Рак предстательной железы

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C61, D40.0 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов", Общероссийская общественная организация "Российское общество онкоурологов"

Рак предстательной железы (РПЖ, C61/D40.0) — злокачественная опухоль из эпителия предстательной железы, самое частое онкозаболевание у мужчин в РФ (1-е место по заболеваемости, 53,33 на 100 тыс.). Рекомендация охватывает диагностику (ПСА, ТПИ, мпМРТ, биопсию), стратификацию по группам риска и стадиям, и всю линейку лечения — от активного наблюдения до терапии метастатического кастрационно-резистентного РПЖ.

Главное

- Диагноз устанавливают по комплексу: анамнез, ТПИ, уровень ПСА, лучевые методы, патолого-анатомическое исследование биопсийного материала.
- Нормы ПСА возрастные: 40–49 лет 0–2,5, 50–59 лет 0–3,5, 60–69 лет 0–4,5, 70–79 лет 0–6,5 нг/мл; при ПСА 2,5–10 у 75% ДГПЖ, выше 10 — более вероятен РПЖ.
- Группы риска неметастатического РПЖ (низкий/промежуточный/высокий/очень высокий) определяются по Т-стадии, группе градации по Глисону и уровню ПСА (пороги 10, 20, 40 нг/мл).
- Стандартная диагностическая биопсия — 12-точечная трансректальная или трансперинеальная мультифокальная под контролем УЗИ; перед биопсией — антибиотикопрофилактика и местная анестезия.
- АДТ (агонисты/антагонисты ЛГРГ или хирургическая кастрация) — основа лекарственной терапии РПЖ на всех стадиях; целевой кастрационный уровень тестостерона < 20 нг/дл (0,7 нмоль/л).
- Кастрационно-резистентный РПЖ определяется как прогрессирование (биохимическое или рентгенологическое) на фоне кастрационного уровня тестостерона.
- Тактику лечения определяет онкологический консилиум (онколог, химиотерапевт, радиотерапевт).

Диагностика

1. ТПИ выявляет подозрительные узлы объёмом не менее 0,2 мл; скрининговая ценность у бессимптомных мужчин низкая (0,1–4%).
2. Определение ПСА общего в крови — мужчинам с симптомами нарушения мочеиспускания, старше 50 лет, старше 45 лет с семейным анамнезом; доп. модификации (плотность ПСА >0,15, соотношение свПСА/оПСА <0,1, скорость прироста >0,35 нг/мл/год) повышают специфичность.
3. ТРУЗИ предстательной железы и УЗИ мочевого пузыря с остаточной мочой выполняют всем с подозрением на РПЖ для прицельной биопсии.
4. мпМРТ органов малого таза (по Pi-RADS) показана всем с подозрением на РПЖ — повышает точность биопсии и оценку местной распространённости; МРТ информативнее ТРУЗИ и КТ.
5. Биопсия (мультифокальная, 12 точек) трансректальная или трансперинеальная под УЗИ-контролем верифицирует диагноз; повторная биопсия — при отрицательном результате и сохраняющихся показаниях (рост ПСА, атипия, ПИН высокой степени).
6. При ПСА >20 нг/мл, Глисон 4-5 или клинических признаках — сцинтиграфия костей ± ОФЭКТ; при сомнительных результатах — ПЭТ/КТ с ПСМА (68Ga-ПСМА-11 или 18F-ПСМА-1007).
7. При высоком/очень высоком риске первичное стадирование рекомендовано сразу ПЭТ/КТ с ПСМА до начала лечения, без дополнительных КТ/сцинтиграфии.

Лечение

- Активное наблюдение — при бессимптомном локализованном РПЖ низкого/промежуточного благоприятного риска: ПСА каждые 6 мес., ТПИ, МРТ таза, повторная биопсия не чаще 1 раза в 12 мес.
- Радикальная простатэктомия — при локализованном и местно-распространённом РПЖ, целесообразна при ожидаемой продолжительности жизни >10 лет, выполняется не ранее 4 недель после биопсии.

- Тазовая лимфаденэктомия включается в объём РПЭ у пациентов групп промежуточного неблагоприятного, высокого и очень высокого риска или при расчётном риске метастазов в лимфоузлах ≥5%.
- Брахитерапия (I-125 перманентная 140-160 Гр) — при низком/промежуточном благоприятном риске; при неблагоприятных группах — в сочетании с ДЛТ.
- мГЧРПЖ с большой опухолевой нагрузкой: АДТ + доцетаксел (75 мг/м² каждые 21 дн., 6 курсов) + абиратерон (1000 мг/сут) + преднизолон (10 мг/сут), либо АДТ+доцетаксел+даролутамид 600 мг×2/сут.
- мКРРПЖ 1-я линия: АДТ+абиратерон 1000 мг/сут+преднизолон, или АДТ+энзалутамид 160 мг/сут, или АДТ+доцетаксел 75 мг/м²+преднизолон 10 мг/сут; при мутациях HRR — олапариб 600 мг/сут+абиратерон, или талазопариб 0,5 мг/сут+энзалутамид.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная/неотложная госпитализация — при осложнениях РПЖ (острая задержка мочи, макрогематурия) или осложнениях лечения.
- Плановая госпитализация — для сложных диагностических вмешательств (биопсия) и специализированного противоопухолевого лечения (РПЭ, лучевая терапия, химиотерапия).
- При подозрении на компрессию спинного мозга — экстренная МРТ позвоночника, высокие дозы глюкокортикоидов, консультация нейрохирурга/травматолога-ортопеда.
- Диспансерное наблюдение онколога после радикального лечения — пожизненно, пока пациент остаётся кандидатом для лечения рецидива; контроль ПСА по графику (после РПЭ через 4 нед., далее каждые 6 мес. 3 года, затем ежегодно).

Частые вопросы

Какой уровень ПСА считается подозрительным на РПЖ?

Единого порога нет: риск РПЖ есть даже при ПСА < 4 нг/мл, применяют возрастные нормы (например, 0–4,5 нг/мл в 60-69 лет). При 2,5–10 нг/мл чаще находят ДГПЖ, выше 10 нг/мл — более вероятен РПЖ.

Когда можно обойтись активным наблюдением вместо операции?

При бессимптомном локализованном РПЖ очень низкого, низкого и промежуточного благоприятного риска, если нет противопоказаний к радикальному лечению и пациент хочет сохранить качество жизни; наблюдение включает ПСА каждые 6 мес., ТПИ, МРТ и биопсию не чаще раза в год.

Через сколько после операции можно оценивать уровень ПСА?

Первая оценка ПСА после РПЭ выполняется через 4 недели; дальнейшая частота контроля зависит от уровня маркера и факторов риска рецидива.

Что считается кастрационно-резистентным РПЖ?

Тестостерон сыворотки < 20 нг/дл (0,7 нмоль/л) в сочетании с биохимическим прогрессированием (3 последовательных роста ПСА с увеличением на 50% от надира, ПСА >2 нг/мл) или рентгенологическим прогрессированием (новые очаги).

Какая терапия первой линии при метастатическом гормоночувствительном РПЖ с большой опухолевой нагрузкой?

АДТ в комбинации с доцетакселом (75 мг/м² каждые 21 дн., 6 курсов) и абиратероном (1000 мг/сут) с преднизолоном (10 мг/сут), либо аналогичная схема с даролутамидом вместо абиратерона.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/12-rak-predstatelnoj-zhelezy. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/12_4