



# РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рекомендации  
для пациентов



Телефон «горячей линии» по вопросам медицинской,  
юридической и психологической поддержки

**8 800 30 10 20 9**

/круглосуточно/

Звонки для жителей России – бесплатно

[info@russcpa.ru](mailto:info@russcpa.ru) | [russcpa.ru](http://russcpa.ru)

**БИБЛИОТЕКА ПАЦИЕНТА**

---

**А. С. Маркова**

# **РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Рекомендации для пациентов

Москва  
2020

## **Рак предстательной железы. Рекомендации для пациентов. – М., 2020.**

**Маркова А. С.**

### **Авторы:**

**Анна Сергеевна МАРКОВА** – к. м. н., научный сотрудник, врач-онколог отделения хирургических методов лечения №4 (онкоурологии) ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России

автор блока психологической помощи:

**Анна Александровна КАН** – клинический психолог ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, член Российского общества клинической онкологии (RUSSCO), член Общества специалистов поддерживающей терапии в онкологии (RASSC, MASCC), член Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи

автор юридического блока:

**Ольга Борисовна ИВАНОВА** – юрисконсульт МРОО «Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!»

**РЕЦЕНЗЕНТ: Всеволод Борисович МАТВЕЕВ** – д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, заместитель директора по научной и инновационной работе, заведующий хирургическим отделением №4 (онкоурологии) ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России

### **ВАЖНО! В соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»:**

*Данная брошюра содержит важные факты о лекарственных препаратах, но не предоставляет полную информацию о них. В случае возникновения каких-либо вопросов о лекарственной терапии – обратитесь к врачу, обсудите возможные преимущества, побочные эффекты терапии. Информация в брошюре не носит рекламный характер и предназначена для формирования общего представления о заболевании и возможностях современной медицины.*

**Брошюра не является рекомендацией к лечению.**

## *Дорогие читатели!*

Выявление онкологического заболевания является огромным потрясением для каждого человека, в каком бы возрасте это не случилось. Мы часто слышим о случаях с неблагоприятным исходом, как правило при запущенных формах рака, но так мало знаем о счастливых историях побед. Отрицательный настрой мешает детально разобраться в ситуации и ввергает в депрессию. Сегодня очень многим пациентам с онкологическими заболеваниями удается достичь длительной ремиссии, сохранить качество жизни и социальную активность, продолжить трудовую деятельность. Столкнувшись с диагнозом «рак», очень важно избавиться от отрицательных стереотипов и сконцентрировать силы на том, чтобы получить максимальное количество информации и разобраться в возможностях лечения своего заболевания.

Рак предстательной железы – нередкий диагноз у мужчин после 50 лет. В последние годы в лечении рака простаты достигнуты значительные успехи, особенно в области распространённых форм данного заболевания. Появление целого ряда новых лекарственных препаратов позволяет многим пациентам с отдалёнными метастазами совмещать привычный ритм жизни с лекарственной терапией в течение длительного времени. Особенностью рака простаты, как заболевания, является его гетерогенность – когда вид лечения зависит не только от стадии заболевания, но от многих других параметров, среди которых важную роль играет выбор самого пациента. Современный пациент – информированный пациент, способный принимать взвешенное решение о тактике диагностики и лечения совместно со своим лечащим врачом.

Сейчас в интернете имеется огромное количество разрозненных текстов, среди которых трудно разобраться неподготовленному читателю. Здесь можно встретить обнадеживающие данные от зарубежных клиник, готовых лечить даже самые запущенные формы заболеваний, статьи с устаревшей или неполной информацией и далёкие от медицины «авторские» рекомендации. Но при кажущемся обилии источников сложно найти полное современное описание заболевания, ведь клинические рекомендации постоянно обновляются, особенно в части лекарственного лечения. Надеюсь, именно поэтому данная брошюра будет полезна для пациентов и их родственников!

*С наилучшими пожеланиями,*

**Всеволод Борисович МАТВЕЕВ**

*д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН*

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>ЗАБОЛЕВАНИЕ</b>	<b>6</b>
Что такое рак простаты? _____	6
Факторы риска _____	8
Симптомы _____	8
Диагностика _____	9
Стадии _____	12
<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	<b>16</b>
Локализованный и местно-распространённый РПЖ _____	16
Метастатический РПЖ _____	21
Кастрационно-резистентный рак (КРРПЖ) _____	26
<i>Неметастатический КРРПЖ</i> _____	27
<i>Метастатический КРРПЖ</i> _____	28

<b>ПРОФИЛАКТИКА</b>	<b>33</b>
Профилактика побочных эффектов _____ гормональной терапии	33
Профилактика развития РГЖ _____	36
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА</b>	<b>38</b>
<b>ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ</b>	<b>44</b>
<b>ГЛОССАРИЙ</b>	<b>53</b>
<b>ПОЛЕЗНЫЕ КОНТАКТЫ</b>	<b>57</b>



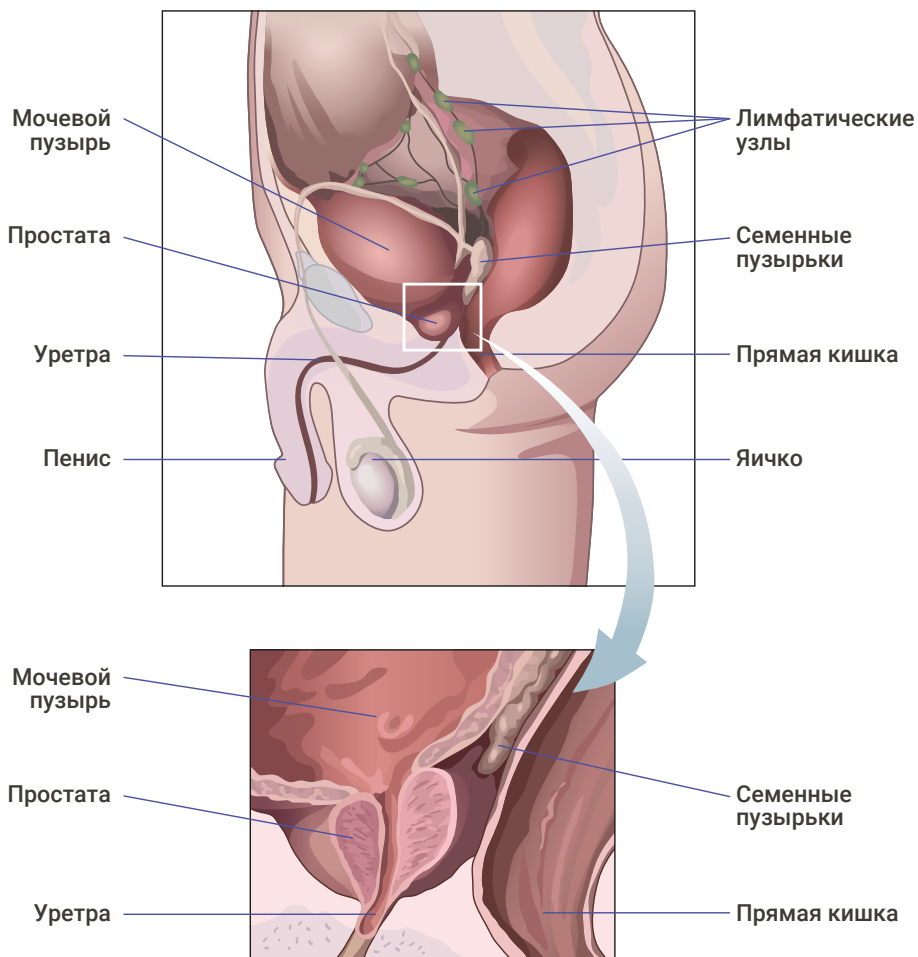
# Заболевание





## Что такое рак простаты?

Рак предстательной железы (РПЖ) развивается в результате неконтролируемого роста опухолевых клеток предстательной железы. Рак простаты – злокачественная опухоль, которая является одной из самых распространенных у мужчин. Вероятность выявления РПЖ увеличивается с возрастом. Предстательная



железа (или простата) представляет собой мышечно-железистый орган, размером и формой напоминающий каштан и располагающийся в малом тазу под мочевым пузырём. Простата может быть пропальпирована через стенку прямой кишки при пальцевом ректальном исследовании. Сквозь неё проходит мочеиспускательный канал и два семявыбрасывающих протока. Предстательная железа вырабатывает секрет, который является частью семенной жидкости. Её развитие и функция зависят от выработки мужских половых гормонов (андрогенов), поэтому нередко в схемах лечения рака простаты присутствуют препараты, подавляющие уровень андрогенов (например, тестостерона) в организме.



*Рак предстательной железы диагностируется преимущественно у мужчин старше 60-65 лет, но может встречаться и в более молодом возрасте. Первичное обследование (скрининг) на предмет выявления РПЖ рекомендуется проводить, начиная с 40-45 лет, так как появлению первых симптомов заболевания может предшествовать длительное бессимптомное течение.*

Медленный рост опухоли и отсутствие симптомов на ранних стадиях характерны для большинства случаев рака простаты. Однако встречаются и высокозлокачественные формы опухолей простаты, которые склонны к быстрому распространению в окружающие их ткани (инвазивному росту) и другие органы (метастазированию). На протяжении последних лет наблюдается неуклонный рост заболеваемости РПЖ. Ежегодно диагноз РПЖ ставится примерно 40 000 мужчин в нашей стране.



## Факторы риска

Причины развития РПЖ до конца не изучены. При этом высока роль наследственной передачи заболевания.



*Вероятность развития опухоли предстательной железы у мужчины, у которого один из ближайших родственников первой степени родства (отец или брат) болел РПЖ, почти **в 2 раза выше**, чем в популяции.*

Также установлено, что РПЖ чаще встречается среди профессий, связанных с повышенной лучевой нагрузкой (например, пилоты авиации и т.п.). К другим факторам риска развития РПЖ относят курение и лишний вес. Считается, что употребление большого количества жиров животного происхождения и злоупотребление алкоголем также может повышать риск развития РПЖ.

## Симптомы рака простаты

Первые симптомы заболевания появляются при выраженном местном или системном распространении заболевания. По мере увеличения размеров опухоли происходит сдавление мочеиспускательного канала, что приводит к затруднению мочеиспускания и задержке мочи. Но нередко затруднения мочеиспускания возникают и при наличии аденомы ПЖ (доброкачественной опухоли, не имеющей отношения к раку). В этих случаях РПЖ может быть просто случайной находкой при проведении обследования, так как два заболевания могут протекать параллельно друг другу. Распространение опухоли на мочевой пузырь и прямую кишку может привести к кровотечению. Боли в промежности, кровь в моче или

кале, ослабление/исчезновение эректильной функции могут быть симптомами прогрессирующего РПЖ. Помимо этого, возможно распространение метастазов опухоли предстательной железы по организму с появлением очагов в лимфатических узлах, костях, лёгких, печени и других органах. Наиболее частой локализацией метастатических очагов при РПЖ являются кости. Костные метастазы могут вызывать боль, развитие патологических переломов, сдавление спинного мозга с параличами и парезами, появление прощупываемой опухоли. Появление болей в спине у мужчины целевой возрастной категории, которые сохраняются после проведения стандартного курса медикаментозной терапии, является обязательным поводом для онкологической настороженности и обследования. Метастатическое поражение лимфатических узлов таза может быть причиной выраженных отёков нижних конечностей. В отдалённом периоде заболевания при множественных метастазах в печени возможно развитие желтухи, а при массивном поражении лёгких метастазами – появление кашля и кровохарканья.

## Диагностика РПЖ

**ДИАГНОСТИКА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРОВЕДЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРОЦЕДУР:**

- ◆ **анализ крови на простатоспецифический антиген (ПСА);**
- ◆ **пальцевое ректальное исследование;**
- ◆ **биопсия предстательной железы;**
- ◆ **различные виды обследований для исключения отдалённых метастазов при положительном результате биопсии простаты.**

С целью ранней диагностики заболевания в первую очередь проводится определение уровня ПСА в крови. Проведение ПСА-тестирования мужчинам >50 лет в частности целесообразно при наличии факторов риска, а при наличии РПЖ у ближайших родственников по мужской линии – в возрасте 40-45 лет.

Периодический контроль уровня ПСА (каждые 2 года) показан мужчинам с уровнем ПСА >1 нг/мл в возрасте 40 лет и с уровнем ПСА >2 нг/мл в возрасте 60 лет. В случае получения повышенного значения (выше 4 нг/мл) обязательна консультация онкоуролога и проведение дополнительного обследования. Важно отметить, что высокий уровень ПСА, выявленный однократно, не является прямым показанием к биопсии. Необходимо повторно определить уровень ПСА через несколько недель при помощи того же анализа в стандартных условиях (т. е. без предшествующих эякуляции и таких манипуляций, как катетеризация, цистоскопия или трансуретральная резекция простаты или мочевого пузыря, и при отсутствии инфекции мочевых путей) в той же диагностической лаборатории с использованием тех же методов.

Причинами незначительного повышения уровня ПСА также могут быть наличие простатита и/или аденомы простаты, поэтому подтвердить диагноз РПЖ возможно только при помощи биопсии простаты, при которой с помощью специальной иглы производится забор нескольких кусочков опухолевой ткани.

Существуют разные виды биопсии простаты. Но стандартно выполняется трансректальная (через прямую кишку) биопсия простаты под контролем ультразвукового исследования (УЗИ), при которой используется трансректальный ультразвуковой датчик (ТРУЗИ) с рабочим каналом для проведения иглы. Местное обезболивание позволяет уменьшить неприятные ощущения и сделать эту процедуру сравнимой с ТРУЗИ без биопсии.

## **ВАЖНО!**

**В некоторых случаях, когда требуется точная визуализация очага опухоли и особенно при проведении повторной биопсии простаты, проводят биопсию под контролем магнитно-резонансной томографии (МРТ) и УЗ-контролем («фьюжн» биопсия).**

Но в некоторых случаях от выполнения биопсии простаты можно воздержаться. При пограничном уровне ПСА от 2-10 нг/мл

могут быть выполнены дополнительные анализы, которые с большой долей достоверности позволят сделать заключение о вероятности наличия/отсутствия рака у пациента. К ним относятся калькуляторы риска выявления РПЖ, анализы крови на индекс здоровья предстательной железы PHI (Prostate Health Index) и индекс 4К, а также анализ мочи, собранной после массажа предстательной железы, на ПСА-3 (Progenesa). Выполнение мультипараметрической МРТ (мпМРТ) перед биопсией простаты с определением балла по шкале PI-RADS также сможет дать дополнительную информацию о необходимости выполнения биопсии ПЖ.

## **ВАЖНО!**

**При отрицательном результате мпМРТ (PI-RADS  $\leq 2$ ) и при низкой вероятности наличия рака предстательной железы с клинической точки зрения возможно отказаться от выполнения биопсии простаты при согласии пациента.**

Важно отметить, что опухоли ПЖ сильно различаются по степени злокачественности и обладают разным характером течения. Определение степени злокачественности опухоли возможно только при изучении образца ткани опухоли под микроскопом (гистологическое исследование). Эту информацию, обязательную для планирования лечения, позволяет получить биопсия простаты. В заключении, сделанном патоморфологом, в обязательном порядке должна присутствовать сумма баллов по шкале Глисона и по новым стандартам градация по классификации Международного общества уропатологов (ISUP) 2014 года, которые позволяют сделать вывод об агрессивности опухоли и прогнозе заболевания. В некоторых случаях кроме стандартного описания типа опухоли может потребоваться дополнительное исследование тканевых и генетических маркеров. Генетическое консультирование пациента особенно показано пациентам, имеющим положительный наследственный анамнез заболевания, а также в случаях выявления РПЖ в молодом возрасте и/или крайне высокой степени злокачественности.

При выявлении рака простаты по результатам биопсии проводится дополнительное обследование с целью стадирования, т.е. определения стадии заболевания. Для оценки распространения первичной опухоли могут быть назначены ТРУЗИ или МРТ малого таза, а для исключения отдалённых метастазов такие исследования, как УЗИ, КТ или МРТ брюшной полости, рентгенография или КТ грудной клетки, радиоизотопная сцинтиграфия костей скелета, ПЭТ или МРТ всего тела, КТ головного мозга. При опухолях умеренного и высокого риска прогрессирования для оценки местной распространённости опухоли рекомендовано выполнение мМРТ малого таза. В остальном выбор объёма обследований зависит от конкретной клинической ситуации.



*При решении вопроса об объёме обследования принят такой принцип, что дополнительные визуализационные методы исследования следует применять только в том случае, когда полученные данные могут повлиять на ход лечения.*

## Стадии рака простаты

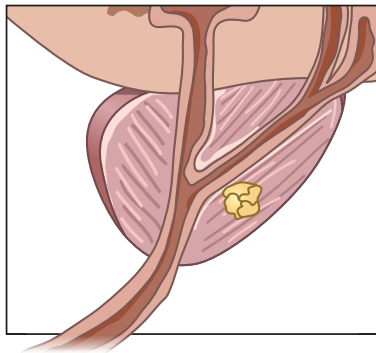
Стадирование РПЖ осуществляется в соответствии с принятой классификацией TNM, которая представляет собой сокращение от английских слов tumor – первичная опухоль, node – лимфатический узел, metastasis – метастаз. Стадия заболевания выставляется в зависимости от полученных данных TNM по результатам проведенного обследования.

Стадия	Первичная опухоль (Т)	Регионарные лимфатические узлы (N)	Отдалённые метастазы (M)
ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ РАК	<b>T1</b> Опухоль находится внутри предстательной железы, но не пальпируется при пальцевом ректальном исследовании	<b>N0</b> Рака нет в рядом расположенных лимфоузлах	<b>M0</b> Рак не распространился на окружающие органы и ткани
	<b>T2</b> Опухоль пальпируется при пальцевом ректальном исследовании	<b>N0</b>	<b>M0</b>
МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫЙ РАК	<b>T3</b> Опухоль распространяется за пределы капсулы ПЖ, может прорастать семенные пузырьки	<b>N0</b>	<b>M0</b>
	<b>T4</b> Опухоль распространяется на рядом расположенные структуры (мочевой пузырь, прямая кишка, стенки таза)	<b>N0</b>	<b>M0</b>
	<b>любая Т</b>	<b>N1</b> Наличие рака в рядом расположенных лимфоузлах – метастазы в регионарные лимфоузлы	<b>M0</b>
МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ РАК	<b>любая Т</b>	<b>любая N</b>	<b>M1</b> Рак распространился на окружающие органы и ткани – отдаленные метастазы



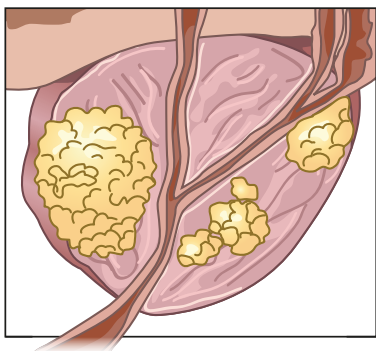
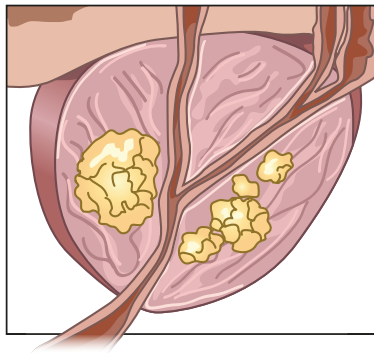
### **I стадия**

*Появление опухоли внутри предстательной железы*



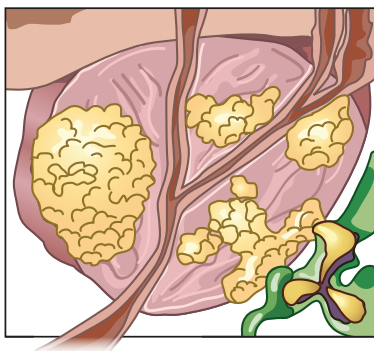
### **II стадия**

*Рост опухоли внутри предстательной железы*



### **III стадия**

*Прорастание опухоли за пределы капсулы предстательной железы*



### **IV стадия**

*Распространение опухоли на близлежащие органы и ткани*



[info@russcpa.ru](mailto:info@russcpa.ru)



8 800 30 10 20 9 круглосуточно  
(для жителей России звонок бесплатный)



Лечение



## Подходы к лечению РПЖ

Принципиально отличаются подходы к лечению локализованного и местно-распространённого от метастатического РПЖ. При отсутствии отдалённых метастазов возможно проведение радикальных видов лечения, таких как хирургическая операция по удалению ПЖ (радикальная простатэктомия – РПЭ) и варианты лучевой терапии (ЛТ) по радикальной программе. При выявлении отдалённых метастазов основой лечения становится системная лекарственная терапия.

## Виды лечения локализованного и местно-распространённого РПЖ

Виды лечения локализованного и местно-распространённого РПЖ различаются в зависимости от группы риска прогрессирования заболевания, которая определяется степенью злокачественности и стадией заболевания. Также при планировании лечения учитываются возраст пациента, спектр сопутствующих заболеваний и ожидаемая продолжительность жизни, так как в большинстве случаев рак простаты развивается медленно и от локализованной до метастатической стадии заболевания может пройти более 10 лет. Перечисленные факторы определяют круг возможностей лечения в каждом конкретном случае.



*После обсуждения с лечащим врачом потенциальных вариантов лечения, возможных в его клинической ситуации, на основании полученной информации пациент принимает взвешенное решение о выборе метода лечения.*

Задача лечащего врача максимально полно проинформировать пациента о плюсах и минусах каждого вида лечения.

## **ОТСРОЧЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ (АКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ/ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА)**

Около 45% мужчин, у которых РПЖ выявлен при ПСА-тестировании, т.е. на ранней стадии, являются кандидатами для отсроченного лечения, что позволяет сохранить прежнее качество жизни и избежать избыточного лечения и его осложнений.

### **Активное наблюдение**

Означает, что на данный момент нет необходимости в немедленном лечении. Активное наблюдение предлагается в качестве альтернативы РПЭ и ЛТ пациентам из группы низкого риска прогрессирования заболевания и с ожидаемой продолжительностью жизни >10 лет. Радикальное лечение откладывается до появления первых признаков прогрессирования (рост ПСА и т.п.). Для контроля развития заболевания предусмотрено регулярное проведение обследований. Наблюдение должно включать ректальное исследование (не реже 1 раза в год), ПСА (не реже 1 раза в 6 месяцев) и повторные биопсии (1 раз в 3–5 лет или при появлении признаков прогрессирования) с предварительным проведением мпМРТ.

### **ВАЖНО!**

При контроле состояния пациента в течение 10 лет активное наблюдение так же эффективно, как и радикальное лечение, но вероятность появления отдалённых метастазов в 2 раза выше.

Частота развития отдалённых метастазов при активном наблюдении все же относительно невысока и составляет 6%, поэтому отсроченное лечение требуется далеко не всем пациентам.

### **Выжидательная тактика**

Может быть предложена пациентам без симптомов заболевания, не подходящим для радикального лечения, или при короткой

ожидаемой продолжительности жизни (<10 лет). Паллиативное лечение следует начинать при появлении симптомов и признаков прогрессирования заболевания.

### **РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ (РПЭ)**

Является одним из вариантов радикального лечения РПЖ, направленного на полное излечение заболевания. РПЭ предполагает удаление ПЖ с семенными пузырьками и восстановление целостности мочеиспускательного канала. Удаление регионарных лимфатических узлов выполняется при РПЖ высокого риска и в ряде случаев при умеренном риске. У пациентов, являющихся кандидатами для РПЭ, допустимы все варианты хирургического лечения (открытая, лапароскопическая или робот-ассистированная операция). Ни один из подходов не показал чёткого преимущества в отношении функциональных и онкологических результатов. Кандидатами для РПЭ являются пациенты с локализованным РПЖ и ожидаемой продолжительностью жизни >10 лет. При местно-распространённом РПЖ также возможно рассмотрение варианта РПЭ в рамках мультимодального подхода у отобранных пациентов. Последний предполагает проведение комплексного лечения в сочетании с лучевой и гормональной терапиями.

Вопрос сохранения потенции нередко является важным для пациента при выборе лечения, так как одним из основных осложнений операции по удалению простаты является нарушение эректильной функции, обусловленное пересечением сосудисто-нервных пучков.



*Для сохранения потенции выполняется нервосберегающая операция, возможная у пациентов с нормальной половой функцией до операции и низким риском распространения рака за пределы простаты.*

Для определения возможности выполнения нервосберегающей операции рекомендуется мпМРТ малого таза.

Еще одним значимым осложнением хирургического лечения является недержание мочи различной степени выраженности (от подтекания по каплям до полного недержания). Однако, подобные проблемы с мочеиспусканием развиваются только у небольшого процента пациентов. Лёгкая степень недержания мочи корректируется тренировкой мышц тазового дна в послеоперационном периоде. При сильном недержании мочи возможна хирургическая коррекция с установкой слингов или искусственного сфинктера.

## ВАЖНО!

После радикальной простатэктомии определение уровня ПСА рекомендуется каждые 3 месяца в течение первого года, каждые 6 месяцев в течение второго и третьего года, далее ежегодно. **Повышение уровня ПСА после радикальной простатэктомии >0,2 нг/мл свидетельствует о рецидиве заболевания.**

## ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (ЛТ)

Дистанционная ЛТ должна быть предложена всем больным РПЖ без отдалённых метастазов вне зависимости от группы риска. При РПЖ умеренного риска рекомендовано сочетание ДЛТ с краткосрочной андрогендепривационной терапией (АДТ) длительностью 4–6 месяцев, при РПЖ высокого риска – на фоне длительной адъювантной АДТ (2–3 года).

Осложнениями лучевой терапии могут быть длительные постлучевые циститы и ректиты, связанные с лучевым воздействием на мочевой пузырь и прямую кишку. Степень выраженности может варьироваться от лёгкого дискомфорта при мочеиспускании или дефекации до сильных болевых ощущений, возможно с развитием кровотечения. Важно отметить, что на современных лучевых установках, позволяющих обеспечить точное наведение и прицельное облучение, частота побочных эффектов лечения значительно ниже, чем это было ранее.

## **ВАЖНО!**

Три последовательных повышения уровня ПСА после минимального значения, достигнутого после лучевой терапии (надира), определяют как рецидив заболевания.

### **БРАХИТЕРАПИЯ (ВНУТРИКАНЕВАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ)**

Низкодозная брахитерапия предполагает хирургическую операцию по имплантации постоянных зёрен с использованием изотопа иода-125 (чаще) или палладия-103, обеспечивающих длительное местное лучевое воздействие в большей дозе, чем при дистанционном облучении. При этом обеспечивается радиационная защита для самого пациента и окружающих.

Брахитерапия является возможным методом лечения у больных РПЖ низкого риска при небольшом объёме предстательной железы ( $\leq 50$  см<sup>3</sup>), отсутствии трансуретральной резекции (ТУР) предстательной железы в анамнезе и хорошем качестве мочеиспускания. Исходный уровень ПСА не должен превышать 10 нг/мл. Однако, на современном этапе наличие ТУР простаты в анамнезе и строгие ограничения по объёму железы перестали быть абсолютными противопоказаниями.

### **ЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОМ РАКЕ**

Предоперационная гормональная терапия перед РПЭ не рекомендована. Послеоперационная гормональная терапия (иногда в сочетании с лучевой терапией на зоны регионарного метастазирования) является стандартом лечения при поражении регионарных лимфатических узлов (pN+). Но в такой ситуации методом выбора может быть также динамическое наблюдение, если было выполнено расширенное удаление лимфатических узлов таза, а послеоперационный уровень ПСА  $< 0,1$  нг/мл.

Гормональная терапия как самостоятельный метод лечения редко применяется при отсутствии отдалённых метастазов, но может быть предложена пациентам группы высокого риска, которые не хотят или не могут получить ни один из видов местного лечения.

## Лечение метастатического РПЖ

Выявление отдалённых метастазов предполагает использование лекарственной терапии, так как РПЖ в большинстве случаев характеризуется медленным прогрессированием, а современные возможности лечения позволяют продлить жизнь и сохранить её качество на длительный период времени. Кроме того, пациенты, имеющие одинаковый, на первый взгляд, диагноз – метастатический РПЖ – сильно отличаются как по прогнозу течения заболевания, так и по подходам к лечению. Большое значение имеет объём метастатического поражения. Наличие единичных метастатических очагов прогностически более благоприятно, чем наличие множественных метастазов. Также имеет значение характер метастатических очагов, их локализация и размер. Оказывает влияние наличие/отсутствие симптомов заболевания и их выраженность.

При наличии отдалённых метастазов лечебное воздействие (хирургическое, лучевое) на первичный очаг опухоли в предстательной железе уходит на второй план и проводится только в случае необходимости (появление симптомов) или в рамках комплексного лечения при наличии единичных метастатических очагов. Метастатический РПЖ требует системного лекарственного лечения, основной целью которого является снижение уровня мужских половых гормонов (андрогенов) для подавления роста опухоли и ее отсевов.

Для снижения уровня андрогенов преимущественно назначается андроген-депривационная терапия (АДТ) препаратами группы агонистов и антагонистов лютеинизирующего гормона рилизинг-гормона (ЛГРГ) и значительно реже выполняется хирургическая кастрация (операция по удалению яичек). Выбор в пользу лекарственного лечения очевиден, так как позволяет избежать операции, на которую трудно решиться по психологическим и эстетическим причинам.

Терапия агонистами и антагонистами ЛГРГ хорошо переносится пациентами и не имеет выраженных побочных эффектов, поэтому позволяет сохранить привычный уровень активности. Но некоторые значимые аспекты следует обязательно учесть при планировании лечения.





*Основным побочным эффектом гормонального лечения при раке простаты является нарушение потенции, что является неизбежным следствием подавления тестостерона.*

При длительной АДТ в постоянном режиме следует более внимательно относиться к коррекции имеющихся сердечно-сосудистых проблем и остеопороза, так как снижение тестостерона способствует более быстрому течению возрастных изменений.

Введение лекарства осуществляется в амбулаторных условиях и представляет подкожную или внутримышечную инъекцию. Удобным для пациентов является и график введения препарата от 1 раза в месяц до 1 раза в 6 месяцев благодаря наличию депо-форм разной длительности действия. На фоне лечения уровень тестостерона должен снижаться до 20 нг/дл или 0,2 нг/мл, или 0,7 нмоль/л и ниже.

## **ВАЖНО!**

**Более высокий уровень тестостерона свидетельствует о недостаточной эффективности лечения, поэтому в процессе гормональной терапии так важен контроль не только уровня ПСА, но и тестостерона.**

У пациентов с отдалёнными метастазами и наличием симптомов рекомендована немедленная системная терапия, направленная на облегчение симптомов и уменьшение риска потенциальных серьёзных осложнений прогрессирующего заболевания (компрессия спинного мозга, патологические переломы, обструкция мочеточника). При отсутствии симптомов заболевания также показана АДТ, но при желании пациента возможно проведение отсроченной гормональной терапии для исключения возможных побочных эффектов лечения на данном этапе.

Основным условием является то, что пациент находится под тщательным наблюдением.

В большинстве случаев АДТ проводится длительно в постоянном режиме. С целью уменьшения побочных эффектов лечения также предусмотрен так называемый **интермиттирующий режим АДТ**, предполагающий проведение перерывов в лечении до возобновления роста ПСА. Однако, прерывистый режим АДТ возможен только при отсутствии факторов риска и при согласии пациента, так как потенциально может уступать по эффективности.

Ранее проведение АДТ дополнялось применением таблетированных препаратов из группы антиандрогенов 1 поколения (*бикалутамид, флутамид*), что носило название максимальной андрогенной блокады. По современным стандартам такая терапевтическая комбинация не рекомендована, так как значимо не повышает эффективность лечения, но увеличивает количество побочных эффектов.

Назначение антиандрогенов показано коротким курсом (в течение примерно 4 недели) перед началом АДТ агонистами ЛГРГ только пациентам с риском компрессии спинного мозга или других серьёзных осложнений, а также выраженным болевым синдромом для профилактики возможного обострения симптомов. Дело в том, что в течение первой недели лечения агонистами ЛГРГ возникает кратковременное повышение концентрации тестостерона (феномен «вспышки»), в связи с чем возможно усиление уже имеющихся или возникновение новых симптомов.

## ВАЖНО!

В монорежиме применение антиандрогенов также не рекомендовано.

Согласно текущим рекомендациям АДТ следует сочетать либо с коротким курсом химиотерапии доцетакселом, либо с применением *антиандрогенов* нового поколения (*апалутамид, энзалутамид*). Только при наличии противопоказаний или невозможности проведения лечения комбинацией препаратов по другим причинам можно ограничиться проведением только АДТ.

## **ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ВОЗМОЖНА ОДНА ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ МРПЖ:**

- **АДТ + 6 курсов химиотерапии доцетакселом 75 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно каждый 21 день;**
- **АДТ + апалутамид 240 мг/сутки внутрь ежедневно длительно до развития прогрессирования;**
- **АДТ + энзалутамид 160 мг/сутки внутрь ежедневно длительно до развития прогрессирования;**
- **при малом объеме метастатического поражения ( $\leq 3$  костных метастазов, отсутствие метастазов во внутренних органах) – комбинация: АДТ + лучевая терапия на область предстательной железы.**

Помимо АДТ пациентам с отдалёнными метастазами РПЖ важно своевременное проведение поддерживающего и паллиативного лечения в случае возникновения осложнений или побочных эффектов. Так как основной локализацией метастазов являются кости скелета, особое внимание должно уделяться возникающим симптомам со стороны этой системы. Для профилактики развития остеопороза могут быть назначены препараты кальция и витамин D.

Распространённые осложнения из-за наличия костных метастазов включают переломы позвоночника со сдавлением спинного мозга и патологические переломы. Сдавление спинного мозга является неотложным состоянием, при котором могут возникнуть сильные боли в пояснице, потеря чувствительности, ощущение слабости и боли в нижних конечностях, нарушения в работе кишечника и мочевого пузыря и др. При подозрении на данное состояние необходимо как можно скорее обратиться к врачу, который назначит МРТ позвоночника и высокие дозы кортикостероидов при подтверждении диагноза.

Далее показана консультация нейрохирурга или ортопеда для решения вопроса о тактике лечения. С целью декомпрессии спинного мозга может быть проведено хирургическое лечение с после-

дующей лучевой терапией или лучевая терапия в сочетании с соответствующей медикаментозной терапией.

Контрольное обследование при мРПЖ рекомендовано выполнять каждые 3–6 месяцев. Минимальный объем обследования включает ПРИ, контроль уровня ПСА, гемоглобина, креатинина, щелочной фосфатазы, а также тестостерона. При необходимости рекомендовано выполнять КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, сцинтиграфию костей скелета. При подозрении на прогрессирование РПЖ на фоне проводимой ГТ следует определить уровень тестостерона.

## **ПРЕПАРАТЫ:**

### **Агонисты ЛГРГ**

- Гозерелин п/к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг ежемесячно, 10,8 мг каждые 3 месяца
- Лейпрорелин п/к 7,5 мг ежемесячно, 22,5 мг каждые 3 месяца, 45 мг каждые 6 месяцев
- Трипторелин в/м 3,75 мг ежемесячно, 11,25 мг каждые 3 месяца
- Бусерелин в/м 3,75 мг каждые 28 дней

### **Антагонисты ЛГРГ**

- Дегареликс, начальная доза по 120 мг п/к в 2 разных участка, в дальнейшем 80 мг п/к каждые 28 дней

*Антагонисты ЛГРГ рекомендованы в первую очередь у пациентов с первыми признаками компрессии спинного мозга или инфравезикальной обструкции, так как не вызывают феномена «вспышки тестостерона» в начале лечения. **Характерно частое развитие местных реакций:** покраснение, припухлость, уплотнение и болезненность в месте инъекции.*

### **Нестероидные антиандрогены**

- Бикалутамид 50 или 150 мг 1 р/сутки
- Флутамид 250 мг 3 р/сутки

**Побочные эффекты:** приливы, импотенция, боли в сосках, гинекомастия, повышение печёночных трансаминаз.

## Антиандрогены нового поколения

- Энзалутамид 160 мг 1 р/сутки внутрь ежедневно вне зависимости от приема пищи

**Побочные эффекты:** утомляемость, боли в костях, судороги.

Следует применять с осторожностью у пациентов, страдающих эпилептическими припадками или имеющих другие предрасполагающие факторы, включая, но не ограничиваясь следующими: травмы головного мозга, инсульт, первичные опухоли головного мозга или метастазы в головной мозг, алкоголизм.

- Апалутамид 240 мг 1 р/сутки внутрь ежедневно независимо от приема пищи

**Побочные эффекты:** утомляемость, кожная сыпь, повышение артериального давления, судороги. Не рекомендуется пациентам с судорогами в анамнезе или другими предрасполагающими факторами, в частности ЧМТ, недавно перенесенным инсультом (в течение одного года), первичными опухолями головного мозга или метастазами в головном мозге.

## Кастрационно-резистентный рак (КРРПЖ)

С течением времени развивается резистентность (устойчивость) опухоли к первично назначенной терапии. В среднем развитие кастрационной резистентности наступает через 2 года после начала лечения. РПЖ продолжает прогрессировать, даже когда количество тестостерона в организме уменьшается до очень низкого уровня. В этом случае ставится диагноз – кастрационно-резистентный рак предстательной железы (КРРПЖ).

### КРИТЕРИИ РАЗВИТИЯ КАСТРАЦИОННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

Кастрационный уровень тестостерона в сыворотке крови (<1,7 нмоль/л или 50 нг/дл) в сочетании с хотя бы одним из вариантов:

- **биохимическое прогрессирование:** три последовательных повышения уровня ПСА, определяемого с минимальным интервалом в 1 недели, из них 2 повышения на 50 % выше надира при уровне ПСА >2 нг/мл;

- **радиологическое прогрессирование:** появление  $\geq 2$  новых костных очагов по данным скинтиграфии костей скелета или увеличение размеров измеряемых очагов в мягких тканях по критериям RECIST.

Появление клинических симптомов заболевания само по себе не является критерием развития кастрационной резистентности, но должно стать поводом для начала обследования.

Считается, что, несмотря на установленную неэффективность АДТ, её необходимо продолжать после развития кастрационной резистентности. Сохранение зависимости опухоли от андрогенов после развития кастрационной резистентности является одним из основных аргументов в пользу продолжения гормональной терапии агонистами или антагонистами ЛГРГ.

На этапе развития КРРПЖ могут возникнуть различные осложнения, требующие дополнительного специализированного лечения, требующего привлечения мультидисциплинарной команды специалистов (урологов, химиотерапевтов, радиационных онкологов, медсестёр, психологов, социальных работников и др.).

## НЕМЕТАСТАТИЧЕСКИЙ КРРПЖ

При высоком риске развития метастазов (время удвоения ПСА <10 месяцев) – АДТ + энзалутамид/апалутамид.

При низком риске развития метастазов – наблюдение с продолжением АДТ или смена ГТ.

### ПРЕПАРАТЫ:

#### Антиандрогены нового поколения

- Энзалутамид 160 мг 1 р/сутки внутрь ежедневно вне зависимости от приема пищи

**Побочные эффекты:** утомляемость, боли в костях, судороги.

Следует применять с осторожностью у пациентов, страдающих эпилептическими припадками или имеющих другие предрасполагающие факторы, включая, но не ограничиваясь следующими: травмы головного мозга, инсульт, первичные опухоли головного мозга или метастазы в головной мозг, алкоголизм.

• Апалутамид 240 мг 1 р/сутки внутрь ежедневно независимо от приема пищи

**Побочные эффекты:** утомляемость, кожная сыпь, повышение артериального давления, судороги.

Не рекомендуется пациентам с судорогами в анамнезе или другими предрасполагающими факторами, в частности ЧМТ, недавно перенесённым инсультом (в течение одного года), первичными опухольями головного мозга или метастазами в головном мозге.

## МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ КРРПЖ

В настоящее время возможности лекарственного лечения данной стадии заболевания весьма обширны по сравнению с предыдущими годами. Целый ряд препаратов, которые увеличивают продолжительность жизни, а не только уменьшают симптомы заболевания, одобрены для лечения и официально доступны в нашей стране в рамках клинических рекомендаций Минздрава РФ и списка жизненно-необходимых и важнейших лекарственных средств, доступных по ОМС.

Важно проводить лечение последовательно, чтобы лечение одним препаратом сменялось назначением последующего. Для своевременной смены препарата до развития выраженных признаков прогрессирования или усугубления токсичности (при развитии побочных эффектов) терапии необходим регулярный мониторинг эффективности и безопасности терапии. Однако, терапия не должна быть прекращена только на основании биохимического прогрессирования (рост ПСА). Для прекращения терапии должны выполняться по крайней мере два из трёх критериев (биохимическое прогрессирование (рост ПСА), рентгенологическое прогрессирование и клиническое ухудшение).

Отметим, что не существует чёткой стратегии выбора последовательности лечения при метастатическом кастрационно-резистентном РПЖ. Первая линия лечения зависит от того, какое лечение проводилось при метастатическом РПЖ до развития кастрационной резистентности. Снижение уровня ПСА >30% на фоне лечения ассоциировано с хорошим прогнозом при данной форме заболевания.

В первой линии лечение метастатического кастрационно-резистентного РПЖ должно проводиться с помощью лекарственных препаратов, увеличивающих продолжительность жизни больных (в алфавитном порядке: *абиратерон, доцетаксел, радий-223, энзалутамид*). При выборе препарата для первой линии терапии следует учитывать общее состояние здоровья пациента, характер сопутствующих заболеваний, симптомы заболевания, степень распространённости опухолевого процесса, предпочтения пациента и предшествующее лечение гормоно-чувствительного мРПЖ.

Во второй линии терапии при прогрессировании на фоне ХТ доцетакселом следует использовать препараты, увеличивающие продолжительность жизни больных (в алфавитном порядке: *абиратерон, кабазитаксел, радий-223, энзалутамид*). При выборе препарата для второй линии терапии следует учитывать общее состояние здоровья пациента, симптомы заболевания, характер сопутствующих заболеваний, степень распространённости опухолевого процесса и предпочтения пациента.

Для профилактики костных осложнений при наличии метастазов в кости скелета может быть предложена терапия деносумабом (эффективнее) или золедроновой кислотой. Однако преимущества этих препаратов должны рассматриваться с учетом их побочных эффектов, в частности следует иметь в виду возможность развития некроза челюсти. При назначении деносумаба и бисфосфонатов необходимо проведение поддерживающей терапии препаратами кальция и витамином D.

При возникновении боли в костях рекомендуется раннее назначение паллиативной терапии (например, введение радионуклидов, проведение дистанционного облучения метастатических очагов, вертебропластика, адекватное применение анальгетиков). При развитии неврологических симптомов компрессии спинного мозга в первую очередь следует использовать высокие дозы кортикостероидов с последующим хирургическим лечением позвоночника и/или ЛТ в целях декомпрессии.

Мониторинг во время лечения предполагает проведение регулярных обследований, включающих анализы крови, определение ПСА, оценку клинического статуса пациента через каждые 2–3 месяца, проведение визуализационных методов обследования



(сцинтиграфии костей и КТ-сканирования, или МРТ-сканирования, ПЭТ/КТ при необходимости) каждые полгода.

## **ПРЕПАРАТЫ:**

### **Химиотерапия таксанами**

- Доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно каждый 21 день + преднизолон 10 мг/сутки внутрь ежедневно в течение всего периода лечения

**Побочные эффекты:** снижение уровня нейтрофилов в крови, повышение температуры тела, диарея, периферическая нейропатия, облысение, повышение печёночных трансаминаз.

- Кабазитаксел 20–25 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно каждый 21 день + преднизолон 10 мг/сутки внутрь ежедневно в течение всего периода лечения

**Побочные эффекты:** снижение уровня нейтрофилов в крови, снижение уровня гемоглобина, повышение температуры тела, диарея, периферическая нейропатия, облысение.

Стандартно проводится до 10 курсов химиотерапии таксанами. Контроль уровня нейтрофилов через 1 неделю после каждого курса ХТ, контроль анализов крови перед каждым следующим курсом ХТ. **Определение уровня ПСА — перед каждым курсом.** Оценка эффекта — после четвёртого курса, затем каждые 4 курса или при появлении признаков прогрессирования. Для уменьшения риска возникновения или лечения осложнений в профилактических целях возможно введение ГКСФ.

### **Антиандрогены нового поколения**

- Абиратерон 1000 мг 1 р/сутки внутрь ежедневно за 1 час до или через 2 часа после еды вместе с преднизолоном (10 мг/сутки)

**Побочные эффекты:** периферические отеки, повышение артериального давления, снижение уровня калия в крови и повышение печёночных трансаминаз.

Через 2 недели после начала курса терапии абиратероном показан контроль анализов крови, включая билирубин, аланинаминотрансферазу, аспаратаминотрансферазу, калий сыворотки крови. Лечение проводится длительно до развития прогрессирования.

- Энзалутамид 160 мг 1 р/сутки внутрь ежедневно вне зависимости от приема пищи

**Побочные эффекты:** утомляемость, боли в костях, судороги.

Следует применять с осторожностью у пациентов, страдающих эпилептическими припадками или имеющих другие предрасполагающие факторы, включая, но не ограничиваясь следующими: травмы головного мозга, инсульт, первичные опухоли головного мозга или метастазы в головной мозг, алкоголизм.

### Радиофармпрепарат

- Радия хлорид 55 кБк/кг в/в медленно каждые 4 недели. Полный курс – 6 введений.

**Показание:** кастрационно-резистентный рак предстательной железы с костными метастазами и отсутствием метастазов во внутренних органах. С осторожностью: у пациентов со снижением функции костного мозга.

**Побочные эффекты:** диарея, тошнота, рвота, снижение уровня тромбоцитов и нейтрофилов в крови, реакции на месте введения.



info@russcpa.ru



8 800 30 10 20 9 круглосуточно  
(для жителей России звонок бесплатный)



# Профилактика

## Профилактика побочных эффектов гормональной терапии

Длительное проведение АДТ может способствовать реализации побочных эффектов, что обуславливает необходимость более серьёзного отношения к профилактике их развития. Одной из важных составляющих профилактики побочных эффектов АДТ является физическая активность. Доказано, что физические тренировки не только улучшают общее состояние здоровья пациента, но и положительно влияют на прогноз течения рака простаты и облегчают переносимость побочных явлений лечения.



*Диета и такие изменения образа жизни, как занятия физической культурой и отказ от курения, снижают риск прогрессирования и смерти от рака простаты.*

Согласно рекомендациям целого ряда международных обществ по лечению рака, мужчинам, получающим АДТ, следует пройти 12-недельный курс комбинированных аэробных и силовых нагрузок под руководством квалифицированного тренера. Важно понимать, что основной целью является не прохождение определённого курса тренировок, а изменение образа жизни с поддержанием постоянного уровня физической активности. Рекомендуется физическая активность умеренной интенсивности хотя бы 30 минут в день.

Однако всем ли пациентам можно рекомендовать физические упражнения? Среди больных распространённым раком простаты, получающих АДТ, есть сильно ослабленные пациенты, состояние которых очень уязвимо. Не все пациенты могут выполнить рекомендации и получить пользу от занятий. Например, для больных с множественными или крупными костными метастазами, наличием выраженного остеопороза или с сердечно-сосудистыми забо-

леваниями в анамнезе необходима индивидуально адаптированная по силе и интенсивности нагрузок программа упражнений, имеющая определённые чёткие ограничения. А пациентам, принимающим опиоидные анальгетики для купирования болевого синдрома в костях, силовые нагрузки в принципе запрещены. Но, несмотря на необходимые ограничения в отношении отдельных видов физических нагрузок в разных клинических ситуациях, определённый уровень физической активности необходим даже ослабленным пациентам.

## **ВАЖНО!**

**Что интересно, пациенты с наиболее высоким исходным уровнем слабости и низким уровнем жизненных сил имеют наибольший эффект от увеличения физической активности.**

К каждому пациенту нужен индивидуальный подход и квалифицированный подбор необходимого объёма физических упражнений. Именно поэтому на первом этапе так важны занятия под руководством спортивного тренера, который с учётом врачебных рекомендаций и ограничений сможет подобрать индивидуальный комплекс упражнений и отработать его в течение 12 недель. Важна квалификация тренера и наличие опыта работы с контингентом онкологических больных и при раке простаты в частности. Занятия должны проходить в удобной обстановке.

Возможны групповые занятия в среде таких же пациентов, страдающих от РПЖ, а возможны и домашние тренировки. Главное, чтобы физическая активность стала частью основного курса лечения и рассматривалась врачом и больным как активное лечение.

В любом случае можно порекомендовать большинству пациентов занятия облегчённым комплексом упражнений в домашних условиях без специального оборудования, который описан на следующих страницах нашей брошюры. Делайте ежедневно по несколько подходов с небольшим количеством повторений каждого упражнения.

ОБЛЕГЧЁННЫЙ ВЫПАД ВПЕРЁД

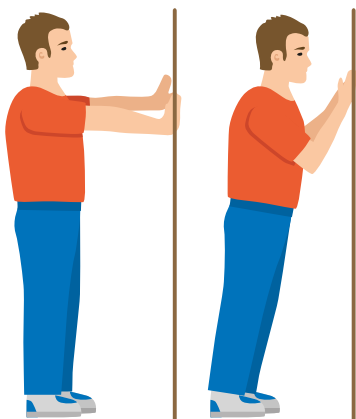


ЯГОДИЧНЫЙ «МОСТИК»

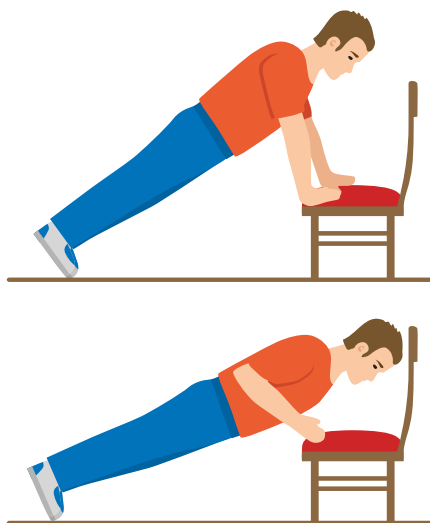


ОБЛЕГЧЁННЫЕ ОТЖИМАНИЯ

*вертикальные  
при помощи стены*



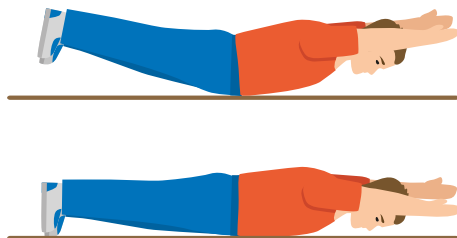
*горизонтальные  
при помощи стула*



## ОБЛЕГЧЁННЫЕ ПРИСЕДАНИЯ



## РАСТЯГИВАНИЯ СПИНЫ



*Руки можно направить вперёд, назад или в стороны перпендикулярно туловищу*

## Профилактика развития РПЖ

Методы эффективной профилактики РПЖ на сегодняшний день не разработаны. Можно рекомендовать исключить возможные факторы риска и ведение здорового образа жизни. Отсутствуют доказательства пользы применения витаминов, антиоксидантов и иных лекарственных препаратов для профилактики РПЖ. Для выявления РПЖ на ранних стадиях необходимо регулярное диспансерное наблюдение.



[info@russcpa.ru](mailto:info@russcpa.ru)



8 800 30 10 20 9 круглосуточно  
(для жителей России звонок бесплатный)



# Психологическая поддержка





Человек, который никогда не сталкивался с ситуацией тяжелой болезни, не понимает, какие испытания могут ожидать его на этом пути. Люди, которые видели болезнь своих близких в то время как медицина ещё не располагала всем тем арсеналом помощи, которым располагает сейчас, имеют негативный опыт, только усиливающий их страх. А ведь настрой очень важен, так как нервная система не только «создает» настроение, но и, как и другие системы организма, отвечает за его нормальное функционирование и восстановление после оперативных вмешательств и системного лечения.

Никто не застрахован от тяжёлых жизненных ситуаций – это не только болезни, психологические кризисы, финансовые сложности и прочее, но и приятные события без должной подготовки иногда воспринимаются тяжело (свадьба, рождение ребенка, переезд в другой город или смена работы). Адаптироваться к приятным событиям помогают положительные эмоции, которые их сопровождают. Негативные же события более тягостны, однако и их можно сопровождать приятными эмоциями от успешно завершённого этапа лечения до умения видеть в жизни приятные мелочи, несмотря на статус пациента.

**Любое негативное переживание сопровождается массой чувств и эмоций. Специалисты называют это «работой горя». У «работы горя» есть следующие стадии, разобравшись в которых можно научиться понимать свое психологическое состояние и управлять им.**

## Шок – отрицание

Ощущение, что мир рухнул, ушла почва из-под ног, перехватило дыхание – это нормальная реакция на информацию, которая изменит вашу жизнь. Нужно заново сложить систему ценностей,

целей и задач, и сделать это за минуту невозможно – отсюда чувство оглушения и подвешенности. Вчера мы планировали ремонт, отпуск или смену работы, мечтали о детях или внуках, выбирали маме подарок на день рождения. А сейчас мы понимаем, что нужно будет проходить какое-то лечение, перенести, возможно, инвалидизирующую операцию, явно ощущать страх смерти, и главной целью теперь будет борьба за жизнь.

В такую резкую смену системы трудно поверить, мы трясём головой: «В голове не укладывается», «Поверить не могу», «Этого не может быть!», «Это какая-то ошибка!» – мысли типичные для состояния шока. Все разговоры о болезни звучат как в тумане и вам кажется, что они вас совсем не касаются, будто это не о вас говорит вам врач. В этот период надо немного затаиться, повременить с тем, чтобы рассказывать новости, дать себе возможность перевести дух и успокоиться. Слезы, истерика, желание спрятаться – нормальная реакция человека на ненормальные события, происходящие с ним. Так что сдерживать негативные эмоции не стоит, на их сдерживание расходуются огромные ресурсы организма, которые нужны ему сейчас как никогда ранее.

## Гнев

Когда звон в ушах проходит, мы начинаем осознавать, что событие реально, и начинаем злиться: на экологию, на врачей, на обстоятельства, на себя в конце концов. Нас трясёт от злости, обиды и беспомощности. Мы срываемся и кричим на тех, кто под руку подвернётся. Советы раздражают, сочувствие бесит. В этом состоянии важно начать что-то делать, чтобы буквально пустить негативную энергию в мирных целях, – посетить всех запланированных врачей, получить второе мнение, записаться на исследования и получить квоту в Минздраве. Делать всё, что приблизит вас к началу решения проблемы, познакомит с врачами, пациентами-активистами, психологами и другими людьми, которые станут надёжными соратниками и союзниками в борьбе с болезнью.

## Торг

«За что?», «Почему я?», «Что я сделал не так?» – очень трудно осознать, что что-то ужасное происходит без какой-то видимой причины. Очень важно найти объяснение, и совсем необязательно оно будет из области доказательной медицины. Иногда проще поверить в сглаз, в гнев божий и в то, что всё ещё можно отыграть назад, если прямо сейчас исправить причину. Так как возникновение онкологических заболеваний многофакторное, а лечение сложное и не во всех случаях даёт ожидаемый эффект (например при тяжёлых сопутствующих заболеваниях или при высокой степени злокачественности опухоли) люди часто мистифицируют эти причины и начинают искать излечение в нетрадиционной медицине, теряя драгоценное время и большие деньги. В это время легко попасться на обещания шарлатанов избавить вас от недуга. Очень не хочется верить, что наш единственный шанс – операция, химиотерапия и другие непростые этапы лечения, которые ещё и не гарантируют успеха (просто потому, что врачи откровенны с пациентом и 100% гарантии они не дадут). А шарлатаны как раз будут обещать легкого исцеления.

В этом состоянии люди дают себе зачастую несбыточные обещания. Не есть мяса, ходить в церковь каждый день, никогда не кричать на детей, никогда не допускать плохих мыслей и т. д. Впоследствии нарушение такого обещания может сильно деморализовать и зародить тяжёлое чувство вины и безысходности: «Ведь я заслуживаю этого, так как даже в болезни не могу изменить своё поведение и образ жизни.»

## Депрессия

Когда яркие, сильные эмоции позади, становится очень грустно от того, что реальность все же изменилась. Это важный этап – нужно осознать и прочувствовать горевание, проститься с прошлой жизнью. Ведь по сравнению с жизнью «до» жизнь «после», конечно, будет другой, иметь больше ограничений, чем раньше, а планирование собы-

тий будет корректироваться планированием лечебных мероприятий. И это вполне понятный и объяснимый повод чувствовать грусть, плакать и тосковать. Поэтому не нужно запира́ть эти чувства и не давать им выхода. Любые эмоции даны нам для реакций и рефлекторны, так как провоцирует их определенный нейромедиаторный «коктейль» в крови, то есть они физиологичны и сдерживать их, это как сдерживать позыв в туалет или желание поесть. Однако, как и поход в туалет требует специально оборудованного места, так и проявление эмоций требует безопасного места – дом, кабинет врача или психолога.

На этой стадии реактивная депрессия (возникшая как реакция на негативное событие) может перерасти в клиническую, которая будет мешать жить и проходить лечение, лишит сил на борьбу. Такое часто бывает, если депрессивные эпизоды бывали ранее или помимо болезни в жизни есть нерешённые психологические или иные проблемы. Если вы чувствуете, что горевание перерастает в апатию, лучше обратиться за помощью к специалисту.

## Принятие

Принятие наступает, когда вы начинаете строить планы, исходя из новой ситуации. Вы оживаете и получаете удовольствие от маленьких повседневных радостей. Когда вы начинаете относиться к заболеванию как к решению задачи и готовы делать всё необходимое для успешного лечения. Отступает вина и навязчивая идея поиска причин и виноватых. Ситуация принимается как данность.

---

Эти этапы отчасти условны, они могут проявляться по-разному, могут занимать разное время – несколько часов или несколько месяцев. Они могут наступать последовательно или непоследовательно, а могут повторяться. А ещё важно помнить, что эти состояния проходит не только сам пациент, но и его близкие. Причём члены семьи могут адаптироваться к ситуации с разной скоростью, иногда реагируя на неё тяжелее пациента. И пока один всё ещё в состоянии шока, другой уже требует немедленно действовать.

Берегите себя, свои чувства и чувства близких вам людей. И главное помните: вы способны очень на многое. Даже если вы об этом не знаете.

## Как рассказать о диагнозе

Многим сложно рассказать о своём диагнозе родным. Страшно огорчить и расстроить родителей или детей, напугать их. Трудно поддерживать их, когда с трудом держишься сам. Однако открытый разговор в этой ситуации гораздо лучше тайн и умалчивания. Они всё равно поймут или догадаются, что происходит что-то серьёзное. Увидят медицинские документы, например, и очень расстроятся, что вы им не доверяете. Если отказать семье в шансе пройти через трудный этап вместе, то можно разорвать связи между родственниками, потерять доверие, не перейти на новый уровень взаимодействия, уровень сплочения и поддержки.

С маленькими детьми тоже лучше разговаривать честно, выбирая понятный определенному возрасту язык. Говорить, что заболели и едете лечиться в больницу. Не врать, что это просто командировка. Признаваться в том, что трудно и иногда грустно и страшно, потому что дети и так всё это видят. Но если им честно о своих чувствах не говорят, они проживают свой страх и тревогу за родного человека в одиночку, а это гораздо сложнее для детской психики. Честность и искренность в этом вопросе учит детей сопереживать близким людям и тренирует их стрессоустойчивость – умение совладать с будущими трудностями в жизни.

Помните, что всегда можно обратиться к специалистам в области психического здоровья – клиническим психологам, психотерапевтам, психиатрам. Мозг и нервная система в целом такой же орган, как и все остальные, и иногда нуждается в медикаментозной поддержке, чтобы слаженно работал весь организм. А технический прогресс позволяет найти такого специалиста, даже если его нет в вашем лечебном учреждении и работать с ним дистанционно.



[info@russcpa.ru](mailto:info@russcpa.ru)



8 800 30 10 20 9 круглосуточно  
(для жителей России звонок бесплатный)



# Юридическая ПОМОЩЬ



Право на бесплатное лечение для всех граждан России закреплено Конституцией. Однако из-за проблем с финансированием иногда случаются перебои с поставками препаратов и получить нужное лекарство вовремя бывает проблематично. Для онкологических пациентов это **жизненно опасная ситуация**, так как нарушение схемы лечения может снизить его эффективность. Мы расскажем, каков порядок получения льготных препаратов и что делать, если возникают проблемы.

## Кому положено льготное лекарство

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЛЬГОТНИК** – это пациент, которому установлена инвалидность и который не отказался от социального пакета. Такой пациент получает лекарственные средства из специального перечня ЖНВЛП на основании стандартов медицинской помощи, который утверждается Правительством РФ.

**РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЛЬГОТНИК** – это пациент, с которого группа инвалидности снята, либо он отказался от социального пакета при оформлении инвалидности, что категорически нельзя делать при онкологических заболеваниях.

При оформлении инвалидности список льготных препаратов для пациента значительно расширяется, а доступ к ним становится проще. Поэтому всем онкологическим пациентам имеет смысл оформить статус инвалида и не отказываться от соцпакета.

*Для получения инвалидности необходимо пройти медико-социальную экспертизу, при которой комплексно оценивается состояние организма гражданина. В зависимости от степени выраженности стойких расстройств функций организма гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет – категория «ребёнок-инвалид».*

## **В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТЬ ВЫДАЕТСЯ НА РАЗНЫЕ СРОКИ:**

- I группа – на 2 года;
- II и III группы – на 1 год;
- дети-инвалиды – 1 раз в течение срока, на который ребёнку установлена категория «ребёнок-инвалид».

Переосвидетельствование гражданина, инвалидность которому установлена без указания срока переосвидетельствования, может проводиться по его личному заявлению (заявлению его законного или уполномоченного представителя), либо по направлению медицинской организации в связи с изменением состояния здоровья, либо при осуществлении главным бюро, федеральным бюро контроля за решениями, принятыми соответственно главным бюро, федеральным бюро.

## **Получение лекарств в стационаре**

При лечении в больнице проблемы с выдачей препаратов случаются реже всего. Всё лечение здесь должно быть бесплатно, а все препараты из списка ЖНВЛП должны быть в наличии. Кроме того, врачебная комиссия может принять решение о назначении пациенту препарата, не входящего в Льготный перечень, если у пациента наблюдается индивидуальная непереносимость препарата на протяжении нескольких введений. И такой препарат ему также должны обеспечить бесплатно.

## **Получение лекарства при амбулаторном лечении**

**Шаг 1. Обратиться в поликлинику, к которой вы прикреплены, для выписки рецепта.**

У пациента есть право на получение лекарственного препарата на срок лечения до 180 дней. Согласно приказу Минздрава России от 14 января 2019 г. № 4н рецепты на лекарственные препараты выписанные на рецептурном бланке формы № 148-1/у-04 (л) гражданам, достигшим пенсионного возраста, инвалидам первой



группы, детям-инвалидам, а также гражданам, страдающим хроническими заболеваниями, требующими длительного курсового лечения, действительны в течение 180 дней со дня выписывания.



*Для лечения хронических заболеваний указанным категориям граждан рецепты на лекарственные препараты могут выписываться на курс лечения до 180 дней.*

## **Шаг 2. Обратиться в льготную аптеку с рецептом.**

### **ВАЖНО!**

- 1) При выдаче лекарственных средств не допускается нарушение первичной заводской упаковки.
- 2) Работник аптеки также может осуществлять синонимическую замену лекарственного средства.
- 3) Отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов по рецептам осуществляется аптеками и аптечными пунктами, имеющими лицензию на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

При наличии в аптеке лекарственных средств с дозировкой, отличной от дозировки, выписанной в рецепте врача, работник аптеки может принять решение об отпуске больному имеющихся лекарственных средств, в случае если дозировка лекарственного средства меньше дозировки, указанной в рецепте врача, с учётом перерасчета на курсовую дозу.

В случае если дозировка имеющегося в аптеке лекарственного средства превышает дозировку, указанную в рецепте врача, реше-

ние об отпуске больному лекарственного средства принимает врач, выписавший рецепт. Больному в таком случае предоставляется информация об изменении разовой дозы приёма лекарственного средства.

**Шаг 3. Если препарата нет в аптеке, то рецепт обязаны принять на отсроченное обслуживание – зарегистрировать в специальном журнале.**

Рецепты на лекарственные средства с пометкой **STATIM (немедленно)** обслуживаются в срок, не превышающий 1 рабочего дня с момента обращения больного в аптеку.

Рецепты на лекарственные средства с пометкой **CITO (срочно)** обслуживаются в срок, не превышающий 2 рабочих дней с момента обращения больного в аптеку.

Рецепты на лекарственные средства, **входящие в минимальный ассортимент лекарственных средств**, обслуживаются в срок, не превышающий 5 рабочих дней с момента обращения больного в аптеку.

Рецепты на лекарственные средства, включённые в **Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера)**, и не вошедшие в минимальный ассортимент лекарственных средств, обслуживаются в срок, не превышающий 10 рабочих дней с момента обращения больного в аптеку.

## **ВАЖНО!**

Аптечным учреждениям (организациям) запрещается отпускать лекарственные средства по рецептам с истёкшим сроком действия, за исключением лекарственных средств по рецептам, срок действия которых истек в период нахождения рецептов на отсроченном обслуживании. Отпуск лекарственного препарата по такому рецепту осуществляется без его переоформления.

## Что делать, если препарат в аптеку так и не поступил

**Шаг 1.** Обратиться на горячую линию уполномоченной фармацевтической организации и узнать причины отсутствия лекарственного средства в аптечном учреждении, есть ли на складе данный препарат и дату поставки его в аптечное учреждение, а также уведомить, что рецепт принят аптечным учреждением на отсроченное обслуживание. Телефон фармкомпании имеется в льготном аптечном учреждении.

**Шаг 2.** Написать жалобу на имя администрации лечебного учреждения, главного врача или заведующего отделением.

**Шаг 3.** Написать заявление в Министерство здравоохранения и в Росздравнадзор.

При неудовлетворении ваших заявлений следующим шагом будет обращение в прокуратуру и суд. Ответчиком по такому иску будут выступать организация или должностные лица, допустившие нарушение прав пациента.

### ВАЖНО!

Все письменные обращения рассматриваются в срок, не превышающий 30 дней со дня его регистрации. Срок рассмотрения искового заявления судом не должен превышать 2 месяцев со дня поступления заявления в суд.

## Как вернуть деньги за купленное за свой счет лекарство

**Шаг 1.** Покупаем лекарственное средство, сохраняем товарный и кассовый чек.

**Шаг 2.** Обращаемся в страховую компанию и пишем заявление на компенсацию денежных средств или в ТФОМС субъекта.

К заявлению прикладываем ксерокопии чеков, ссылаемся на программу госгарантий и перечень ЖНВЛП, указываем реквизиты, куда осуществлять перевод.

**Шаг 3.** Срок ожидания 30 дней.

## Что делать, если нужное лекарство не входит в Льготный перечень

Лекарственные препараты при оказании медицинской помощи в стационарных условиях назначаются при согласовании с заведующим отделением (ответственным дежурным врачом, другим лицом, уполномоченным приказом главврача), а также (при наличии) с врачом – клиническим фармакологом, если препарат, не входящий в перечень ЖНВЛП, при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний, при назначении лекарственных препаратов, особенности взаимодействия и совместимости которых приводят к снижению эффективности и безопасности фармакотерапии и (или) создают потенциальную опасность для жизни и здоровья пациента. (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 января 2019 г. № 4н)



*По решению врачебной комиссии пациентам при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях назначаются лекарственные препараты, не включенные в перечень ЖНВЛП, в случае их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям. Решение врачебной комиссии фиксируется в медицинских документах пациента и журнале врачебной комиссии.*

## Возможно ли получить лекарство, не зарегистрированное в РФ

В случае необходимости индивидуального применения по жизненным показаниям лекарственного средства, не зарегистрированного на территории Российской Федерации, решение о назначении указанного препарата принимается консилиумом федеральной специализированной медицинской организации, оформляется протоколом и подписывается главным врачом или директором федеральной специализированной медицинской организации.

Ввоз незарегистрированных лекарственных средств, предназначенных для больных по жизненным показаниям, осуществляется в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации. Ввозимые лекарственные средства подлежат государственному контролю качества в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

Допускается ввоз в Российскую Федерацию конкретной партии зарегистрированных и (или) незарегистрированных лекарственных средств, предназначенных для проведения клинических исследований лекарственных препаратов, проведения экспертизы лекарственных средств для осуществления государственной регистрации лекарственных препаратов **или для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям конкретного пациента на основании разрешения, выданного уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по соответствующему заявлению, согласно ст. 48 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ**. Рассмотрение такого заявления производится в срок, не превышающий 5 рабочих дней. Плата за выдачу указанного разрешения не взимается.

## Куда жаловаться

Если пациенту отказывают в лечении, которое закреплено стандартами, или заставляют платить за препараты, положенные

ему бесплатно, или за диагностические процедуры и так далее, пациент может подать жалобу в свою страховую компанию, которая выдала полис ОМС. Также можно позвонить на горячую линию регионального минздрава, рассказать о сложившейся ситуации и обратиться в виртуальные приёмные надзорных инстанций, предупредив, что пациент готов жаловаться в прокуратуру на отказ в оказании медпомощи. Однако иногда для решения конфликтной ситуации бывает достаточно просто обратиться к главному врачу больницы или поликлиники.



[info@russcpa.ru](mailto:info@russcpa.ru)



8 800 30 10 20 9 круглосуточно  
(для жителей России звонок бесплатный)



# Глоссарий



**АДТ** – андрогендепривационная терапия – это гормональная терапия, также называется андрогенной депривационной или андроген-супрессивной терапией. Цель лечения – снижение в крови уровня мужских гормонов (андрогенов) или предотвращение воздействия этих гормонов на раковые клетки простаты.

**Адьювантная терапия** – лечение цитотоксическими лекарственными препаратами, назначаемыми больным после хирургического удаления или радиотерапии первичной опухоли, что подразумевает применение специальных противоопухолевых препаратов, которые уничтожают раковые клетки в отдаленных очагах. Она проводится с целью подавления всех оставшихся опухолевых клеток (микрометастазов) и профилактики возможного рецидива.

**Биопсия** – прижизненное иссечение тканей или органов, проводящееся для микроскопического исследования с диагностической целью. В более широком смысле слова под Б. следует подразумевать исследование тканей и органов при хирургических операциях, а также с научно-исследовательской целью.

**Визуализация** – методы преобразования невидимого для человеческого глаза поля излучения (инфракрасного, ультрафиолетового, рентгеновского, ультразвукового и др.) и видимое (чёрно-белое или цветное) изображение излучающего объекта.

**Генерализованный** – распространившийся по организму.

**Диарея** – (греч. diarrhoia) – понос, учащённое опорожнение кишечника с выделением разжиженных, а в части случаев и обильных испражнений.

**Импотенция** – (лат. impotentia слабость, бессилие) – состояние, при котором мужчина не может выполнить половой акт или обеспечить достижение сексуального удовлетворения у обоих партнеров.



**Ирритативная симптоматика** – ирритативные симптомы включают частое мочеиспускания (ранее чем через два часа после последнего), ургентное мочеиспускание (трудно воздержаться при позыве) вплоть до ургентного недержания мочи, и noctурию (пробуждение для мочеиспускания во время сна).

**Кастрационная резистентность** – выработка механизма устойчивости к хирургической или химической кастрации.

**Катетер** – инструмент в виде трубки, предназначенный для введения в естественные каналы и полости человеческого тела, кровеносные и лимфатические сосуды лекарственных и рентгеноконтрастных средств и выведение из них содержимого с диагностической и лечебной целями. В ряде случаев катетеры можно использовать как зонды, дренажи и бужи.

**Катетеризация** – введение катетеров в полости различных органов, кровеносные и лимфатические сосуды с лечебными и диагностическими целями.

**Метастазы** – это клетки опухоли, которые отделились от основной, первичной опухоли и с током крови или лимфы попали в другие органы, где сформировали новые опухолевые очаги такой же разновидности, как и первичная опухоль

**мпМРТ** – мультипараметрическая МРТ – это новая разновидность магнитно-резонансной диагностики, позволяющая проводить ещё более детальное исследование выявляемых опухолей благодаря применению сразу нескольких параметров: диффузионно-взвешенная МРТ позволяет оценить плотность тканей, определить характер опухоли и выявить метастазы в любых областях исследования; динамическое контрастирование позволяет уточнить этиологию выявленного новообразования и дать ему максимально подробную характеристику; спектроскопическое исследование даёт возможность оценить молекулярный состав тканей, процессы метаболизма и проследить биохимические изменения.

**Паллиативная терапия** (паллиативная помощь) – это лечение, направленное в основном на облегчение вызываемых раком симптомов и на повышение качества жизни больных и их семей, а не на излечение. Паллиативная помощь может помочь людям жить более комфортно. Это неотложная гуманитарная потребность всех людей в мире, страдающих от рака и других хронических смертельных болезней, особенно необходимая в местах с высокой долей пациентов с запущенными стадиями болезни и с низкой вероятностью излечения. Паллиативная помощь может облегчить физические, психосоциальные и духовные проблемы более чем у 90% пациентов с запущенными стадиями рака.

**Патологический перелом** – перелом кости в зоне её патологической перестройки (поражения каким-либо заболеванием – остеопорозом, опухолью, остеомиелитом и др.).

**Проктит** – воспалительный процесс, поражающий преимущественно слизистую оболочку прямой кишки.

**Простатит** – воспаление предстательной железы.

**ПСА** – простатоспецифический антиген – белок-онкомаркер, который указывает на возможное наличие злокачественного новообразования предстательной железы.

**Радикальная терапия** – это терапия, имеющая целью достичь полного излечения больного.

**Ректальное исследование** – ряд диагностических приемов, выполняемых через просвет прямой кишки, для определения изменений в самой кишке, окружающих ее органах и тканях, оценки состояния прямой кишки и мышц заднего прохода, а также диагностики острых воспалительных и онкологических заболеваний органов брюшной полости.

**Симптом** – (греч. *symptomata* совпадение, случай, признак) – признак болезни, качественно новый, несвойственный здоровому

организму феномен, который можно обнаружить с помощью клинических методов исследования, используемый для диагностики и (или) прогноза заболевания.

**Тестостерон** – основной мужской половой гормон, относящийся к андрогенам. У мужчин синтезируется в яичках и, в небольшом количестве, корой надпочечников. Тестостерон обладает широким спектром физиологических функций, оказывая влияние на различные органы и системы, включая головной мозг, периферические нервы, мышцы, жировую и костную ткань, сердечно-сосудистую систему, а также мужские половые органы и репродуктивную систему (созревание сперматозоидов), способствует возникновению либидо (полового влечения). Он регулирует метаболизм углеводов, липидов и белков, оказывая влияние на рост мышечной ткани, процесс адипогенеза, стимулирует эритропоэз (кроветворение). Дигидротестостерон, который является активной формой тестостерона, оказывает воздействие на придатки яичка, семявыносящий проток, семенные пузырьки и предстательную железу. Состояние вышеперечисленных органов особенно зависит от постоянного действия андрогенов.

**ТРУЗИ простаты** – трансректальное ультразвуковое исследование простаты – это один из методов ультразвуковой диагностики, который проводится ректальным датчиком, вводящимся в прямую кишку пациента. Такой метод диагностики является одним из наиболее информативных и эффективных для исследования предстательной железы.

**ХТ** – химиотерапия – лечение злокачественной опухоли с помощью токсичных препаратов, губительно воздействующих на клетки злокачественных опухолей при сравнительно меньшем отрицательном воздействии на организм больного. Токсичный препарат при этом называется химиопрепаратом, или химиотерапевтическим агентом.

# ПОЛЕЗНЫЕ КОНТАКТЫ

## Лечебные организации

### **ФГБУ «НМИЦ ОНКОЛОГИИ ИМ. Н.Н. БЛОХИНА» МИНЗДРАВА РФ**

Адрес: 115478, Москва, Каширское шоссе, 23  
Единая справочная служба: +7 (499) 324-24-24  
<https://www.ronc.ru/>

### **ФГБУ «НМИЦ РАДИОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РФ**

Адрес: 125284, Москва, 2-й Боткинский пр., 3  
Единая справочная служба: +7 (495) 150-11-22  
<https://nmicr.ru/>

#### **и его филиалы:**

#### **МНИОИ ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА**

Адрес: 125284, Москва, 2-й Боткинский пр., 3  
Единая справочная служба: +7 (495) 150-11-22  
[www.mnioi.nmicr.ru](http://www.mnioi.nmicr.ru)

#### **МРНЦ ИМ. А.Ф. ЦЫБА**

Адрес: 249036, г. Обнинск, ул. Королёва, д. 4  
Поликлиника/госпитализация: +7 (484) 399-31-30 / 31-15  
[www.mrrc.nmicr.ru](http://www.mrrc.nmicr.ru)

#### **НИИ УРОЛОГИИ И ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ ИМ. Н.А. ЛОПАТКИНА**

Адрес: 105425, Москва, ул. Парковая 3-я, 51, стр. 1  
Единая справочная служба: +7 (499) 110-40-67  
[www.uroline.nmicr.ru](http://www.uroline.nmicr.ru)

### **ГБУЗ «МКНЦ ИМ. А.С. ЛОГИНОВА» МИНЗДРАВА РФ**

Адрес: 111123, Москва, шоссе Энтузиастов, 86  
Телефон: +7 (495) 304-30-39  
<https://mknc.ru>

**ФГБУ «РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР  
РЕНТГЕНРАДИОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РФ**

Адрес: 117997, ГСП-7, Москва, ул. Профсоюзная, 86

Телефон call-центра: +7 (495) 333-91-20

[www.ncrr.ru](http://www.ncrr.ru)

**ФГБУ «НМИЦ ОНКОЛОГИИ ИМ. Н.Н. ПЕТРОВА» МИНЗДРАВА РФ**

Адрес: Санкт-Петербург, п. Песочный, ул. Ленинградская, 68

Многоканальный телефон (call-центр): +7 (812) 43-99-555

[www.niioncologii.ru](http://www.niioncologii.ru)

**НИИ ОНКОЛОГИИ ФГБУ «ТОМСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР РАН»**

Адрес: 634028, Томск, ул. Савиных, 12/1

Телефон справочное бюро: +7 (3822) 41-80-59

[www.onco.tnimc.ru](http://www.onco.tnimc.ru)

**ФГБУ «НМИЦ ИМ. АКАДЕМИКА Е.Н. МЕШАЛКИНА»**

Адрес: 630055, Новосибирск, ул. Речкуновская, 15

Телефон онкологии: +7 (383) 347-60-66

<https://www.meshalkin.ru>

**ФГБУ «НМИЦ ОНКОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РФ**

Адрес: 344037, Ростов-на-Дону, 14-я линия, 63

Телефон контакт-центра: 8 800 250 37 40 (звонок бесплатный)

<http://www.rnioi.ru>

## Производители питания

Nestle – [www.nestlehealthscience.ru](http://www.nestlehealthscience.ru)

Fresenius – [www.fresenius-kabi.com/ru](http://www.fresenius-kabi.com/ru)

Nutricia – [www.nutricia-medical.ru](http://www.nutricia-medical.ru)

Биовестин – [www.biovestin.ru](http://www.biovestin.ru)

АО «Инфаприм» – [www.infaprim.com](http://www.infaprim.com)

## Пациентские организации

### **ВСЕРОССИЙСКИЙ СОЮЗ ПАЦИЕНТОВ**

Адрес: 125167, Москва, Нарышкинская аллея, д. 5, стр. 2

Телефон: +7 (495) 612-20-53

[www.patients.ru](http://www.patients.ru)

### **АССОЦИАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ «ЗДРАВСТВУЙ!»**

Номер горячей линии 8-800-30-10-20-9

<https://www.russcpa.ru/>

## Государственные организации

### **ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РФ (ФСС РФ)**

Адрес: 107078, Москва, Орликов переулок, 3а

Справочный телефон: (495) 668-03-33

<https://fss.ru/>



ИНФОРМАЦИОННЫЙ БУКЛЕТ

**А. С. Маркова**

# **РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Рекомендации для пациентов

Редактор И. Боровова

Верстка Б. Сребрик

Корректурa Т. Сагатова

Подписано в печать с готовых диапозитивов

Формат 148x210. Печать офсетная. Тираж 1000 экз.





# Наши партнеры:





Эту и другие брошюры  
серии «Библиотека пациента»  
вы всегда можете скачать  
в электронном виде с сайта  
Ассоциации онкологических  
пациентов «Здравствуй!» по ссылке  
<https://www.russcpa.ru/patsientam/>  
или QR-коду.

