

Рудишкин Н. В., Мурадханов А. И.
**СТРАТИФИКАЦИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ В ГРУППУ АКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ
И ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПЕРЕХОДА К РАДИКАЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ**

**Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Мороз Е. Г.,
научный сотрудник Шиманец С. В.***

Кафедра онкологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

** Диагностическая лаборатория с группой лучевой диагностики,
РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова, г. Минск*

Актуальность. Применение активного наблюдения (АкН) выросло за последнее 10-летие во многих странах и по результатам многих исследований стало очевидным, что данная тактика является безопасной и выгодным подходом для большинства мужчин с диагностированным раком предстательной железы (РПРЖ) низкого риска. Тем не менее, использование критериев при определении показаний к АкН значительно варьируется. Анализ использования тактики АкН, первичная стратификация РПРЖ и триггеры для перехода к радикальному лечению являются актуальными вопросами на фоне активного скрининга РПРЖ в Беларуси.

Цель: повысить эффективность диагностики клинически значимого РПРЖ путем анализа стратифицирующих критериев при включении мужчин в группу АкН и переходе к радикальному лечению.

Материалы и методы. Проспективно обследованы 30 пациентов (возраст 55–69 лет) с диагностированным РПРЖ, которым предлагалась тактика АкН. Для включения в исследование использовались критерии клинически незначимого РПРЖ с группой дифференцировки (Grade Group, GG) опухоли по ISUP 1. АкН включало следующий диагностический комплекс мероприятий: определение изоформ простатспецифического антигена (ПСА), выполнение пальцевого ректального исследования (ПРИ), мультипараметрической магнитно-резонансной томографии (мпМРТ) таза, трансректального-ультразвукового исследования с эластографией сдвиговой волны (ТрУЗИ-ЭСВ), ежегодную ре-биопсию предстательной железы. После контрольной ре-биопсии проводилась ре-классифицирующая стратификация РПРЖ по группам риска и при отсутствии признаков активизации заболевания рекомендовалось дальнейшее АкН, при выявлении – выбор метода радикального лечения.

Результаты и их обсуждение. По данным мпМРТ вероятность клинически значимого рака по системе описания и обработки данных лучевых исследований предстательной железы (PI-RADS) у пациентов распределилась следующим образом: PI-RADS 1–2 – было у 2 мужчин, PI-RADS 3 – у 9, PI-RADS 4–5 – у 19. После мпМРТ таза мужчины были распределены на следующие анализируемые группы: выполнение контрольной ре-биопсии простаты, направление на лечение, продолжение тактики АкН. У 4/30 пациентов по данным ре-биопсии через 1 год АкН рак в биопсийном материале выявлен не был (продолжили АкН). У 40–60% пациентов было выявлено прогрессирование заболевания с определением более высокой группы риска на основе стратифицирующих критериев по результатам гистологического исследования (в последующем пациенты получили разные виды специального лечения). В 10–20% случаях пациенты отказывались от тактики АкН и выбрали специальное лечение.

Выводы. Метод АкН позволяет снизить объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях без ущерба для онкологических результатов и повысить эффективность раннего выявления клинически значимой формы злокачественной опухоли. МпМРТ является прогностическим важным этапом в тактике АкН пациентов, страдающих РПРЖ низкого риска.