

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д.Л. Пиневиц

01 октября 2011 г.

Регистрационный № 084-0811

**КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА  
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА  
ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

инструкция по применению

**УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:**

ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

**АВТОРЫ:** д-р мед. наук В.С. Дударев, П.Д. Демешко, канд. мед. наук А.В. Карман, д-р мед. наук С.А. Красный

Минск 2011

Первоначальное стадирование рака предстательной железы (далее — РПЖ) является ключевым фактором в выборе оптимальной схемы лечения больных. Стандартные диагностические методы, такие как определение уровня простат специфического антигена (далее — ПСА) в крови, трансректальное ультразвуковое исследование (далее — ТрУЗИ), компьютерная томография (далее — КТ) и клиническая оценка по данным пальцевого ректального исследования (далее — ПРИ) дают большой процент ложноотрицательных результатов при разграничении локализованного и местно-распространенного рака простаты. Разработанная методика комплексной лучевой диагностики распространенности опухолевого процесса у больных РПЖ с применением клинической стратификации на группы онкологического риска на основании данных ПРИ, определения уровня ПСА и степени злокачественности опухоли по шкале Глисона с последующим дифференцированным использованием различных диагностических методов. Точность подхода в разграничении локализованного и местно-распространенного РПЖ составила 82%.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Пациенты с впервые выявленным РПЖ после гистологической верификации диагноза без признаков отдаленных метастазов.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Противопоказаниями к магнитно-резонансной томографии (МРТ) являются:

1. Наличие искусственных водителей ритма.
2. Наличие смещаемых металлических ферромагнитных объектов вблизи крупных кровеносных сосудов.
3. Невозможность для пациента сохранять неподвижность во время обследования.
4. Клаустрофобия.
5. Эпилепсия, шизофрения.
6. Наличие аллергических реакций на МР-контрастные вещества по данным анамнеза (при исследовании с внутривенным контрастированием).
7. Наличие хронической почечной недостаточности (креатинин  $> 110$  мкмоль/л) (при исследовании с внутривенным контрастированием).
8. Временной интервал между биопсией предстательной железы и МРТ менее 4-х недель.

Абсолютных противопоказаний к применению КТ, ТрУЗИ и остеосцинтиграфии (ОС) с  $^{99m}$  технецием нет.

### **ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**Оценка степени местной распространенности опухоли и состояния тазовых лимфатических узлов**

На первом этапе устанавливается группа онкологического риска на основании данных ПРИ, уровня ПСА в крови и степени злокачественности опухоли по шкале Глисона в биоптате железы:

1. Низкий риск: ПСА  $\leq 10,0$  нг/мл, сумма Глисона  $\leq 6$  и местная распространенность опухоли cT1c-T2a.
2. Промежуточный риск: ПСА 10,1–20,0 нг/мл, или сумма Глисона=7, или местная распространенность опухоли cT2b.
3. Высокий риск: ПСА  $> 20,0$  нг/мл, или сумма Глисона  $\geq 8$ , или местная распространенность опухоли cT2c-T4.

В группе *низкого риска* оценка степени местной распространенности опухоли осуществляется на основании данных ПРИ, дополнительные методы лучевой диагностики не применяются.

В группе *промежуточного риска* всем пациентам выполняется МРТ области таза (при необходимости дополняется динамической МРТ с контрастированием). Оценивается степень местной распространенности опухоли и состояние тазовых лимфоузлов.

В группе *высокого риска* на первом этапе всем больным выполняется ТрУЗИ предстательной железы. При выявлении местно-распространенного процесса (cT3-4) с целью оценки тазовых лимфоузлов дополнительно проводится КТ области таза. При невозможности визуализировать опухоль или отсутствии признаков местно-распространенного процесса по данным ТрУЗИ проводится МРТ области таза (при необходимости дополняется динамической МРТ с контрастированием).

### **Диагностика метастатического поражения костей скелета с помощью остеосцинтиграфии с $^{99m}$ технецием**

Для решения вопроса о необходимости использования ОС оценивается уровень ПСА в крови и клиническая стадия заболевания. У больных локализованным РПЖ (cT2) и низким уровнем ПСА ( $\leq 20$  нг/мл) выполнять ОС нецелесообразно ввиду низкой частоты выявления метастазов в костях скелета при указанной комбинации прогностических факторов (около 1%). Во всех остальных случаях проводят ОС по стандартной методике.

На схеме представлен алгоритм комплексного использования различных диагностических методов.

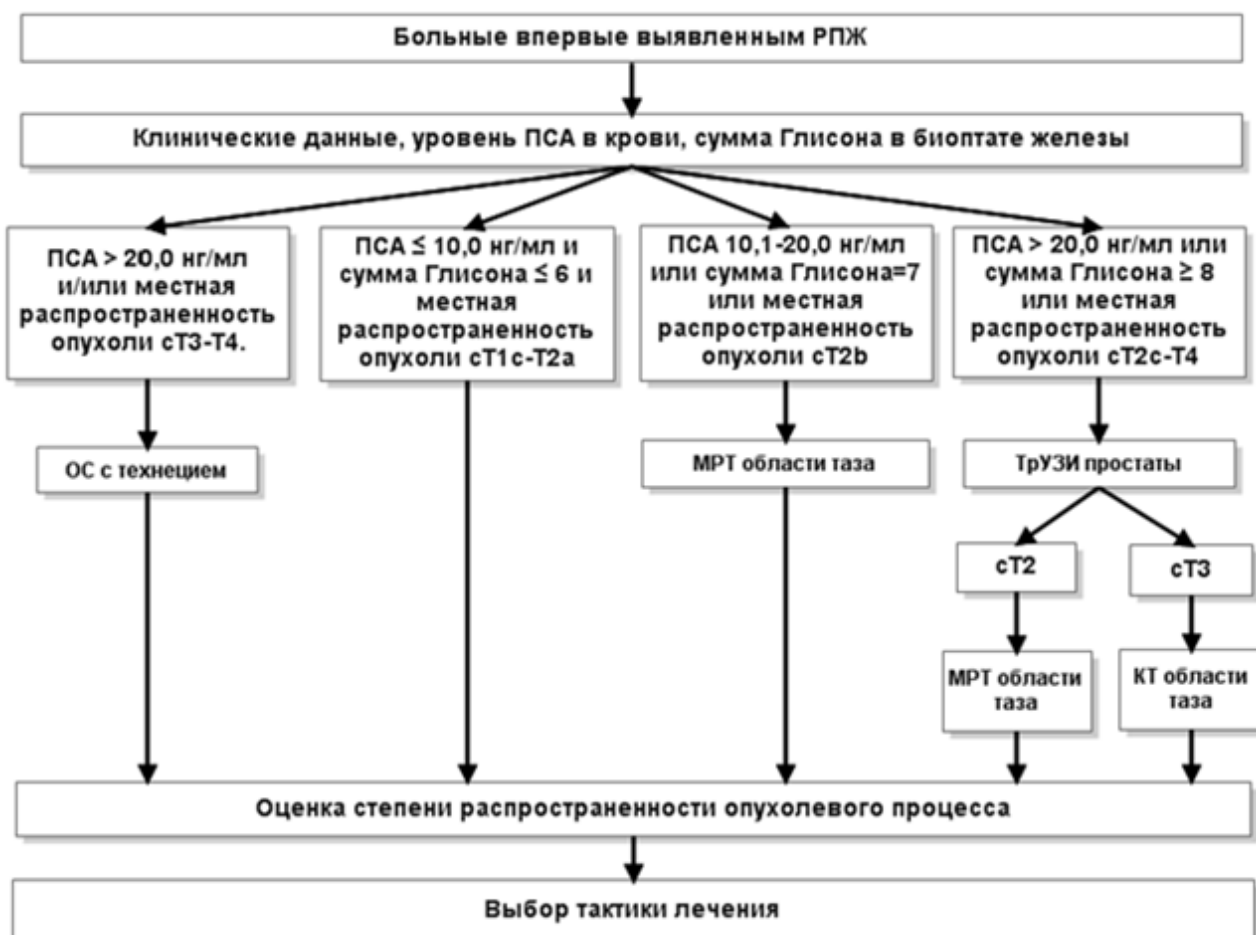


Схема. Алгоритм комплексной диагностики распространенности опухолевого процесса при РПЖ