

РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Выполнили : студентки 6 курса
605 группы мед-проф. факультета

Фомина Т. А.
Амирзянова Э. Р.

Рак предстательной железы - злокачественное новообразование, представляющее собой аденокарциному различной дифференцировки.



Нормальная простата



Рак простаты

Эпидемиология

Рак простаты — одно из самых распространенных онкологических заболеваний у мужчин. На сегодняшний день смертность от рака предстательной железы у мужчин стоит на втором месте после рака легких. Чаще всего это заболевание обнаруживается у мужчин старше 50 лет. Вероятность появления рака простаты увеличивается с возрастом: частота выявления заболевания у мужчин в возрасте 40 — 60 лет составляет от 1 до 2%, тогда как в возрасте от 60 до 80 лет — уже порядка 16%.

Факторы риска в развитии рака предстательной железы:

- Возраст. Чаще всего возраст заболевших мужчин старше 60-70 лет;
- Раса. Раку простаты более подвержены европейцы, американцы и выходцы из Африки, в то время как у мужчин азиатского происхождения эта патология выявляется значительно реже;
- Характер питания. Рак простаты реже встречается у вегетарианцев, а наиболее высокий риск появления опухоли простаты имеется у тех мужчин, чей рацион питания включает преимущественно мясо, молоко, твердый сыр и яйца;
- Доброкачественная гипертрофия предстательной железы ;
- Генетическая предрасположенность.

Клиническая классификация

- Стадия I: клинических проявлений нет, диагноз устанавливают случайно при морфологическом исследовании удаленных аденом.
- Стадия II: нарушения мочеиспускания и других признаков болезни нет; при ректальном исследовании обнаруживают плотный узел в железе; диагноз устанавливают при биопсии; метастазы в этой стадии редки.
- Стадия III: частое мочеиспускание, гематурия, другие симптомы; опухоль прорастает семенные пузырьки, основание мочевого пузыря и боковых стенок таза; биопсия подтверждает диагноз; в половине случаев находят метастазы в тазовые и забрюшинные лимфатические узлы,
- Стадия IV: чаще опухоль больших размеров с выраженными дизурическими расстройствами; основной характерный признак этой стадии-наличие метастазов в кости и/или другие органы. В сыворотке в 70% случаев обнаруживается высокий уровень кислой фосфатазы.

Классификация по системе TNM

T – первичная опухоль.

Tx - Недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

T0 - Первичная опухоль не определяется

T1 - Клинически не определяемая опухоль, непальпируемая и невидимая при визуализации (невизуализируемая);

T1a - Опухоль, случайно выявленная при патоморфологическом исследовании не более чем в 5% удаленной ткани;

T1b - Опухоль, случайно выявленная при патоморфологическом исследовании в более 5% удаленной ткани

T1c - Опухоль занимает обе доли предстательной железы;

T2 - Опухоль локализована в предстательной железе

T2a - Опухоль занимает не более половины одной доли предстательной железы;

T2b - Опухоль занимает более половины одной доли предстательной железы, но не распространяется на 2-ю долю;

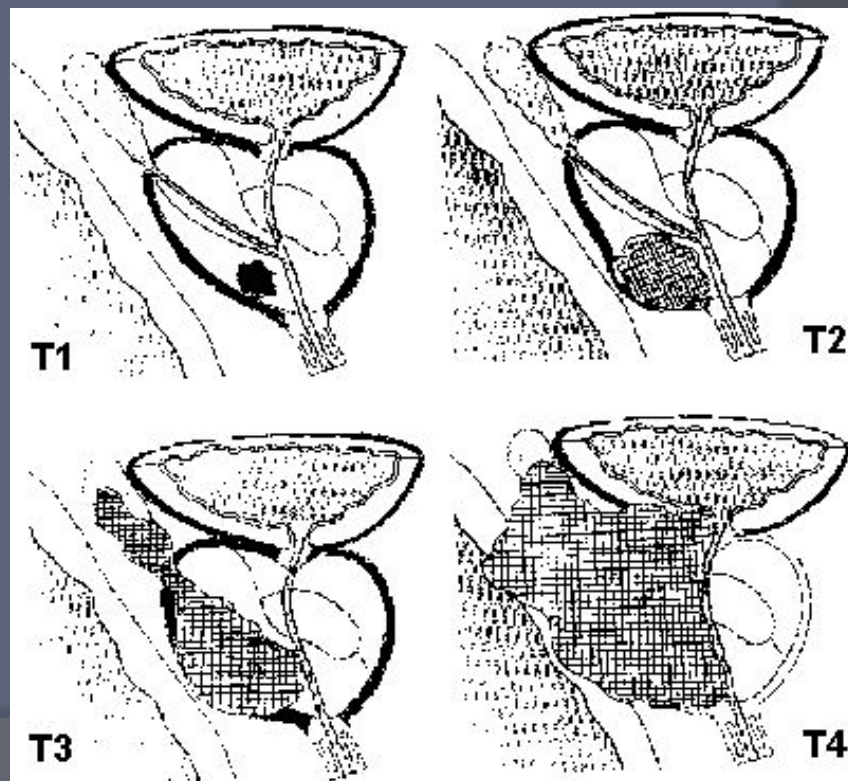
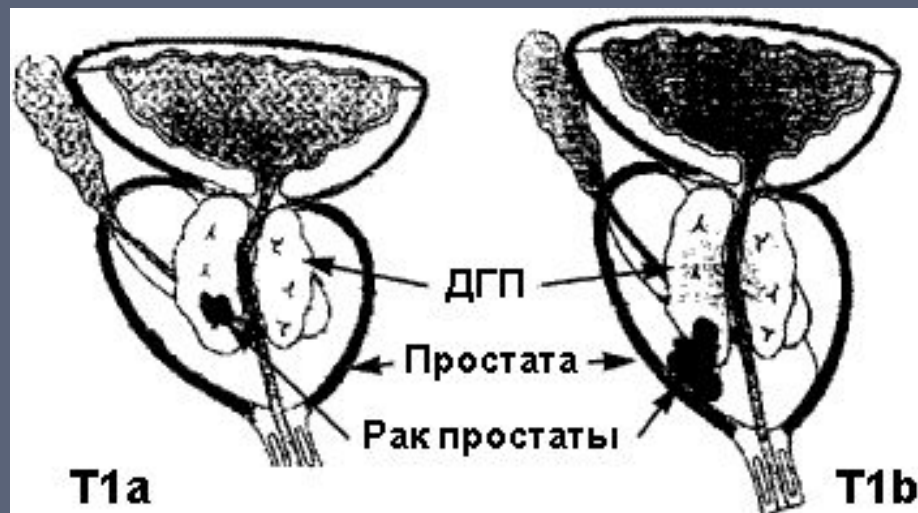
T2c - Опухоль занимает обе доли предстательной железы;

T3 - Опухоль прорастает за пределы капсулы предстательной железы

T3a - Экстракапсулярное распространение (1-стороннее или 2-стороннее), включая микроскопическое прорастание в шейку мочевого пузыря;

T3b - Опухоль прорастает в один или оба семенных пузырька;

T4 - Опухоль прикрепляется к окружающим тканям (распространяется на окружающие ткани), помимо семенных пузырьков (к наружному сфинктеру, прямой кишке, мышцам, поднимающим задний проход, и/или передней брюшной стенке), или прорастает в них.



N – Регионарные лимфатические узлы:

Nx - Недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N0 - Метастазы в регионарных лимфатических узлах отсутствуют;

N1 - Метастазы в регионарных лимфатических узлах;

M – Отдаленные метастазы:

Mx - Недостаточно данных для оценки отдаленных метастазов;

M0 - Отдаленные метастазы отсутствуют.

M1 - Отдаленные метастазы;

M1a - Метастазы в 1 или более нерегинарных лимфатических узлах

M1b - Метастазы в кости (-ях);

M1c Метастазы в других тканях и органах.

СИМПТОМЫ

На наличие рака простаты могут указывать следующие симптомы:

- слабое и прерывистое мочеиспускание с длительным ожиданием его начала;
- сочение мочи в конце мочеиспускания;
- напряжение при мочеиспускании и необходимость тужиться;
- учащенное мочеиспускание;
- никтурия;
- настойчивые позывы, которые заканчиваются малоэффективными и не приносящими облегчение мочеиспусканиями (дизурия);
- задержка мочи;
- гематурия;
- нарушение эрекции и эякуляции;
- боль в промежности;
- инфекции мочевых путей;
- На поздних стадиях заболевания присоединяется истощение организма и прогрессирующее снижение веса тела (кахексия), обусловленная интоксикацией организма.

Диагностика

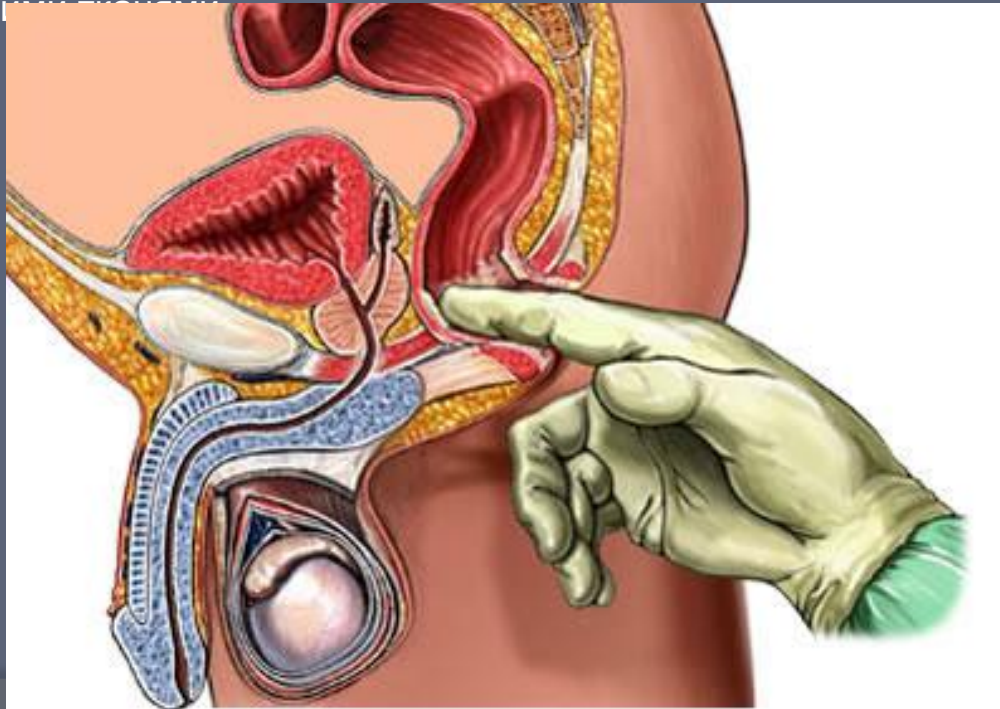
С целью выявления рака предстательной железы принято проводить исследования:

- Пальцевое исследование простаты.
- Определение уровня простато-специфического антигена (ПСА).
- Ультразвуковое исследование (УЗИ) простаты, при показаниях - одновременно с биопсией. компьютерную томографию
- рентгенологическое исследование
- радиоизотопное исследование
- биопсию простаты и т.д.

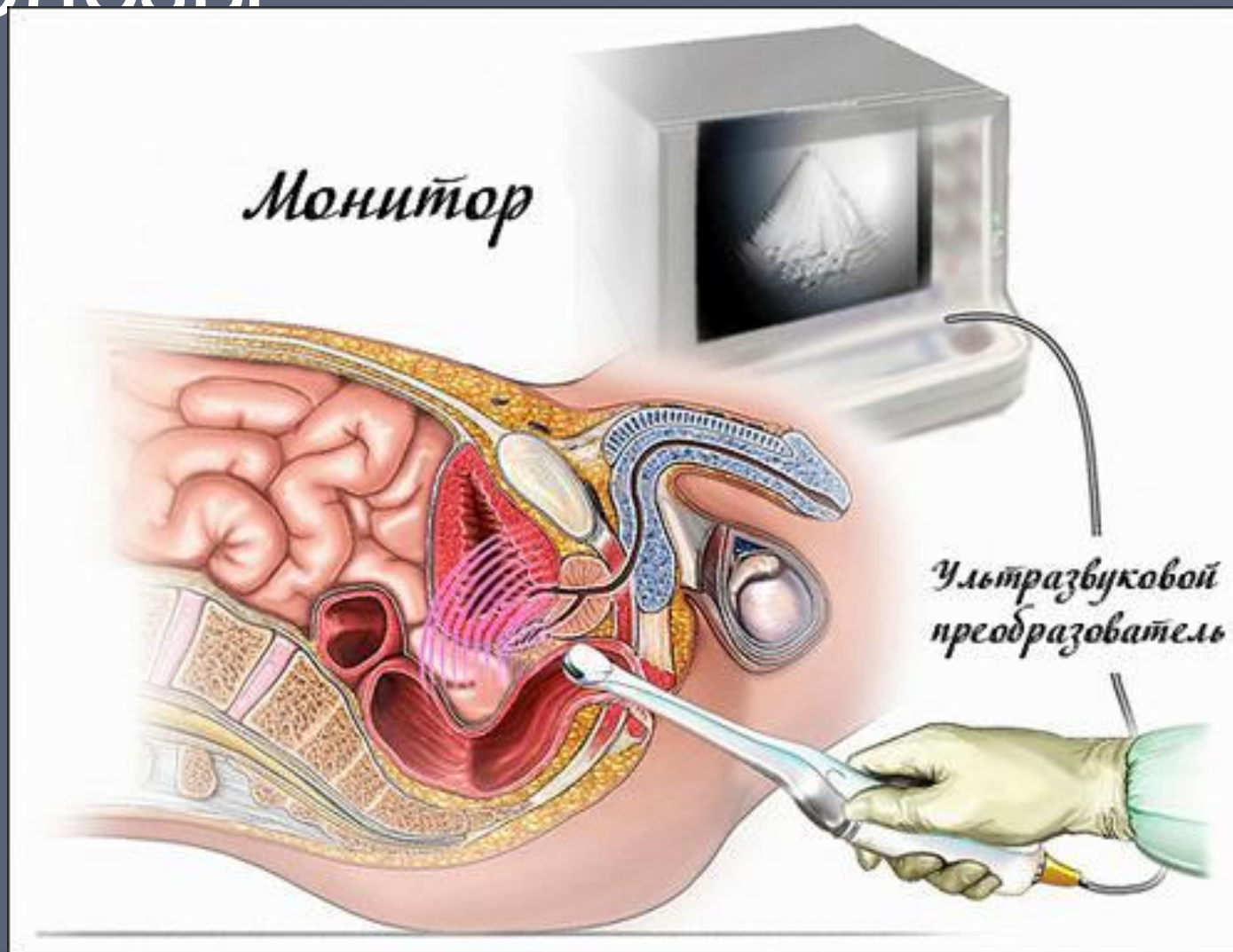
Пальцевое исследование прямой кишки.

В результате пальпации врач может выявить следующие симптомы опухоли предстательной железы:

Асимметричная предстательная железа. Плотной или деревянистой консистенции части предстательной железы. Плотность может определяться в виде отдельных узлов, либо различной величины инфильтратов, вплоть до перехода их на стенки таза. Неподвижность железы вследствие сращения её с окружающими тканями.



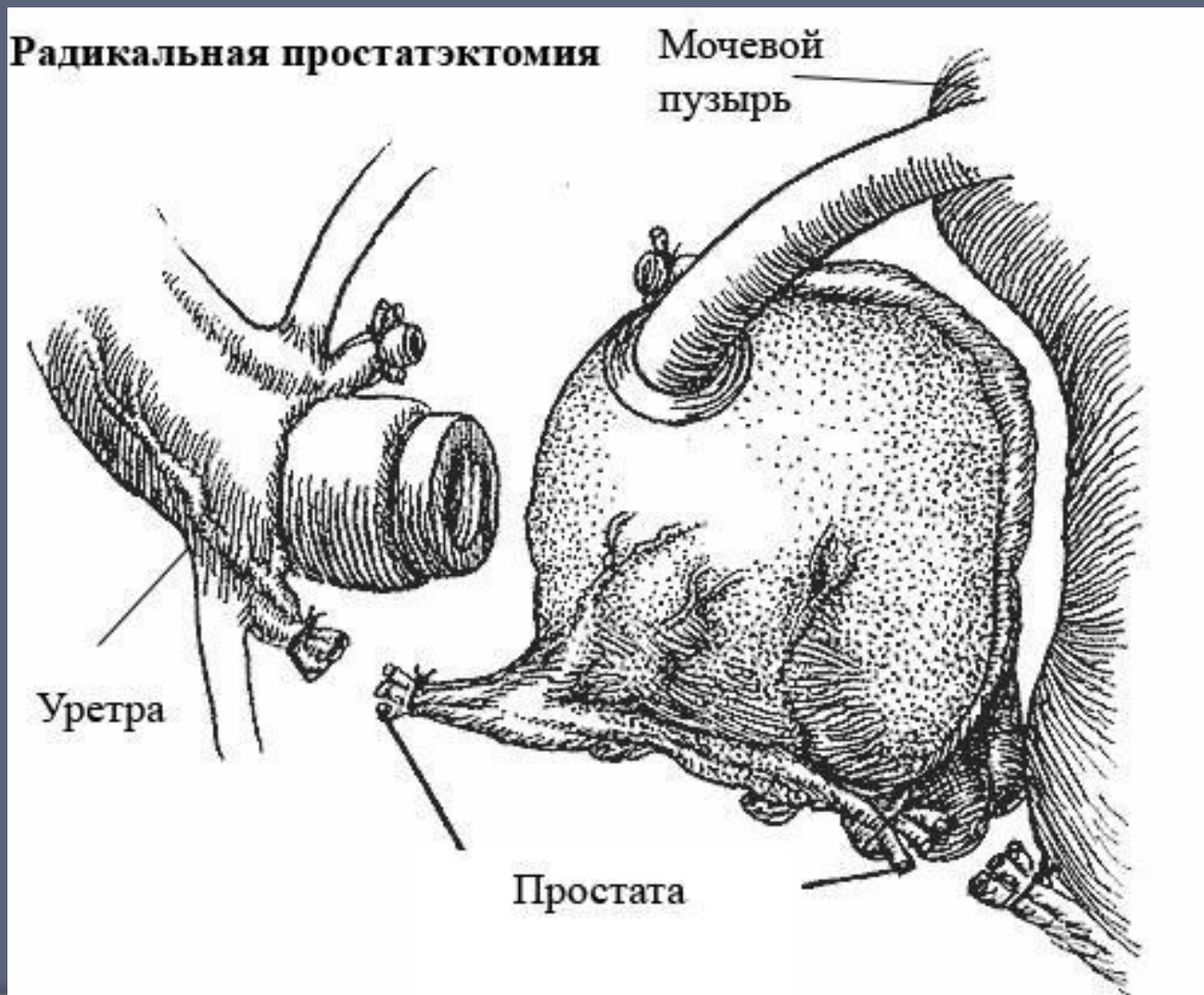
УЗИ предстательной железы



Хирургическое лечение

Радикальная простатэктомия выполняется из позадилобкового или трансперинеального доступа. В понятие радикальной простатэктомии укладывается полное удаление предстательной железы с семенными пузырьками, терминальными отделами семявыбрасывающих протоков и краями шейки мочевого пузыря. До удаления предстательной железы обычно выполняется тазовая лимфаденэктомия со срочным гистологическим исследованием удаленных лимфоузлов. В случае обнаружения метастатического процесса в удаленных лимфоузлах удаление предстательной железы, как правило, не проводится. Послеоперационная смертность по данным большинства зарубежных авторов составляет 1-2%.

Хирургическое лечение



Осложнения радикальной простатэктомии

- Кровопотеря 800-1400 мл.
- Импотенция 60%-80%
- Недержание мочи 15-20%
- Стриктура уретры 7%-9%
- Флеботромбозы 1-8%
- Тромбоэмболия легочной артерии менее 1%
- Повреждение прямой кишки менее 1%
- Послеоперационная летальность 0,2-2%

Лучевая терапия

В настоящее время для лечения злокачественных опухолей предстательной железы применяются три вида лучевой терапии:

- Дистанционная
- Интерстициальная
- Радионуклидная

Дистанционная лучевая терапия может применяться при любой распространенности опухолевого процесса:

- В самостоятельном варианте по радикальной программе при T1-2,N0,M0
- Как этап комбинированного лечения при T1-3,N0,M0; после операции радикальной простатэктомии
- Лучевая терапия с паллиативной целью при T1-4,N0-1,M1

Брахитерапия



Брахитерапия или интерстициальная лучевая терапия. Введение в опухоль зёрен с радиоактивными препаратами. Процедура включает две стадии:

Первая - использование трансректального УЗИ для определения объема простаты и получения информации с координат шаблона для расчета количества и положения радиоактивных источников, необходимого для достижения равномерной дозы радиации в предстательной железе.

На второй стадии источники вводятся в простату через специальные иглы с использованием шаблонной сетки. Иглы вводятся через кожу промежности закрытым способом.

Общая доза радиации в простате и ее распределение рассчитываются компьютерной программой.

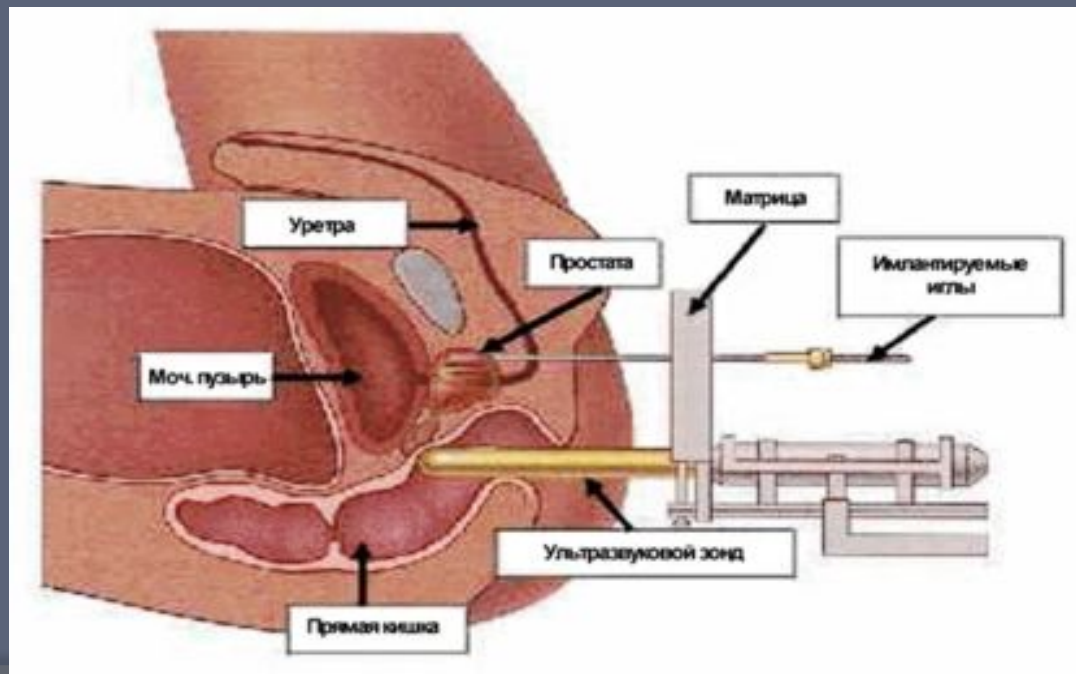
Показания и противопоказания для брахитерапии.

Критерии отбора пациентов:

- Ожидаемая продолжительность жизни более 10 лет
- Гистологически подтвержденная аденокарцинома простаты.
- Заболевание, ограниченное капсулой простаты T1-T2C, подтвержденное трансректальным ультразвуковым исследованием и/или эндоректальным ЯМР сканированием.
- Нет доказательств наличия метастазов
- Объем простаты менее 50 куб.см (для железы большего объема гормонотерапия аналогами ЛГРГ+ блокаторы андрогенов в течение 3 месяцев для уменьшения объема железы менее чем 50 куб.см).
- ПСА < 50нг/мл.

Методика проведения

После спинномозговой или общей анестезии пациент располагается в положении на спине (как для литотомии), УЗ датчик вводится в прямую кишку и фиксируется. Затем устанавливается и фиксируется промежностный шаблон для введения игл. Заправленные источниками иглы вводятся через соответствующие отверстия шаблона согласно предварительному планированию.



Гормональная терапия

Комбинация аналогов LHRH гормонов (орхиэктомия) и антиандрогенов является основным методом лечения больных распространенным раком предстательной железы.

Профилактика рака предстательной железы

Профилактика рака предстательной железы заключается в прохождении профилактических осмотров. Особенно это важно мужчинам старше 50 лет. В случае необходимости следует сделать анализ крови на ПСА. При подозрении на рак простаты обязательно проводят биопсию, а в случае подтверждения диагноза - операцию. Чем раньше выявлено заболевание, тем больше шансов на полное выздоровление.

Спасибо за внимание!

