

Берестенко Елена Дмитриевна, кандидат медицинских наук, доцент, старший научный сотрудник кафедры медико-биологических дисциплин факультета естественных наук, физической культуры и туризма ФГБОУ ВПО «Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н. Толстого», Россия, 300026, г. Тула, пр. Ленина, д. 125, тел.: (4872) 33-36-46, e-mail: elena-ber@mail.ru.

Желтиков Анатолий Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медико-биологических дисциплин факультета естественных наук, физической культуры и туризма ФГБОУ ВПО «Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н. Толстого», Россия, 300026, г. Тула, пр. Ленина, д. 125, тел.: (4872) 33-36-46, e-mail: azheltikov@mail.ru.

Григорьев Юрий Иванович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры медико-биологических дисциплин факультета естественных наук, физической культуры и туризма ФГБОУ ВПО «Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н. Толстого», Россия, 300026, г. Тула, пр. Ленина, д. 125, тел.: (4872) 33-36-46, e-mail: yuuitula@yandex.ru.

УДК 616.65-002-006

© Е.Н. Воронова, Б.К. Комяков, А.И. Новиков, Е.С. Шпилеия,
М.И. Школьник, А.К. Носов, С.И. Горелов, 2012

**Е.Н. Воронова¹, Б.К. Комяков¹, А.И. Новиков¹, Е.С. Шпилеия¹,
М.И. Школьник², А.К. Носов³, С.И. Горелов⁴**

ХИРУРГИЧЕСКАЯ И ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ФГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

Минздравсоцразвития России, г. Санкт-Петербург

²ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»

Минздравсоцразвития России, г. Санкт-Петербург

³ФГБУ «НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова Росмедтехнологий»

Минздравсоцразвития России, г. Санкт-Петербург

⁴ФГУ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова» ФМБА России, г. Санкт-Петербург

Радикальные методы лечения локализованного рака предстательной железы (РПЖ) могут приводить к осложнениям, которые существенно влияют на качество жизни больного, но не приводят к улучшению опухолеспецифической выживаемости. Поскольку РПЖ является болезнью пожилых мужчин, то риск смерти от сопутствующих заболеваний часто превышает риск смерти от РПЖ. Проведен сравнительный анализ выживаемости больных локализованным РПЖ, подвергшихся радикальной простатэктомии и находящихся под динамическим наблюдением. Получены достоверные различия общей и опухолеспецифической выживаемости наблюдались у пациентов в возрасте до 65 лет. В группе более старшей возрастной категории (после 65 лет) значимых различий в выживаемости не выявлено.

Ключевые слова: рак предстательной железы, пожилой возраст, выжидательная тактика.

**E.N. Voronova, B.K. Komyakov, A.I. Novikov, E.S. Shpileniya,
M.I. Shkolnik, A.K. Nosov, S.I. Gorelov**

THE SURGICAL AND EXPECTANT TREATMENT OF LOCALIZED PROSTATE CANCER

The radical methods of localized prostate cancer treatment can lead to complications, which affect the quality of patient's life, but they don't lead to improvement of tumor-associated survival. As far as a prostate cancer is the aged male disease, the intercurrent death risk often exceeds the death risk of prostate cancer. The survival analysis of localized prostate cancer of patients, who had undergone the radical prostatectomy and were under dynamic observation was made. Significant differences of general and tumor-associated survival were observed among patients under of 65 years old. These differences of survival were not found out in older age category (after 65 years old).

Key words: prostate cancer, aged male, expectant treatment.

Введение. В структуре онкологической заболеваемости мужчин Санкт-Петербурга в 2010 г. РПЖ занимает 2 место, уступая только раку легкого. За последние 10 лет наблюдается двукратный прирост показателей заболеваемости РПЖ в Санкт-Петербурге [1].

Одной из главных проблем при ведении пациента с впервые выявленным локализованным раком предстательной железы является принятие правильного решения в пользу одного из многих доступных вариантов лечения.

Появление сывороточного простатического специфического антигена (ПСА) привело к росту заболеваемости раком простаты за счет увеличения локализованных форм опухоли и преобладания радикальных методов лечения [2].

К биологическим особенностям РПЖ относится медленный темп роста. Период от диагностики до развития клинически значимой опухоли иногда составляет несколько десятилетий. Две трети всех случаев заболевания раком простаты обнаруживаются у мужчин старше 65 лет и у 25 % мужчин старше 75 лет на момент постановки диагноза [3], при этом средняя продолжительность жизни в России в 2009 г. составила 62,77 года. Имеется очевидное несоответствие между числом пациентов, у которых диагностирован рак предстательной железы и числом мужчин, которые умирают от него. Несмотря на высокую частоту рака простаты у мужчин пожилого возраста, выявленного при аутопсии, большая часть этих опухолей не прогрессирует, и мужчины чаще умирают от сопутствующих заболеваний [5].

Цель: сравнить опухолеспецифическую выживаемость пациентов с локализованным раком предстательной железы, находящихся под динамическим наблюдением и после радикальной простатэктомии.

Материалы и методы. В исследование были включены 392 пациента с локализованным раком предстательной железы в возрасте 41–91 года (средний возраст пациентов составил $63,8 \pm 0,3$), диагноз которым был установлен в период 1998–2004 гг. Радикальная простатэктомия была выполнена 262 пациентам, 130 пациентов не получали противоопухолевого лечения. Средний период наблюдения составил $9,98 \pm 0,46$ года.

Больные были распределены на 4 группы в зависимости от лечебной тактики и возраста: *1 группа* – 142 больных с локализованным РПЖ в возрасте 41–65 лет (средний возраст $60,3 \pm 0,4$ года) и *2 группа* – 121 больной с локализованным РПЖ в возрасте 66–78 лет (средний возраст $69,0 \pm 0,2$ года), которым была выполнена радикальная простатэктомия; *3 группа* – 35 больных с локализованным РПЖ в возрасте 45–65 лет (средний возраст – $61,6 \pm 0,5$ года) и *4 группа* – 95 больных с локализованным РПЖ в возрасте 66–91 лет (средний возраст – $72,4 \pm 0,4$ года), которые находились под динамическим наблюдением.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v. 6.0). Рассчитывали среднее арифметическое (M), среднюю ошибку среднего значения (m) и частоту встречаемости признаков с дискретными значениями. Для оценки межгрупповых различий применяли t -критерий Стьюдента и χ^2 -критерий Пирсона. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты. Из 392 больных у 29 (7,3 %) развились метастазы и 21 (5,3 %) пациент умер от РПЖ. Из 159 больных с высокой степенью дифференцировки опухоли (1–4 по шкале Глисона) только 5 человек (3,1 %) умерли от рака, тогда как из 209 пациентов с умереннодифференцированным (5–7 по шкале Глисона) РПЖ 10 (4,8 %) человек умерли от РПЖ ($\chi^2 = 0,21$; $p > 0,05$). Наименее благоприятные результаты наблюдались у пациентов с низкодифференцированной аденокарциномой (8–10 по шкале Глисона) – из 24 больных умерли 6 мужчин (25,0 %), что достоверно больше по сравнению с первыми двумя группами ($\chi^2 = 14,66$; $p < 0,001$ и $\chi^2 = 11,94$; $p < 0,001$, соответственно).

Средний период от установки диагноза РПЖ до смерти составил $7,0 \pm 0,3$ года: в группе динамического наблюдения ($n = 130$) – $6,4 \pm 0,2$, а в группе радикального лечения ($n = 262$) – $7,4 \pm 0,3$ ($t = 2,12$; $p = 0,034$). Различия в продолжительности жизни объясняется преобладанием пациентов старческого возраста в группе выжидательной тактики и, соответственно, более высокой летальностью от сопутствующих заболеваний.

При сравнении пациентов 1 и 3 групп в возрасте до 65 лет общая 10-летняя выживаемость в группе динамического наблюдения составила 78,8 %, а в группе радикального лечения – 88,7 % ($\chi^2 = 6,38$; $p = 0,012$), опухолеспецифическая выживаемость – 94,8 и 85,2 %, соответственно ($\chi^2 = 7,81$; $p < 0,005$).

У мужчин в возрасте после 65 лет 2 и 4 групп значимых различий в общей и опухолеспецифической выживаемости при среднем периоде наблюдения $9,9 \pm 0,8$ года не было выявлено. Общая 10-летняя выживаемость при динамическом наблюдении составила 83,5 %, а после хирургического лечения – 85,0 % ($p > 0,05$), опухолеспецифическая – 95,8 и 95 %, соответственно ($p > 0,05$). Причем только 1,0 % пациентов, умерших от прогрессирования РПЖ, имели высокую дифференцировку опухоли (2–4 балла по шкале Глисона). Смертность от РПЖ пациентов с умереннодифференцированными опухолями (5–7 по шкале Глисона) составила 3,0 %. Наиболее высокая смертность от РПЖ – 12,5 % наблюдалась в подгруп-

пе пациентов с дифференцировкой опухоли 8–10 баллов по шкале Глисона. Летальность от сопутствующей патологии в обеих группах составила 9,4 %, а опухолеспецифическая – всего 5,0 %.

Выводы. Выжидательная тактика наиболее оправдана у больных раком предстательной железы старше 65 лет с низкой или умеренной степенью злокачественности опухоли, имеющих высокий риск летального исхода от сопутствующих заболеваний. Такой подход позволяет избежать потенциальных осложнений, связанных с радикальным лечением РПЖ.

Список литературы

1. Гордеев, В. В. Ведение пациентов с простатической интраэпителиальной неоплазией высокой степени, выявленной при хирургических вмешательствах на предстательной железе : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. В. Гордеев. – Хабаровск, 2010. – 21 с.

2. Митин, А. А. Клинически локализованный рак предстательной железы : ошибки стадирования, результаты лечения, факторы прогноза : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Митин. – М., 2009. – 23 с.

3. Sakr, W. A. The frequency of carcinoma and intraepithelial neoplasia of the prostate in young male patients / W. A. Sakr, G. P. Haas, B. F. Cassin et al. // J. Urol. – 1993 Aug. – № 150 (2 Pt 1). – P. 379–385.

Воронова Елена Николаевна, аспирант кафедры урологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздравсоцразвития России, Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, тел.: 8-911-951-01-81, e-mail: voronovaurology@mail.ru.

Комяков Борис Кириллович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздравсоцразвития России, Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, тел.: (812) 588-35-02, mail: e-mail: komyakovbk@mail.ru.

Новиков Андрей Иванович, доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздравсоцразвития России, Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, тел.: (812) 588-35-02, e-mail: novikov_urol@mail.ru.

Шпилеия Евгений Семенович, доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздравсоцразвития России, Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, тел.: (812) 588-35-02, e-mail: spilenja@mail.ru.

Школьник Михаил Иосифович, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, ведущий научный сотрудник, руководитель отделения рентгеноваскулярной и оперативной онкоурологии, ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздравсоцразвития России, Россия, 197758, г. Санкт-Петербург, п. Песочный, ул. Ленинградская, д. 70, тел.: (812) 596-67-05, e-mail: info@rccrst.ru.

Носов Александр Константинович, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения общей онкологии и урологии ФГБУ «НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова» Минздравсоцразвития России, 197758, г. Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68, тел. (812) 456-78-98, e-mail: urooncology@mail.ru.

Горелов Сергей Игоревич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий урологическим отделением ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России», 194291, г. Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 4, тел.: (812) 558-92-47, e-mail: s_gorelov@mail.ru.

УДК 616.127-002.4:616.1-005.4

Ф.Р. Гайрабекова, М.А. Чичкова, 2012

Ф.Р. Гайрабекова, М.А. Чичкова

ДИНАМИКА ФРАКЦИИ МВ-КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Представлены результаты динамики обследования фракции МВ-креатинфосфокиназы у 30 пациентов с ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией II–III функциональных классов, которым было произведено чрескожное транслюминальное коронарное вмешательство в ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» г. Астрахань.