

## **Краткие руководства Европейской Ассоциации урологов**

### ***Предисловие***

Это одна из трех книг карманного формата, вышедших на данный момент, предлагающая вашему вниманию обобщенный вариант руководящих принципов Европейской Ассоциации Урологов. Эти короткие статьи основаны на доступных на данный момент подробных директивах и могут послужить удобным и быстрым в поиске справочником для медицинских специалистов.

Европейская Ассоциация Урологов полагает, что первостепенной важности является задача постоянной корректировки директив и введения новой информации; последний вариант можно найти на сайте <http://www.uroweb.nl>. Все члены Ассоциации автоматически получают распечатанную версию.

Отдел здравоохранения  
Европейской Ассоциации Урологов  
Март 2003

Руководящие указания по диагностике и лечению рака предстательной железы.

### **Введение**

Сегодня РПЖ признан одной из главных медицинских проблем мужского населения. РПЖ служит причиной 9% всех летальных исходов вследствие заболевания раком среди мужчин.

Поскольку увеличивается продолжительность жизни наблюдается как рост заболеваемости РПЖ, так и увеличение смертности от РПЖ. Помимо возраста, основным фактором риска является наследственность. Клинические данные также подтверждают, что экзогенные факторы могут оказывать значительное влияние на риск развития РПЖ (расовая принадлежность, питание с высоким содержанием животных жиров, воздействие тяжёлых металлов и т.д.).

Введение эффективного анализа крови - измерение ПСА, сделало возможным обнаружение опухоли у всё большего числа мужчин на ранней стадии её развития, когда пациентам можно предложить применение потенциально эффективных методов лечения. Но у этой медали есть и обратная сторона: при использовании эффективных диагностических процедур в отношении всех без исключения пожилых мужчин с небольшой ожидаемой продолжительностью жизни может возникнуть проблема гипердиагностики и гиперлечения. Поэтому в отношении одной и той же стадии РПЖ могут использоваться разные стратегии лечения в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни пациента. Эта, а также многие другие проблемы, связанные с лечением этого заболевания, рассмотрены в руководящих указаниях ЕАУ по лечению РПЖ.

### **Система стадирования РПЖ**

Для стадирования РПЖ используется 1997 TNM классификация (таблица 1).

TNM классификация рака предстательной железы

<b>T</b>	<b>Первичная опухоль</b>
Tx	Первичная опухоль не может быть определена.
T0	Нет подтверждений наличия первичной опухоли.
T1	Опухоль не определяется клинически посредством пальцевого ректального исследования или при применении методов получения диагностического изображения.
T1a	Опухоль, обнаруженная случайно при гистологическом исследовании $\leq 5\%$ резецированного материала.
T1b	Опухоль, обнаруженная случайно при гистологическом исследовании $>5\%$ резецированного материала.
T1c	Опухоль, обнаруженная при помощи игольчатой биопсии (высокий уровень ПСА).
T2	Опухоль, анатомически ограниченная предстательной железой.*
T2a	Опухоль занимает одну долю.
T2b	Опухоль занимает обе доли.
T3	Опухоль распространяется за пределы капсулы предстательной железы.**
T3a	Внекапсулярное распространение (одностороннее или двустороннее).
T3b	Опухоль распространяется на семенной пузырь/семенные пузырьки.
T4	Опухоль неподвижна или распространяется в отличные от семенных пузырьков прилежащие структуры: шейку мочевого пузыря, наружный сфинктер, прямую кишку, мышцу поднимающую анус и/или стенку таза.
<b>N</b>	<b>Регионарные лимфоузлы***</b>
Nx	Регионарные лимфоузлы не могут быть оценены.
N0	Отсутствие метастаза в регионарные лимфоузлы.
N1	Метастаз в регионарные лимфоузлы.
<b>M</b>	<b>Отдалённые метастазы****</b>
Mx	Наличие отдалённых метастазов не может быть оценено.
M0	Отсутствие отдалённых метастазов.
M1	Отдалённые метастазы.
M1a	Отдаленный лимфоузел/отдаленные лимфоузлы.
M1b	Кость/кости.
M1c	Другая локализация/другие локализации.

\* Опухоль, которая была обнаружена в одной или обеих долях при проведении игольчатой биопсии, но которая не определяется посредством пальцевого ректального обследования или при применении методов получения диагностического изображения, классифицируется как T1c.

\*\* Инвазия в верхушку предстательной железы или в (но не за пределы) капсулу предстательной железы классифицируется не как T3, а как T2.

\*\*\* Регионарные лимфоузлы - это узлы малого таза, которые по существу являются тазовыми узлами, расположенными ниже разветвления общих подвздошных артерий. Латеральность не влияет на N классификацию.

\*\*\*\* При классификации следует использовать высшую категорию, если метастазирован более чем один участок.

#### Система определения степени дифференцировки РПЖ по Глисона

Наиболее широкое применение имеет система определения степени дифференцировки аденокарциномы предстательной железы, предложенная Глисоном. Данная система описывает типы структуры опухоли (дифференцировка 1-5). Дифференцировка 1 характеризует тип структуры опухоли с наименее агрессивным ростом (хорошо дифференцированная), а дифференцировка 5 соответствует наиболее агрессивному типу структуры опухоли (плохо дифференцированная). Суммирование основного и второго по частоте встречаемости типов дифференцировки опухоли имеет результатом показатель Глисона (от 2 до 10). Основной/преобладающий тип структуры записывается первым; например, показатель Глисона 3+4=7. Чтобы быть подсчитанным, тип структуры (дифференцировка) должен занимать >5% материала биопсии. Для системы подсчёта необходим материал биопсии (материалы прицельной биопсии или операционный материал); цитологические препараты использовать нельзя.

#### Диагностика и стадирование

При принятии решения продолжать проведение диагностических процедур и процедур стадирования РПЖ необходимо руководствоваться тем, какие варианты лечения доступны в отношении данного пациента. Проведение процедур, которые не влияют на решение о выборе способа лечения, обычно можно избежать. Ниже в краткой форме изложены рекомендации по диагностике и стадированию РПЖ.

- Ненормальный результат пальцевого ректального исследования или повышенный уровень ПСА может говорить о развитии РПЖ.
- Для диагностики РПЖ требуется гистопатологическое (или цитологическое) подтверждение. Проведение биопсии и дополнительных исследований по определению стадии РПЖ необходимо, если эти процедуры действительно влияют на лечение пациента.
- Локальное стадирование (Т-стадирование) основывается на результатах пальцевого ректального исследования и данных, проводимых с использованием методов визуализации. Количество и локализация положительных биопсий предстательной железы, дифференцировка опухоли и уровень сывороточного ПСА дают дополнительную информацию.
- Состояние лимфоузлов (N-стадирование) имеет большое значение, только когда планируется радикальное лечение. При РПЖ на стадии T2 или меньше, с уровнем ПСА < 20 нг/мл и показателем Глисона J 6 вероятность наличия метастазов в лимфоузлы составляет менее 10%, и в таких случаях оценку состояния лимфоузлов можно не проводить. Точное состояние лимфоузлов может быть определено только при проведении двусторонней тазовой лимфаденэктомии; в силу низкой чувствительности компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс не гарантируют выявления метастазов в лимфоузлы.
- Сцинтиграфия скелета является лучшим методом выявления костных метастазов (M-стадирование). Проведение сцинтиграфии скелета пациентам с хорошо или умеренно дифференцированным раком и ПСА менее 20 нг/мл излишне.

*Диагностические и лечебные процедуры и диспансерное наблюдение описаны в полной и сокращённой версиях руководящих указаний ЕАУ по раку предстательной железы.*

©Перевод: Елена Живова