

Выбор метода лечения локализованного рака предстательной железы: современные тенденции

Г. Братславский

Национальный институт рака США

Рак предстательной железы (РПЖ) сегодня в Америке является очень распространенным видом опухоли. В 2010 г. зарегистрировано более 200 тыс. новых случаев РПЖ, больше 30 тыс. пациентов умрет от этого заболевания в 2011 г., а еще примерно 3% пациентов будет иметь риск заболеть РПЖ (American Cancer Society 2011). Важным моментом является то, что за последние 15 лет число случаев РПЖ высокого риска снизилось, а низкого риска – выросло (рисунок 1). Для того, чтобы сохранить жизнь 1 пациенту надо обследовать 1400 и пролечить 48 пациентов (Jemal A., 2004).

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РПЖ

Классическое радикальное лечение приводит ко многим побочным явлениям, самыми частыми из которых являются эректильная дисфункция и недержание мочи. За последние 10 лет список радикальных методов существенно расширился. Еще буквально 10-15 лет назад в арсенале урологов имелись: открытая простатэктомия, брахитерапия, наружная лучевая терапия и активное наблюдение. В чем заключается сложность выбора метода лечения в 2011 году? Во-первых, она состоит в том, что радикальное лечение может понадобиться далеко не всем пациентам с РПЖ.

Localized prostate cancer treatment choice: current trends

G. Bratslavsky

Второй момент связан с появлением новых аблятивных радикальных методов лечения РПЖ: HIFU-терапия, криоабляция, радиочастотная абляция (РЧА) и т.д. Основное преимущество аблятивных технологий заключается в том, что они позволяют уменьшить число осложнений, сохранить половую функцию и удержание мочи при соблюдении принципа радикальности.

Третья проблема, связанная с выбором метода лечения, обусловлена определением объема вмешательства: выполнять абляцию всей железы, половины, или ее трети (фокальная терапия).

В последние годы в ведении пациентов РПЖ добавилась новая опция – активное наблюдение. В статье Klotz (2010) показано, что при правильном отборе, пациенты, которым было выбрано активное наблюдение, статистически не отличались по результатам от тех, которые прошли радикальную терапию. Поэтому активное наблюдение также можно считать методом лечения.

Наиболее важным в выборе метода лечения является правильный отбор пациентов, который осуществ-

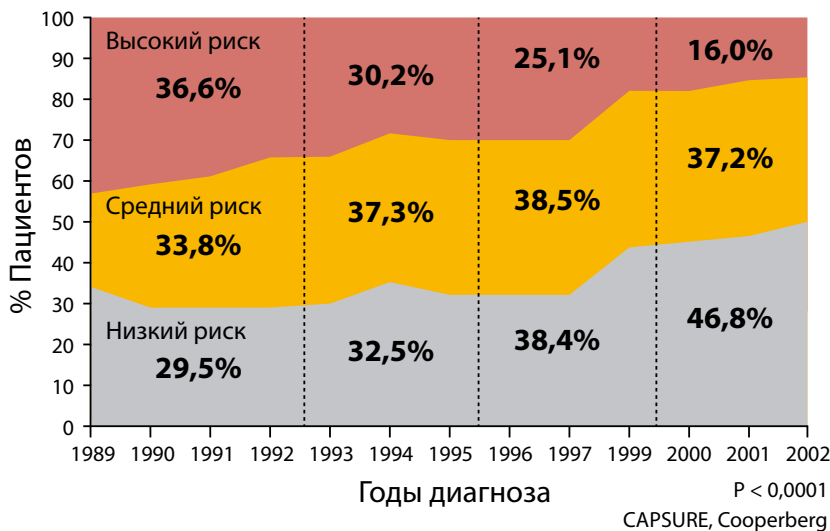


Рисунок 1. В течение последних лет произошел значительный сдвиг в стадийной структуре диагностируемого рака предстательной железы

вляется на основании данных ПСА, показателя Глисона, стадии опухоли и т.д. Так, например, состояние пациента с показателем Глисона 6 может быть оценено по-разному. Молекулярные маркеры могут у одних пациентов с показателем Глисона 6 предсказать отсутствие рецидива или его низкую вероятность, а у других – прогнозировать высокий риск развития рецидива в течение ближайших 5 лет.

Большинство злокачественных новообразований предстательной железы мультифокальные и многоочаговые (рисунок 2).

В то же время, анализ базы данных SEARCH пациентов, из которых были исключены больные с высоким риском, подвергнутые РПЭ в 1988-2006 гг., показал, что 35% мужчин, имевших одностороннее поражение предстательной железы при стандартной биопсии, также имели одностороннее поражение по данным гистологического исследования после РПЭ. Это открывает возможности для проведения фокальной терапии группе пациентов, прошедших детальное обследование и расширенную биопсию, с высокой степенью поражения наиболее агрессивного фокуса РПЖ (рисунок 3).

Недавно мы выяснили, что метастазирование происходит из одной точки, одного локуса. Во время биопсии игла может попасть в любой локус, как агрессивный, имеющий первостепенное значение, так и в неагрессивный. С помощью ПСА урологи научились идентифицировать опухоли предстательной железы, и если раньше определяли новообразования размером от 5 см³ и выше, то сейчас от 2,4 см³ и выше. На что же в первую очередь надо обратить внимание урологу? Рассмотрим другие методы обследования пациента.

Биопсия предстательной железы – в последнее время подверглась значительной эволюции. Трансперинеальная биопсия (Ferguson, 1930), трансректальная биопсия под контролем пальца (Astraldi, 1937), биопсия под УЗИ-наведением (шеститочечная,

расширенная, сатурационная), трансперинеальное картирование простаты, – все это этапы большого пути. Биопсия позволяет ответить на многие вопросы, которые сводятся к одному: находится ли злокачественная опухоль в пределах предстательной железы или распространяется за ее капсулу. Считаем перспективным развитие «template sampling», т. е. биопсии с большим количеством столбиков (100-150 образцов), продолжить развитие биопсии под МРТ-наведением, совмещенных МРТ/УЗ биопсий, систем GPS-наведения. Надеемся, что эти способы позволят определить тот самый агрессивный локус «index lesion», который является источником метастазов, и который, по сути, и является причиной гибели пациентов с РПЖ.

Номограммы – позволяют стратифицировать пациентов по степени риска, получить статистические данные, но проблему отбора пациентов и выбора методов лечения они не решают.

МРТ – доступный метод, который помимо возможности обычной визуализации РПЖ, можно использовать в качестве наведения при биопсии для определения высоко- и низкодифференцированных очагов (рисунок 4).

Для того, чтобы выбрать тот или иной вид лечения, мы должны максимально визуализировать рак **сочетанием методов диагностики**. Вместо того чтобы сфокусироваться на сравнении ретроспективных данных разных видов лечения, нам очень важно научиться выбирать правильного пациента. Для того, чтобы сравнивать методы лечения, надо знать каких пациентов мы собираемся лечить. Сегодня неправомерно говорить о том, что роботическая операция лучше, чем лапароскопическая или открытая. Например, в руках опытного хирурга, такого, как Г. Лепора, открытая РПЭ будет иметь лучшие результаты, чем у многих роботических хирургов.

Выводы

Каковы наши цели в 2011 году? Урологи должны направить свои

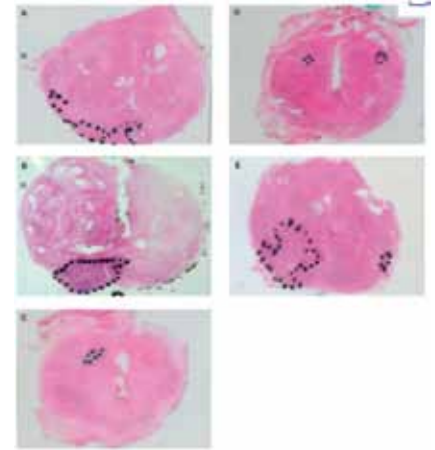
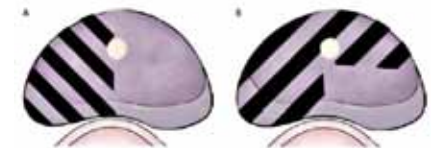


Рисунок 2. Мультифокальное распространение РПЖ



При охвате 64% железы – 89% главных опухолей попадают в зону лечения

При охвате 81% железы – 100% главных опухолей попадают в зону лечения

Рисунок 3. Фокальная терапия РПЖ

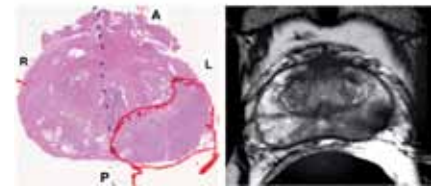


Рисунок 4. Корреляция с полноразмерными патогистологическими препаратами

усилия на раннюю диагностику опухоли, определение ее моно- или билатеральности, числа фокусов, идентификацию агрессивного локуса. Именно эти показатели будут определять вид терапии (Epstein, 1994). Кроме того, необходимо применять достижения молекулярной биологии РПЖ, потому что клинически мы иссякли предугадывать, какой метод лечения окажется эффективнее. Необходимо применять те методы лечения, которые максимально уменьшат число осложнений при сохранении радикальности. В диагностике и лечении РПЖ мы должны придерживаться мультидисциплинарного подхода. Надо перестать быть консерваторами и стать открытыми для имеющихся возможностей. ■

Ключевые слова: рак предстательной железы, лечение РПЖ.

Keywords: prostate cancer, treatment of prostate cancer.