

## Рецензия на статью «Первый опыт выполнения циторедуктивной простатэктомии у пациентов с олигометастатическим раком предстательной железы после предшествующего химиогормонального лечения»

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

Авторы статьи обратились к очень интересной проблеме в онкоурологии: имеет ли право на существование простатэктомия у больных с наличием исходно установленного метастатического рака предстательной железы (РПЖ).

С учетом высокой заболеваемости РПЖ (в 2019 г. в России РПЖ был выявлен у 45763 мужчин, или у 15,7 % мужчин, заболевших злокачественными новообразованиями) с приростом 49,6 % за 10 лет (в 2009–2019 гг. 1-е место у мужчин), а также высокой запущенности, не уменьшающейся с течением времени (до 18,7 % больных РПЖ изначально имеют IV стадию заболевания, 20,7 % — III стадию), метастатическое поражение РПЖ приобретает большую актуальность. На сегодня в мире (и в России в том числе) ни в одних рекомендациях по онкологии и урологии не указывается и не обсуждается возможность выполнения простатэктомии даже при исходном олигометастатическом РПЖ. Основой лечения пациентов с исходно метастатическим РПЖ в соответствии с рекомендациями NCCN (Национальной сети по борьбе с раком), ESMO (Европейского общества медицинской онкологии), RUSSCO (Российского общества клинической онкологии) является лекарственная терапия (андроген-депривационная, химиотерапия, терапия антиандрогенами нового поколения). Однако в публикациях последних лет (Heidenreich A., Pfister D., Porres D. Cytoreductive radical prostatectomy in patients with prostate cancer and low volume skeletal metastases: results of a feasibility and case-control study. J Urol 2015;193(3):832–8. DOI: 10.1016/j.juro. 2014.09.089; Gandaglia G., Fosati N., Stabile A. et al. Radical prostatectomy in men with oligo-metastatic prostate cancer: results of a single-institution series with long-term follow-up. Eur Urol 2017;72(2):289–92 DOI: 10.1016/j.eururo. 2016.08.040) высказано предположение о потенциальной пользе простатэктомии у больных с наличием исходно олигометастазов при РПЖ.

Авторы представили довольно интересный материал на основе личного наблюдения ( $n = 7$ ) и лечения больных РПЖ с метастазами в нерегионарных лимфатических узлах (до 5 шт.) и костях (до 1–3 шт.). При этом наличие метастазов было подтверждено с помощью

современных методов диагностики, включая остеосцинтиграфию, магнитно-резонансную томографию, магнитно-резонансную томографию с диффузией всего тела (что по эффективности практически не уступает позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией), позитронно-эмиссионную томографию, совмещенную с компьютерной томографией, с  $^{68}\text{Ga}$ -простатическим специфическим мембранным антигеном.

#### Обсуждение результатов

1. Авторы не акцентировали внимание на исходных морфологических характеристиках опухоли: был ли у кого-нибудь из больных нейроэндокринный компонент опухоли или протоковая аденокарцинома. При получении морфологического результата после операции эти данные также не отражены.

На наш взгляд, морфологическая характеристика опухоли должна учитывать нейроэндокринный компонент и наличие протоковой аденокарциномы на этапе первичной биопсии предстательной железы, что, вероятно, будет влиять на выбор предоперационного лекарственного лечения.

Данные послеоперационного морфологического исследования должны учитывать, есть ли выход опухолевых клеток за пределы капсулы лимфатических узлов (при pN1), положительный хирургический край (R1, о чем авторы указывают в своей статье). Это, на наш взгляд, повлияет на необходимость послеоперационной лучевой терапии (безотлагательной или отсроченной).

2. С учетом того что у представленных больных уже имеются отдаленные метастазы (в костях, нерегионарных лимфатических узлах), нуждаются ли они в пожизненной андроген-депривационной терапии (андроген-депривационной терапии или в двусторонней орхэктомии)? Если да, поднимался ли этот вопрос в предоперационном плане (одномоментная билатеральная орхэктомия).

Отрадно отметить, что авторы представили интересный материал по пациентам с метастатическим РПЖ с олигометастазами и предложили тактику ведения

таких больных, которая позволила добиться увеличения выживаемости без прогрессирования. Подобный подход в обозримом будущем (по мере накопления опыта и статистики), вероятно, найдет отражение в рекомендациях по лечению больных метастатическим РПЖ как одно из основных руководств к действию и тактике.

Можем также констатировать, что в нашей онкоурологической практике за период с 2010 по 2020 г. включительно мы наблюдали 19 пациентов, которым выполнены циторедуктивные простатэктомии при наличии исходно олигометастазов РПЖ с максимальным сроком наблюдения 138 мес (более 11,5 года).

#### Вопросы к обсуждению

1. Хотелось бы услышать мнение авторов о месте и необходимости послеоперационной лучевой терапии на ложе предстательной железы и пути лимфатического оттока.
2. Хотелось бы услышать в плане дискуссии об отношении авторов к тактике предоперационной лекарственной терапии при нейроэндокринном компоненте опухоли и протоковой аденокарциноме. Повлияло бы это на выполнение операции или на отказ от циторедуктивной простатэктомии?
3. Какое отношение авторов к локальному воздействию на олигометастазы в виде лучевой терапии или хирургического их удаления?
4. Какое отношение авторов к пожизненной андроген-депривационной терапии после операции? При каких-то обстоятельствах допустимо применение прерывистой гормонотерапии?

**В.И. Широкопад, д.м.н., профессор**  
(ГБУЗ г. Москвы «Московская городская онкологическая больница №62 Департамента здравоохранения г. Москвы»)