

## Рецензия на статью «Онкологические результаты неoadъювантной химиогормональной терапии у больных раком предстательной железы высокого и очень высокого риска»

Review of the article “Oncological results of neoadjuvant chemohormonal therapy in patients with high and very high-risk prostate cancer”

Рак предстательной железы (РПЖ) является актуальной онкоурологической проблемой, что связано с сохраняющимися высокими показателями заболеваемости данной патологией. Наиболее высокие показатели заболеваемости РПЖ отмечаются в США, Канаде и ряде стран Европы, где он выходит на 1-е место в структуре онкологической патологии. В России также наблюдается неуклонный рост показателей заболеваемости РПЖ.

Тактика лечения больных РПЖ определяется распространенностью онкологического процесса. Местно-распространенный РПЖ характеризуется высокой частотой (до 50–70 %) развития биохимического рецидива после проведения хирургического лечения. Когорта больных РПЖ высокого риска характеризуется неблагоприятным прогнозом и высоким риском развития рецидива и прогрессирования заболевания после проведенных методов радикального лечения и зачастую требует мультимодального подхода к терапии.

В связи с высокой вероятностью биохимического прогрессирования заболевания у пациентов с РПЖ высокого риска поиск новых мультимодальных подходов к терапии этой когорты больных является весьма важной проблемой. По этой причине актуальность данной работы не вызывает сомнений. Тем не менее с учетом экспериментального характера предложенного варианта лечения больным, включенным в анализ (применение химиотерапии при РПЖ с отсутствием отдаленных метастазов), необходимо четкое понимание того факта, было ли данное исследование одобрено этическим комитетом. Кроме этого, больные должны быть информированы обо всех существующих вариантах стандартной терапии, представленной в клинических рекомендациях, а также должны подписывать информированное согласие на участие в данном клиническом исследовании.

Напротив, согласно существующим рекомендациям проведение хирургического лечения у больных с наличием метастатического поражения лимфатических узлов, диагностированного на этапах предоперационного обследования, возможно только в рамках клинических исследований. В данном анализе авторы демонстрируют, что только хирургическое лечение

без дополнительных методов лекарственной мультимодальной терапии было проведено 6 больным. В связи с этим необходимо четкое обоснование того факта, чем руководствовались авторы исследования, предлагая такой вариант лечения в данной популяции пациентов.

При анализе результатов исследования авторы использовали классификацию TNM 7-го пересмотра при оценке групп риска прогрессирования заболевания. Тем не менее в крупных ретроспективных многоцентровых исследованиях продемонстрировано, что использование клинической стадии cT2c как самостоятельного прогностического фактора при стратификации подгруппы высокого риска прогрессирования не оправдано при отсутствии прочих неблагоприятных факторов прогноза (таких как наличие низкодифференцированной опухоли с градацией  $\geq 8$  баллов по шкале Глисона, уровень простатического специфического антигена  $>20$  нг/мл и процент положительных биопсийных столбиков  $>50$  %). Это положение внедрено в разработанную классификацию NCCN подгрупп риска и связано с тем фактом, что опухолевоспецифическая выживаемость больных с наличием клинической стадии cT2c и отсутствием прочих неблагоприятных факторов прогноза не отличается от таковой в подгруппе больных РПЖ промежуточного риска.

В настоящее время в сообществе морфологов нет согласия в отношении возможности определения дифференцировки опухоли по шкале Глисона после проведенного предоперационного лекарственного лечения, в том числе с применением химио- или гормональной терапии. Большинство морфологов сходятся во мнении, что неoadъювантная лекарственная терапия препятствует возможности точного определения градации по шкале Глисона по причине наличия явлений лекарственного патоморфоза в опухоли. Тем не менее результаты ряда исследований также продемонстрировали возможность определения дифференцировки опухоли по шкале Глисона после проведенной предоперационной лекарственной терапии в рамках клинических исследований, однако при совместном пересмотре препаратов несколькими опытными профессиональными патологами. В противном случае

большинством патологов рекомендуется не оценивать градацию по шкале Глисона после проведенной неoadъювантной терапии, а указывать степень выраженности лекарственного патоморфоза.

В данном исследовании градация опухоли после неoadъювантного лечения определена у большинства больных, включенных в анализ ( $n = 32$ ), что свидетельствует либо о высоком профессиональном уровне морфолога, принимавшего участие в анализе операционного материала, либо о крайне слабо выраженном лекарственном патоморфозе.

Кроме этого, ограничением исследования, никак не снижающим интереса к работе, может быть отсутствие рандомизации и длительного периода наблюдения, который бы позволил оценить влияние нового метода терапии на общую выживаемость больных.

**К. М. Ньюшко, к.м.н.**

*(Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России)*