обычно применяется при высокодифференцированной опухоли в стадиях T₁ и T₂, если ожидаемая продолжительность жизни менее 5 лет и ограничена из-за сопутствующих заболеваний.

Кроме стандартных методов лечения при локализованном раке предстательной железы используют альтернативные методы лечения - криоабляцию, гипертермию, лазеротерапию, высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук. Возможности, перспективы этих методов лечения находятся в стадии изучения и в настоящее время имеют пока лишь только научный интерес.

Орхиэктомия является “золотым” стандартом в лечении больных метастатическим раком предстательной железы.