Информационно-
консультативный портал
для урологических пациентов
03 uro 18+

Телемедицинская консультация врача-уролога

Пациент:

Имя: Владимир

Возраст: 53

Пол: Мужской

Врач:

ФИО: Шадёркин Игорь Аркадьевич

Специализация: Уролог

Учёная степень: кандидат медицинских наук

Дата и время:

обращения пациента за консультацией: 16.08.2025 17:21:45

формирования заключения врача: 16.08.2025 18:11:11

Ссылка на электронную версию:

Адрес в сети Интернет: https://03uro.ru/consultations/question/325065/answer/325067

Заключение врача

Жалобы

1. Диагностирован рак предстательной железы (РПЖ) II стадии.
2. Сумма по Глисону 7 (3+4).
3. ПСА — 1,3 нг/мл.
4. Сопутствующая аденома предстательной железы.
5. Вопрос о целесообразности лапароскопической простатэктомии и отказе от брахитерапии.

Анамнез заболевания

1. Данных о длительности заболевания, наличии симптомов (затруднённое мочеиспускание, гематурия, боль и др.), результатах биопсии, объёме опухоли, наличии/отсутствии метастазов нет.
2. Проведена оценка по шкале Глисона — 7 (3+4), что соответствует промежуточному риску.
3. ПСА на момент обращения — 1,3 нг/мл (относительно низкий показатель).
4. Указано наличие аденомы простаты.
5. Пациенту предложена лапароскопическая простатэктомия, брахитерапия не рекомендована.

Анамнез жизни

1. Возраст — 53 года.
2. Информация о сопутствующих заболеваниях, операциях, приёме лекарств, вредных привычках, семейном анамнезе онкологических заболеваний — не предоставлена.
3. Данных о сексуальной функции, качестве жизни, предпочтениях пациента — нет.

Интерпретация представленных данных

У пациента диагностирован рак предстательной железы II стадии, сумма по Глисону 7 (3+4), что соответствует опухоли промежуточного риска. ПСА — 1,3 нг/мл — относительно низкий, что может говорить о небольшом объёме опухоли либо о частичном блокировании продукции ПСА (например, на фоне приёма ингибиторов 5-альфа-редуктазы, если таковые применялись).

Аденома предстательной железы (доброкачественная гиперплазия) часто сопутствует РПЖ, но не влияет на тактику лечения рака.

Лапароскопическая простатэктомия — современный органоуносящий метод лечения локализованного и местно-распространённого РПЖ. Показания к операции определяются стадией, суммой по Глисону, уровнем ПСА, возрастом и общим состоянием пациента.

Брахитерапия (внутритканевая лучевая терапия) — эффективна при низком и промежуточном риске, но имеет ряд ограничений, связанных с анатомией простаты, объёмом

опухоли, выраженностью симптомов инфравезикальной обструкции (затруднённого мочеиспускания), наличием аденомы и индивидуальными особенностями.

Почему могли отказать в брахитерапии:

- Объём простаты > 50 мл (при выраженной аденоме) — технически затрудняет проведение процедуры.
- Симптомы обструкции мочеиспускания — повышают риск осложнений после брахитерапии (острая задержка мочи, выраженная дизурия).
- Локализация или распространённость опухоли, не позволяющая провести локальное облучение.
- Риск экстракапсулярного распространения или вовлечения семенных пузырьков.

Ваша ситуация требует индивидуального подхода: при сумме по Глисону 7 (3+4), II стадии и возрасте 53 года радикальная простатэктомия является стандартом лечения, особенно если есть выраженная аденома и симптомы нарушения мочеиспускания.

Заключение

1. Диагноз: рак предстательной железы II стадии, сумма по Глисону 7 (3+4), ПСА 1,3 нг/мл, сопутствующая аденома простаты.
2. Показания к радикальной простатэктомии — обоснованы (возраст, промежуточный риск, сопутствующая аденома).
3. Брахитерапия в вашем случае, вероятно, не рекомендована из-за объёма простаты, выраженности аденомы или риска осложнений (это стандартная практика).
4. Окончательное решение о тактике лечения должно приниматься на основании полного обследования (МРТ малого таза, биопсия, оценка объёма простаты, консультация онкоуролога).

Рекомендации

1. Уточнить у лечащего врача:
    - Объём простаты по данным УЗИ/МРТ.
    - Есть ли симптомы затруднённого мочеиспускания.
    - Результаты МРТ малого таза (нет ли признаков выхода опухоли за пределы капсулы, поражения лимфоузлов).
    - Проводилась ли оценка рисков по шкале D’Amico (низкий/промежуточный/высокий риск).
2. Если есть сомнения — получить второе мнение у онкоуролога, специализирующегося на органосохраняющих и лучевых методах лечения.
3. Обсудить с врачом возможные последствия простатэктомии (эректильная функция, недержание мочи, реабилитация).
4. При выраженной аденоме простаты и симптомах нарушения мочеиспускания — хирургическое лечение предпочтительнее.
5. После операции — регулярный контроль ПСА, наблюдение у уролога-онколога.
6. В случае необходимости — реабилитация эректильной функции, контроль мочеиспускания.

Дополнительная информация и инструкции

1. Перед операцией рекомендуется:
    - Сдать общий и биохимический анализ крови, коагулограмму, анализ мочи.
    - Пройти МРТ малого таза с контрастированием (если не проводилось).
    - Обсудить с врачом все возможные варианты лечения, их плюсы и минусы.
    - Подготовить список вопросов к хирургу (о рисках, прогнозе, сроках восстановления).
2. После операции — вести дневник мочеиспускания (при необходимости), контролировать уровень ПСА.
3. В случае появления новых симптомов — немедленно обращаться к врачу.

Пояснение: Ваша ситуация типична для пациентов с промежуточным риском РПЖ и сопутствующей аденомой. Лапароскопическая простатэктомия — современный и эффективный метод лечения, позволяющий радикально удалить опухоль и устранить симптомы аденомы. Отказ от брахитерапии в вашем случае, скорее всего, обоснован анатомическими и клиническими особенностями. Окончательное решение должно приниматься после очной консультации и полного обследования.