

## Ответ на рецензию к статье «Первый опыт выполнения циторедуктивной простатэктомии у пациентов с олигометастатическим раком предстательной железы после предшествующего химиогормонального лечения»

### Reply to review of the article "First experiment study in cytoreductive prostatectomy in patients with oligo-metastatic prostate cancer following neoadjuvant chemohormonotherapy"

В продолжение дискуссии о мультимодальном лечении при олигометастатическом раке предстательной железы нам представляется возможным следующим образом ответить на вопросы уважаемому рецензенту.

1. Мы склоняемся к обязательному проведению дистанционной лучевой терапии на ложе предстательной железы после выполненного циторедуктивного вмешательства при наличии экстрапростатического распространения опухоли, инвазии опухоли в семенные пузырьки и положительного хирургического края. Если у такого пациента констатирован статус pN+, при проведении лучевой терапии облучаются зоны регионарного лимфатического оттока.

2. Что касается предоперационной лекарственной терапии у пациентов с нейроэндокринной дифференцировкой опухоли и протоковой аденокарциномой предстательной железы, то в наше исследование мы включали пациентов только с ацинарной аденокарциномой предстательной железы. При обнаружении нейроэндокринной дифференцировки или протоковой аденокарциномы мы не включали таких больных в исследование, но, вероятно, не отказались бы от выполнения мультимодального лечения. Аналогично при наличии протоковой аденокарциномы мы проводили бы неоадьювантную химиогормонотерапию с последующим хирургическим лечением, но в случае нейроэндокринной дифференцировки, вероятно, отдали бы предпочтение комбинации андроген-депривационной терапии и аналогам соматостатина.

3. У пациентов с олигометастатическим раком предстательной железы с локализацией метастазов в нерегионарных лимфатических узлах (забрюшинных) в ходе простатэктомии нами выполнялась забрюшинная лимфаденэктомия, как при несеминомных герминогенных опухолях. В отношении одиночных костных метастазов нам представляется возможным проведение аблационной лучевой терапии.

4. Андроген-депривационная терапия является важным звеном в лечении пациентов с метастатическим раком предстательной железы, и 5 из 7 наших пациентов продолжили получать терапию аналогами лютеинизирующего гормона релизинг-гормона. Однако мы не пролонгировали андроген-депривационную терапию у пациента с лекарственным патоморфозом в опухоли IV степени, и при последующем наблюдении за ним мы убедились в правильности выбранного подхода, так как в течение 45 мес после операции у данного больного уровень простатического специфического антигена составляет 0 нг/мл и отсутствуют рентгенологические признаки метастазов в костях.

В заключение нам бы хотелось поблагодарить уважаемого профессора В.И. Широкограда за его вопросы, на которые мы постарались ответить.

*Коллектив авторов  
(ГАУЗ СО «Свердловский областной  
онкологический диспансер»)*