

РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ. МЕТОД ВЫБОРА ДЛЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.М. Григоренко, Р.О. Данилец

**ДУ «Інститут урології НАМН України»
Київ, Україна**

Введение

Радикальная простатэктомия (РПЭ) — стандартный хирургический метод лечения больных с локализованным (T_1 - $T_2N_0M_0$) и местнораспространенным ($T_{3a}N_0M_0$, ПСА \leq 20, Глисон \leq 7) раком предстательной железы (РПЖ).

Существует немало противоречий относительно выбора метода лечения практически для всех стадий заболевания, особенно это касается категории T_3 , где есть вероятность высокого риска прогрессирования. С одной стороны, это связано с недооценкой клинической стадии T_2 до операции, когда в результате РПЭ у половины больных обнаруживается экстракапсулярная инвазия. С другой стороны, при хирургическом вмешательстве существует высокая вероятность выполнения нерадикальной операции (наличие опухолевого роста по линии резекции, высокая частота метастазирования в регионарные лимфоузлы). Поэтому одно только оперативное лечение в объеме РПЭ в стадии T_3 не может быть адекватным для местного контроля и в целом для контроля над течением злокачественного процесса, а требует его сочетания с другими специальными методами лечения.

Цель исследования было улучшить результаты лечения больных с местнораспространенным и генерализованным раком предстательной железы после радикальной простатэктомии при применении адьювантного лечения.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 354 пациента, которым в период с апреля 2002 г. по ноябрь 2012 г. была выполнена модифициро-

ванная позадилонная РПЭ. Проведена оценка результатов лечения 170 больных. Возраст больных составил $61,66 \pm 0,45$ года (в среднем 40-75).

На основании полученных данных, согласно классификации IUCS-TNM 7-го издания (2010), клиническая стадия I ($T_{0,1a-2a} N_0 M_0$) установлена у 34 (20,0%) больных, II ст. ($T_{2b,2c} N_0 M_0$) — у 118 (69,4%), III ст. ($T_{3a,b} N_0 M_0$) — у 18 (10,6%).

Результаты исследования и их обсуждение

После удаления предстательной железы (ПЖ) был установлен заключительный диагноз: PIN III степени определен у одного больного, локализованные формы РПЖ выявлены у 125 (73,5%) больных ($pT_{1a,b,c,2a} N_0 M_0$ — 99, $pT_{2b,c} N_0 M_0$ — 26), местнораспространенные ($pT_{3a,b} N_0 M_0$) — у 25 (14,7%), распространенные ($pT_4 N_0 M_0$, $pT_{2a,b} N_1 M_0$) — у 19 (11,2%).

Средний срок наблюдения составил $35 \pm 1,88$ месяца (1-102 мес.), в среднем 32,14 месяца.

Расхождение значений категорий сT и pT наблюдалось в 19,0% случаев, при этом в абсолютном большинстве наблюдений клиническая стадия заболевания была выше. Так, если местное распространение опухоли клинически было выявлено до операции у 18 (10,6%) больных, то после оперативного вмешательства количество пациентов, у которых опухоль выходила за пределы капсулы, составило 34 (20,0%), у 10 (5,9%) больных опухоль распространялась на тазовые лимфоузлы. Клиническое обследование имеет низкую диагностическую эффективность при оценке экстракапсулярной инвазии опухоли и регионарного метастазирования.

Значимыми факторами, которые позволяют предвидеть категорию $T > T_2$ и биохимический рецидив у больного, является показатель Глисона ≥ 7 , начальный ПСА ≥ 20 нг/мл, а также их комбинация. Для категории $pN+$ начальный уровень ПСА ≥ 20 нг/мл является основным.

Таким образом, в 44 (25,9%) случаях имела место инвазия опухоли в капсулы ПЖ и распространение за её пределы. У 17 (68,0%) из 25 больных с местнораспространенным РПЖ ($pT_{3a} N_0 M_0$ — 11, $pT_{3b} N_0 M_0$ — 14) выявлены локальный рецидив и метастазы в кости. Уровень предоперационного ПСА был от 10 до 52 нг/мл и дифференциация опухоли по шкале Глисон 5-9 баллов. У 14 из 19 больных с распространенным процессом наблюдали прогрессирующее

опухоли ($pT_{2a}N_1M_0 - 1$, $pT_{2b}N_1M_0 - 2$, $pT_{3a}N_1M_0 - 2$, $pT_{3b}N_1M_0 - 1$, $pT_4N_0M_0 - 5$, $pT_4N_1M_0 - 3$). Уровень предоперационного ПСА был от 6,5 до 150 нг/мл и дифференциация опухоли по шкале Глисон 7 и 10 баллов.

Также зарегистрировано достоверное увеличение частоты развития рецидивов заболевания при выявлении после операции периневральной инвазии, опухолевого края и лимфатических узлов, что также было ассоциировано с риском смерти от РПЖ. Тем не менее для положительных лимфатических узлов такой закономерности не наблюдалось. Появление метастазов резко ухудшает функцию выживания больных, но в сравнении с литературными данными при самостоятельной паллиативной гормональной или лучевой терапии все же преимущество имеет циторедуктивное хирургическое лечение данного заболевания.

Всем больным с биохимическим рецидивом была назначена адьювантная непрерывная ГТ, из них двусторонняя орхидэктомия выполнена у 29 (65,9%). Лучевая терапия проведена 38 (86,4%) больным на область удаленной ПЖ или метастатические изменения в костях. Как результат, 71,8% больных живы и у 19,5% из них наблюдается полный ответ на адьювантное лечение.

Выводы

Радикальная простатэктомия для больных с распространением опухоли за пределы капсулы предстательной железы или лимфатические узлы имеет преимущества в сравнении с паллиативными методами лечения. Для оценки лечебного эффекта радикальной простатэктомии при распространении опухоли за пределы капсулы предстательной железы необходимо учитывать группы прогноза (IUCCTNM 7-го издания, 2010).