



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства для врачей общей практики (семейных врачей)

Рак предстательной железы

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **ВОП35**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации**

Рабочая группа по подготовке рекомендаций:

Председатель: Денисов Игорь Николаевич — д.м.н., академик РАН, профессор, зав. кафедрой семейной медицины Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, Президент Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) РФ, главный внештатный специалист по общей врачебной практике (семейный врач) Минздрава России.

Члены рабочей группы:

Артемьева Елена Геннадьевна— заведующая кафедрой терапии и семейной медицины АУ Чувашии «Институт усовершенствования врачей», д.м.н., профессор

Маленкова Валерия Юрьевна — доцент кафедры терапии и семейной медицины АУ Чувашии «Институт усовершенствования врачей», главный внештатный специалист общей врачебной практики (семейный врач) Чувашской Республики, к.м.н.

Газымов М.М. – д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии №2 медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова», главный уролог Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики.

Бусалаева Е.И. – к.м.н., доцент кафедрой терапии и семейной медицины АУ «Институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики,.

Иливанов Ю.Д. – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии №2 медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова», заведующий отделением онкоурологии БУ «Республиканский клинический онкологический диспансер», врач-онколог высшей категории.

Игонин Ю.А. – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии №2 медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова», врач-онколог высшей категории.

Экспертный совет:

Д.м.н., проф. Абдуллаев А.А. (Махачкала); к.м.н., проф. Агафонов Б.В. (Москва); Анискова И.В. (Мурманск); д.м.н., проф. Байда А.П. (Ставрополь); д.м.н., проф. Болотнова Т.В. (Тюмень); д.м.н., проф. Будневский А.В. (Воронеж); д.м.н., проф. Бурлачук В.Т. (Воронеж); д.м.н., проф. Григорович М.С. (Киров); к.м.н., Дробинина Н.Ю.(Новокузнецк); д.м.н., проф. Заика Г.Е. (Новокузнецк); к.м.н., Заугольникова Т.В. (Москва); д.м.н., проф. Золотарев Ю.В. (Москва); д.м.н., проф. Калев О.Ф.(Челябинск); д.м.н., проф. Карапетян Т.А. (Петрозаводск); д.м.н., проф. Колбасников С.В.(Тверь); д.м.н., проф. Кузнецова О.Ю. (Санкт-Петербург); д.м.н., проф. Купаев В.И. (Самара); д.м.н., проф. Лесняк О.М. (Екатеринбург); д.м.н., проф. Нечаева Г.И. (Омск); д.м.н., проф. Попов В.В.(Архангельск); Реуцкий А.А.(Калининград); д.м.н., проф. Сигитова О.Н.(Казань); д.м.н., проф. Синеглазова А.В.(Челябинск); д.м.н., проф. Хомаева Я.Б. (Пермь); д.м.н., проф. Шавкута Г.В.(Ростов-на-Дону); д.м.н., проф. Шапорова Н.Л.(Санкт-Петербург); к.м.н., Шевцова Н.Н. (Москва).

Содержание

1. Определение
2. Список сокращений.
3. Коды по МКБ-10
4. Эпидемиология
5. Факторы риска
6. Скрининг
7. Классификация
8. Клиника
9. Диагностика
10. Профилактика
11. Деонтология и онкологическая настороженность в работе врача общей практики
12. Список литературы и интернет-ресурсы
- 13.

Сокращения

ПСА -Простатспецифический антиген

ПРИ- Пальцевое ректальное исследование

РПЖ- Рак предстательной железы

ТРУЗИ- Трансректальное ультразвуковое исследование

Представленные рекомендации составлены с учетом данных крупных рандомизированных и ретроспективных исследований и основаны на их непосредственных и отдаленных результатах. Ниже представлена классификация уровней достоверности рекомендаций в соответствии с характером и качеством исследования, в котором были получены соответствующие результаты.

Уровни достоверности рекомендаций

Уровень достоверности	Характеристика
1a	Уровень достоверности, основанный на результатах метаанализа крупных рандомизированных исследований
1b	Уровень достоверности, основанный на результатах по крайней мере одного крупного рандомизированного исследования
2a	Уровень достоверности, основанный на результатах одного нерандомизированного контролируемого исследования
2b	Уровень достоверности, основанный на результатах, по крайней мере, одного экспериментального исследования
3	Уровень достоверности, основанный на результатах сравнительного исследования или описания клинического случая
4	Уровень достоверности, основанный на результатах мнения эксперта или экспертного комитета

Рак предстательной железы

Определение

Это злокачественное новообразование, развивающееся из эпителиальных клеток предстательной железы.

МКБ-10: • С 61 Злокачественное новообразование предстательной железы

Эпидемиология

Рак предстательной железы (РПЖ) – наиболее часто встречаемая опухоль мочеполовой системы у мужчин. В структуре общей онкологической заболеваемости в России находится на пятом месте. Среди мужского населения РПЖ занимает второе место после рака легкого.

У лиц моложе 40 лет РПЖ отмечается крайне редко; наибольшее число заболевших имеют возраст 50–70 лет. В 80 лет и старше при морфологическом исследовании ткани предстательной железы у большинства мужчин могут быть выявлены элементы аденокарциномы, однако часто такие находки носят характер «латентного рака» и не имеют клинического значения. По данным аутопсий около трети мужчин старше 50 лет и около 2/3 старше 70 лет имеют асимптоматический и клинически незначимый рак простаты. Раковая опухоль растет медленно, и заболевание может никак не проявляться в течение многих лет. Но даже опухоль маленьких размеров может расти за пределы простаты, поражая другие органы (наиболее частыми локализациями метастазов являются кости, легкие, печень, головной мозг и другие органы). Отличительной чертой этого заболевания является то, что практически отсутствуют ранние симптомы болезни. На данный момент полное излечение от распространенного рака предстательной железы не представляется возможным.

Ежегодно в мире регистрируется около 400 тысяч случаев заболевания. В России ежегодно заболевает около 15 тысяч мужчин, в странах Европейского союза – 85 тысяч. По темпу ежегодного прироста заболеваемости (8,73%) РПЖ занимает первое место.

По структуре смертность от рака простаты у мужчин составляет 7,1 % от всех раковых заболеваний.

В последние годы четко прослеживается тенденция к росту заболеваемости РПЖ. Ежегодно число заболевших увеличивается примерно на 3% и таким образом, к 2030 году заболеваемость может вырасти вдвое по сравнению с сегодняшним днем.

Несмотря на улучшение методов диагностики данной патологии и внедрение в ряде клиник ПСА-мониторинга, заболеваемость запущенными формами и смертность от РПЖ в России остаются высокими. Так, в 2011 году от РПЖ в Российской Федерации умерли 10555 больных. В 2012 г. В России было зарегистрировано 29082 новых больных РПЖ. Прирост абсолютного числа заболевших с 2007 по 2012 г. составил 43,8% (1-е место по величине прироста). В структуре онкологической заболеваемости мужского населения РПЖ занимал 2-е ранговое (12,1%). В структуре заболевших доля рака предстательной железы в России составляла 11,5% в возрастной группе 55-69 лет, 18,1% в возрастной группе 70-84 года и 15,9% в 85 лет и старше. Средний возраст заболевших колебался в диапазоне 71-74 лет. Выше, чем в среднем по России (32,6 на 100 000 мужчин) стандартизованные показатели заболеваемости РПЖ в г. Москве (46,2), Самарской (47,4), Томской (52,2), Омской (58,3), Мурманской (46,8) и Сахалинской (67,8) областях; значительно ниже – Чечне и Тыве (5-12). По величине прироста стандартизованных показателей заболеваемости с 2007 по 2012 г. в России РПЖ занимал первое ранговое место (35,8%),

Факторы риска рака предстательной железы

Наследственные:

- Семейный анамнез (риск возрастает в 2-3 раза при наличии одного родственника первой линии, у которого диагностирован РПЖ, и в 5-11 раз при наличии двух и более родственников).
- Расовая принадлежность (чаще болеют мужчины негроидной расы).

Другие факторы (приобретенные):

- Возраст (риск развития заболевания возрастает с возрастом). Микроскопические очаги РПЖ в возрасте 50-60 лет встречаются в 30% случаев, в то время как в возрасте 80 лет и старше - в 70% .
- Чрезмерное употребление животных жиров, жареного мяса и продуктов с избыточным содержанием гетероциклических аминов.
- Диета с низким содержанием лейкопинов, антиоксидантов, фитоэстрогенов, витамина Е и селена.
- Профессиональные вредности (работа с кадмием, в резиновой промышленности).

Скрининг

Цель скрининга – раннее активное выявление и лечение бессимптомного локализованных форм рака. Успех скрининга зависит от таких факторов, как биологические особенности и клиническое течение опухолевого процесса, методов исследования, их чувствительности, специфичности и правильного выбора критериев эффективности. Несмотря на то, что у скрининга РПЖ много сторонников, результаты большинства научных работ показывают, что нецелесообразно подвергать скринингу все мужское население старше 50 лет, так как недостаточно данных, что это ведет к увеличению продолжительности и качества жизни. Необходимо четко отличать скрининг от ранней диагностики, т.е. выявления заболевания у больных, которые сами обратились за медицинской помощью и, чаще всего, имеют те или иные жалобы и симптомы. В настоящее время доказана эффективность скрининга РПЖ путем проведения теста на простатспецифический антиген (ПСА).

В связи с тем, что уровень ПСА зависит от ряда сопутствующих заболеваний железы (аденома, простатит) и степени дифференцировки опухоли, его необходимо оценивать в комплексе с другими показателями. Клиническое значение имеет определение коэффициента соотношения свободного и связанного ПСА. Если подобное соотношение не превышает 10%, речь идет преимущественно о раке. Когда коэффициент достигает 25%, можно с уверенностью говорить об аденоме предстательной железы.

Одним из наиболее перспективных новых биомаркеров считают РСА3. Экспрессия этого вещества в ткани аденокарциномы предстательной железы - высокоспецифичный показатель, который можно определить в моче после пальцевого ректального исследования простаты. При различных видах патологии железы отмечают превышение его нормального содержания до 34 раз. Чувствительность и специфичность этого метода составляет 74% и 91% соответственно.

Установлено, что наиболее целесообразно проведение скрининга у мужчин из группы среднего риска в возрасте 50-70 лет и у мужчин старше 45 лет из группы высокого риска. Целесообразность проведения скрининга в очень пожилом возрасте и при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний с прогнозируемой продолжительностью предстоящей жизни менее 10 лет сомнительна.

Врачу общей практики следует информировать всех мужчин старше 50 лет и мужчин старше 40 лет с отягощенным семейным анамнезом в отношении РПЖ о целесообразности регулярного скринингового обследования (ПСА крови, трансректального ультразвукового исследования предстательной железы - ТРУЗИ).

У мужчин, не относящихся к группе риска, с низкой концентрацией ПСА в крови при первом исследовании проведение последующих скрининговых исследований возможно с периодичностью один раз в 2 года.

Классификация

По клеточному строению опухоли:

- аденокарцинома,
- переходно-клеточный рак,
- плоскоклеточный рак.

По классификации Глисона (Gleason) степень дифференцировки опухоли разделяется на пять градаций:

- градация 1: опухоль состоит из небольших однородных желез с минимальными изменениями ядер;
- градация 2: опухоль состоит из скоплений желез, все еще разделенных стромой, но расположенных ближе друг к другу;
- градация 3: опухоль состоит из желез различного размера и строения и как правило, инфильтрирует строму и окружающие ткани;
- градация 4: опухоль состоит из явно атипичных клеток и инфильтрирует окружающие ткани;
- градация 5: опухоль представляет собой слои недифференцированных атипичных клеток.

Высокодифференцированные варианты рака предстательной железы отличаются более медленным темпом роста и метастазирования. Недифференцированные формы, наоборот, растут более быстро и агрессивнее, раньше метастазируют и отличаются худшим прогнозом.

TNM – классификация

.В переводе с английского «TNM» (**T**umour, **N**ode, **M**etastasis) обозначает «опухоль», «узел», «метастаз».

T - характеристика первичной опухоли

T_X - недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T₀ - первичная опухоль не определяется.

T₁ - опухоль клинически не проявляется, не пальпируется и не визуализируется специальными методами

T_{1a} - опухоль случайно обнаруживается при гистологическом исследовании и составляет менее 5% резецированной ткани.

T_{1b} - опухоль случайно обнаруживается при гистологическом исследовании и составляет более 5% резецированной ткани.

T_{1c} - опухоль диагностируется с помощью игольной биопсии (производимой в связи с высоким уровнем ПСА).

T₂ - опухоль ограничена предстательной железой или распространяется в капсулу.

T_{2a} - опухоль поражает половину одной доли или меньше.

T_{2b} - опухоль поражает более половины одной доли, но не обе доли.

T_{2c} - опухоль поражает обе доли.

T₃ - опухоль распространяется за пределы капсулы предстательной железы.

T_{3a} - опухоль распространяется за пределы капсулы (одно- или двустороннее).

T_{3b} - опухоль распространяется на семенной пузырек.

T₄ - несмещаемая опухоль или опухоль, распространяющаяся на соседние структуры (но не на семенные пузырьки): шейку мочевого пузыря, наружный сфинктер, прямую кишку, мышцу, поднимающую задний проход, и/или тазовую стенку.

N - распространение опухоли на регионарные лимфатические узлы.

Регионарными лимфатическими узлами для предстательной железы являются лимфатические узлы малого таза, расположенные ниже бифуркации общих подвздошных артерий. Категория N не зависит от стороны локализации регионарных метастазов.

NX - недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.

N0 - метастазы в регионарных лимфатических узлах отсутствуют.

N1 - имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах.

M - отдаленные метастазы

MX - определить наличие отдаленных метастазов не представляется возможным.

M0 - признаки отдаленных метастазов отсутствуют.

M1 - отдаленные метастазы.

M1a - поражение нерезионарных лимфоузлов.

M1b - поражение костей.

M1c - другие локализации отдаленных метастазов.

С учетом ПСА крови, степени рака по шкале Глисона и стадии заболевания определяется группа низкого, среднего и высокого риска в отношении течения и прогноза заболевания (что позволяет прогнозировать дальнейшую прогрессию заболевания).

Группа низкого риска - Уровень ПСА крови менее или равно 10 нг/мл, шкала Глисона до 6, стадия T1-2a.

Группа среднего риска - Уровень ПСА крови 10-20, Глисон 7, стадия T2b.

Группа высокого риска - Уровень ПСА крови более 20, Глисон более 8, стадия T2c-3a.

Клиническое стадирование при оценке местной распространенности процесса (категории T) следует осуществлять на основании результатов МРТ. Дополнительную информацию могут предоставить данные биопсии, а также уровень ПСА (**уровень достоверности 3**). Состояние регионарных лимфатических узлов (категории N) следует оценивать только в случае планирования потенциально радикального метода терапии. У больных РПЖ низкого риска (клиническая стадия $\leq T2b$, уровень ПСА < 10 , сумма Глисона ≤ 6) риск метастатического поражения регионарных лимфатических узлов не превышает 5%, поэтому в данной группе пациентов возможно отказаться от оценки категории N (**уровень достоверности 2a**).

Клиника

Симптомы рака предстательной железы можно разделить на три группы.

1. Функциональные расстройства оттока мочи - проявляются в результате механической компрессии мочеиспускательного канала растущей внутри железы опухолью. К этой группе симптомов относятся частые болезненные позывы, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, трудности в начале мочеиспускания, а также недержание мочи.

2. Симптомы, обусловленные инвазивным прорастанием опухоли за пределы капсулы предстательной железы. Пациент жалуется на боли в области промежности и лобка, над лобковой костью. Позже добавляется гематурия, примесь крови в эякуляте. Возможна эректильная дисфункция.

3. Признаки метастазирования – появление болей в костях (чаще в пояснице), значительная потеря веса (вплоть до кахексии), анемия, отеки нижних конечностей. Компрессия спинного мозга может проявляться парезами нижних конечностей, в более тяжелых случаях возможно и формирование плегий. Появление симптомов этой группы является маркером плохого прогноза.

Диагностика рака предстательной железы

Необходимые исследования для ранней диагностики РПЖ:

1. Тест на ПСА крови (скорость прироста, свободный ПСА и плотность ПСА). ПСА продуцируется секреторным эпителием предстательной железы и является протеолитическим ферментом, участвующим в поддержании оптимальных реологических параметров семенной жидкости. В физиологических условиях концентрация ПСА в сыворотке крови не превышает 2,5-4 нг/мл. При раке простаты, доброкачественной гиперплазии, простатите и

других патологических состояниях, сопровождающихся нарушением барьерной функции базального слоя клеток и базальной мембраны простатических желез, уровень ПСА сыворотки крови существенно повышается. Таким образом, тест на ПСА является важнейшим компонентом диагностики РПЖ, однако не может рассматриваться как специфический маркер злокачественной опухоли.

2. Пальцевое ректальное исследование (ПРИ) в типичных случаях выявляет увеличение, уплотнение и асимметрию долей предстательной железы; поверхность простаты становится неровной, «бугристой». Несмотря на низкую чувствительность ($\leq 30\%$) и специфичность (20-40%), этот метод позволяет определить мужчин, находящихся в группе риска РПЖ. Любое пальпируемое узловое образование в предстательной железе является показанием для выполнения трансректальной биопсии под контролем ТРУЗИ.

Определение ПСА и пальцевое исследование эффективны для обнаружения ранних стадий РПЖ. Раннее обнаружение и лечение РПЖ улучшает исходы и позволяет снизить связанную с ним смертность.

Другие методы (ТРУЗИ, трансректальная пункционная биопсия предстательной железы) могут быть использованы при обследовании пациентов, у которых имеются признаки, подозрительные на рак.

3. ТРУЗИ предстательной железы. При ТРУЗИ опухоль представлена гипозоногенными участками в структуре железы.

4. Биопсия предстательной железы по показаниям и под визуальным контролем за выполнением пункционной биопсии, обеспечивающим получение проб ткани предстательной железы прицельно из предполагаемых опухолевых очагов.

Дополнительные методы обследования на выявление больных РПЖ направлены на выявление отдаленных метастазов и поражения других органов:

1. УЗИ органов брюшной полости
2. Экскреторная урография.
3. Рентгенография грудной клетки, костей таза и поясничного отдела позвоночника
4. МРТ костей таза по показаниям
5. Остеосцинтиграфия

Основные методы лечения

Для выбора объема терапии необходимо определить стадию заболевания. Стадирование производится на основании TNM классификации (7-ое издание, 2010).

Основными методами лечения РПЖ в настоящее время являются:

1. Радикальная простатэктомия. Показанием для этого являются:

- локализованные формы рака (T₁-T₂c)
- ожидаемая продолжительность жизни более 10 лет
- отсутствие противопоказаний к анестезии.

Хирургическое лечение показано больным РПЖ низкого или промежуточного риска (клиническая стадия T_{1a}-T_{2c}, дифференцировка опухоли по шкале Глисона ≤ 7 , уровень ПСА ≤ 20 нг/мл) и ожидаемой продолжительности жизни > 10 лет (**уровень достоверности 1b**)

2. Гормонотерапия – один из основных методов лечения пациентов с распространенными формами рака простаты (Бикалутамид 150 мг/сутки или флутамид 750 мг/сутки). Также проводится андрогенная блокада путем двусторонней кастрацией или максимальной андрогенная блокада (сочетание кастрации и антиандрогенов). Краткосрочная (3 мес) или длительная (9 мес) неoadъювантная гормональная терапия перед радикальной простатэктомией не рекомендована у больных локализованным РПЖ стадии T₁-T₂ (**уровень доказательности 1a**). Немедленная адъювантная гормональная терапия после радикальной простатэктомии показана больным с наличием метастатического поражения лимфатических узлов (**уровень доказательности 1b**).

3. Дистанционная лучевая терапия.

4. Химиотерапия при гормонорезистентном раке предстательной железы (таксаны).

5. Лучевая терапия при локализованном и местнораспространенном РПЖ, а также при метастазировании (при костных метастазах, компрессиях спинного мозга, метастазах в головной мозг) с анальгезирующей целью или бисфосфонотерапия (золедроновая кислота и аналоги).

Альтернативные современные малоинвазивные методы лечения локализованного рака простаты - брахитерапия или внутритканевая лучевая терапия является вариантом лечения, при котором производят внедрение радиоактивных источников в предстательную железу (йод-125 или палладий-103.), HiFu-терапия – высокочастотный фокусированный ультразвук

6. Наблюдение. За пациентами пожилого возраста, при наличии у них сопутствующей тяжелой соматической патологии и отсутствии дизурических явлений возможно активное динамическое наблюдение. Это связано с тем, что осложнения от проведенного лечения могут значительно ухудшить качество жизни пациента, чем его не проведение.

Наблюдение за пациентом РПЖ после радикального лечения осуществляется онкологом совместно с врачом общей практики. Рекомендации по наблюдению представлены в таблице

Рекомендации	Уровень достоверности
У больных с отсутствием симптомов рекомендуется регулярный контроль уровня ПСА с проведением ПРИ. Данные процедуры следует проводить каждые 3 мес в течение 2 лет после терапии, затем 1 раз в 6 мес до 5 лет после лечения, затем ежегодно	2a
После проведения хирургического лечения (РПЭ) уровень ПСА > 0,2 нг/мл может быть ассоциирован с риском рецидива или прогрессирования заболевания	2a
После проведения лучевого лечения (брахитерапии или ДЛТ) повышение уровня ПСА > 2 нг/мл выше уровня, достигнутого в процессе проведения терапии (надир ПСА + 2 нг/мл) может быть ассоциировано с риском рецидива или прогрессирования заболевания	2a
Признаками рецидива заболевания могут быть как самостоятельное повышение уровня ПСА, так и только изменения по данным ПРИ (пальпируемое узловое образование)	2a
Проведение ТРУЗИ с прицельной биопсией определяемого образования или зоны анастомоза после проведения хирургического лечения целесообразно только в случае планирования последующего проведения местной терапии (спасительной лучевой терапии, HIFU, криоабляции и пр.). В случае планирования ГТ проведение гистологической верификации рецидива нецелесообразно	2a
При наличии подозреваемой генерализации заболевания рекомендуется проведение сканирования костей, рентгенографии легких, УЗИ или КТ органов брюшной полости и МРТ малого таза	3
В случае отсутствия признаков биохимического прогрессирования и клинических симптомов заболевания рутинное проведение сканирования костей нецелесообразно. В случае наличия костных болей, сканирование костей должно быть выполнено даже при нормальном уровне ПСА	2

Прогноз

Для оценки прогноза учитываются следующие параметры.

- 1) активность лактатдегидрогеназы более чем в 1,5 раза превышает верхнюю границу нормы;
- 2) уровень гемоглобина меньше нижней границы нормы;
- 3) скорригированный уровень кальция в сыворотке превышает 10 мг% (2,5 ммоль/л);
- 4) интервал между постановкой диагноза и началом системного лечения менее года;
- 5) функциональная активность по шкале Карновского 70% и менее;
- 6) метастазы в 2 органах и более.

Наличие у пациента трех и более из этих признаков - маркер неблагоприятного прогноза и низкой продолжительной жизни.

Профилактика

Эффективная профилактика РПЖ на сегодняшний день не разработана. Употребление в пищу продуктов, богатых фитостеролами (многие растительные продукты, особенно соя), понижают содержание мужских половых гормонов и тем самым могут снижать риск возникновения РПЖ. Ограничение употребления большого количества животных жиров, снижение калорийности питания также может рассматриваться как средство профилактики. Борьба с табакокурением рассматривается как важный фактор снижения риска возникновения данного заболевания. Занятия физической культурой и ведение активного образа жизни позволяют существенно снизить риск возникновения РПЖ и его осложнений. Борьба с ожирением рассматривается как отдельный фактор снижения риска возникновения заболевания.

Следует ежегодно проходить медицинский осмотр у врача на предмет состояния предстательной железы.

Мужчины в возрасте старше 50 лет должны ежегодно проходить пальцевое ректальное исследование и анализ крови на ПСА.

Мужчины в группе высокого риска, например те, в семье у которых были родственники с раком простаты, должны проходить такие ежегодные осмотры после 40 лет.

Деонтология и онкологическая настороженность в работе врача общей практики

Взаимоотношения врача с онкологическим больным должны строиться на основе внимания и сочувствия в зависимости от категории больных.

Больные с подозрением на рак. В большинстве случаев предположение о раке и необходимость обследования в онкологическом диспансере возникает, если у больного в течение некоторого времени наблюдаются симптомы, вызывающие тревогу. Этим больным следует ориентировать на необходимость консультации онколога с целью исключения злокачественного новообразования. Если подозрение на рак возникает случайно (при обследовании пациента, не предъявлявшего серьезных жалоб или при проведении профилактического осмотра), то для таких людей направление к онкологу является неожиданным. Им следует объяснить, что выявленные изменения могут оказаться предопухолевыми и нужно проконсультироваться с онкологом.

Больные с установленным диагнозом - рак. Перед врачом общей практики стоит задача подготовить больного к мысли о возможности операции или другого специального лечения. Система убеждений может строиться по принципу, что и при подозрении на рак может понадобиться оперативное, химиотерапевтическое или лучевое лечение. Сообщить больному, что у него рак, не всегда целесообразно, так как из-за распространенности процесса или сопутствующей патологии лечение в онкологическом диспансере может быть невозможным. Лучше ориентировать больного на то, что окончательное решение о выборе метода

лечения будет принято после дополнительного обследования больного в онкологическом учреждении. Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Пациенту должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе, использования этих сведений и в иных целях.

Психологическая подготовка пациента к предстоящему лечению

Больной понимает необходимость тщательного обследования и лечения, но боязнь операции и других видов специального лечения (лучевого, химиотерапевтического) настораживает пациента и может быть причиной отказа от предлагаемого лечения.

Причины отказа от лечения могут быть следующие:

- необоснованное, но очень стойкое представление о возможности излечиться травами или другими (нередко ядовитыми) средствами. Сложность для врача состоит в том, что больной нередко ориентирован на наличие у него доброкачественного процесса, при котором те или иные народные средства могут быть использованы. В таких случаях внимание больного следует заострить на возможности возникновения у него опасных осложнений или развития злокачественной опухоли при задержке с лечением;

- реакция отрицания, при которой больной в связи с хорошим самочувствием не верит в необходимость лечения. Таким больным необходимо разъяснить серьезность положения, указать на то, что заболевание будет прогрессировать, и что риск при операции меньше, чем опасность самой болезни. Если врач вынужден сказать больному об опухоли, то желательно говорить это не в виде достоверности, а только как серьезное предположение. Если больного все-таки не удастся побудить к лечению, то врач может оказаться вынужденным сказать правду. В этой ситуации нужно привести доказательства, что опухоль вполне поддается лечению;

- больного пугает неполноценное существование после операции. Такие переживания вполне обоснованы, но поскольку иной возможности излечения нет, то врач обязан убедить больного в необходимости оперативного вмешательства.

- неверие больного в возможность излечения. Обычно это аргументируется на случайных собственных наблюдениях или на негативной информации, полученной от людей мало сведущих в онкологии. Эти больные находятся в подавленном состоянии. В таких случаях врач должен убедить больного, что окончательный диагноз станет ясен только после микроскопического исследования препарата и, если будет обнаружен рак, то опухоль может быть излечена. В то же время отказ от лечения и потеря времени приведут к распространению опухоли, и прогноз может быть неблагоприятным;

- боязнь за исход операции может быть обусловлена сопутствующими или перенесенными заболеваниями сердца или других органов. В таких случаях нужно, не затягивая времени, провести обследование и начать в амбулаторных условиях коррекцию имеющихся нарушений, если это возможно. Больному нужно разъяснить, что в стационаре перед решением вопроса об операции ему проведут соответствующее лечение, которое обеспечит безопасность оперативного вмешательства.

Список литературы и интернет-ресурсы

1. Алгоритмы выявления онкологических заболеваний в работе врача общей практики. Методические рекомендации для организаторов здравоохранения, врачей общей практики, профильных специалистов, врачей-онкологов. М., 2009. –27 с.
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных раком предстательной железы. Ассоциация онкологов России. М., 2012. – 42 с.

3. Рекомендации лекарственного лечения больных раком предстательной железы. Практические рекомендации RUSSCO, версия 2013 г. // <http://www.rosoncoweb.ru>
4. Руководство по первичной медико-санитарной помощи. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1594 с.
5. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 году. Под ред. Давыдова М.И, Аксель Е.М. М.: Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, 2014.– 226 с.
6. Клиническая онкоурология под редакцией проф. Б.П.Матвеева, ООО «Издательский дом «АБВ пресс», М., 2011. - 934 с.
7. Энтони В. Д'Амико, Джером П.Рич, Издательство БИНОМ, М., 2011 г.- 896 с.
8. <http://www.oncology.ru/specialist/diagnostic/screening>
9. <http://лечение-рака.рф>
10. <http://www.medicalj.ru/diseases/cancrology>