

Ответ
на комментарий М.И. Волковой
к статье Е.А. Беловой и соавт.
«Обоснование применения органосохраняющих операций
в комбинированном лечении больных
инвазивным плоскоклеточным раком полового члена»

Рак полового члена (РПЧ) является редкой злокачественной опухолью, поэтому работ, посвященных изучению этой нозологии и результатов ее лечения немного. В течение долгого времени стандартом лечения считалась ампутация пениса, но, поскольку ее выполнение ассоциировано с психологической травмой для мужчины, перспективным представляется разработка органосохраняющих методик, которые бы сохранили функции органа, не снижая выживаемости. В настоящее время в лечении различных онкологических заболеваний часто применяют комбинацию различных методов для профилактики рецидивирования. Органосохраняющие методики (операция и лучевая терапия) позволяют сохранить орган и его функции, но при этом ассоциированы с высоким риском возникновения рецидива. По нашим данным, комбинация этих способов лечения позволяет получить хорошие результаты. В онкологической практике эффективность лечения оценивают по безрецидивному периоду и выживаемости, поэтому целесообразность профилактики рецидивирования не может подвергаться сомнению. Рецидивные опухоли, как правило, характеризуются быстрым прогрессированием и низкой степенью дифференцировки по сравнению с первичными и требуют более агрессивной терапии. Кроме того, лечение местного рецидива данной опухоли чаще всего хирургическое и требует манипуляций на половом члене, что вновь приводит к эмоциональной травме. Рецидив в регионарных лимфатических узлах (ЛУ), как и наличие опухоли в них при первичном обращении, значительно ухудшает прогноз жизни пациента. Это также доказывает необходимость профилактики рецидивирования данной опухоли.

В наше ретроспективное исследование были включены больные, получившие лечение в период с 1972 по 2007 г., когда еще не вышли рекомендации Европейской ассоциации урологов (ЕАУ) (2010). На тот период было допустимо выполнение органосохраняющих операций и при категории Т3.

Современные зарубежные стандарты четко очерчивают показания к паховой лимфодиссекции (ПЛД)

при РПЧ [1], о чем верно указано в Ваших комментариях к статье. Следует отметить, что далеко не всем пациентам, включенным в наше исследование, выполнялась эта процедура — ведь речь идет о больных, получавших лечение до 2007 г. Уместно вспомнить, что в литературе встречаются статьи, основанные на отечественном опыте лечения РПЧ, где минимальный уровень выполнения ПЛД (с позиций современных показаний к этому вмешательству) составляет 52%, что свидетельствует о том, что в недалеком прошлом мнение о данной проблеме было иным [2, 3].

При отсутствии поражения регионарных ЛУ возможна выжидательная тактика при условии тщательного наблюдения за пациентом. Кроме того, в клинических рекомендациях по лечению онкоурологических заболеваний ЕАУ (2009) указано, что выполнение профилактической ПЛД не всегда оправдано и показания к динамическому наблюдению за пациентами должны быть расширены, эта тенденция сохранилась и в 2010 г.

Рекомендации ЕАУ о нецелесообразности выполнения профилактической лучевой терапии (ЛТ) у пациентов с N0 сформулированы, несмотря на отсутствие качественных клинических исследований в данной области (рекомендации C). Поэтому отвергать и однозначно говорить о бесполезности данного метода преждевременно.

Мы сознательно включили в группу комбинированного лечения пациентов с более высокими категориями Т и N, понимая, что у них большая вероятность развития рецидива, тем не менее получили неплохие результаты.

Следует согласиться с Вами, что в нашей работе имеются недостатки, в частности отсутствие детального распределения по G и R, о которых мы не указали, хотя изучали. К сожалению исследователей, далеко не всегда можно получить детальную информацию об этих параметрах пациентов в случае ретроспективного анализа. Поэтому в отечественной литературе мы встречаем сходные моменты [2–4]. В нашем исследовании в обе группы были включены пациенты

с различными категориями G (1–3). Возможно, с современной точки зрения, больные получили лечение не в полном объеме, что могло повлиять на развитие рецидива. При этом были получены результаты, схожие с зарубежными данными, и обоснована нецелесообразность выполнения органосохраняющих вмешательств у больных с T2–3 и G3 в моноварианте.

Изучить категорию R у всех пациентов не представлялось возможным в силу вышеуказанных моментов, поэтому о данном показателе в статье не упоминали. Хотя следует признать, что у 1/3 пациентов именно R1 явился причиной проведения ДЛТ на культю пениса. То же самое можно сказать в отношении улучшения функциональных результатов, которые статистически не могут быть подтверждены, учитывая, что многие пациенты умерли и оценить их качество жизни не представляется возможным. Но с практической точки зрения при правильном выполнении, тщательном наблюдении за больными после ЛТ комбинация методов (операция + ЛТ) дает хорошие функциональные результаты и способна отсрочить или предотвратить развитие осложнений, а именно фиброз кавернозных тел.

В нашей работе мы оценивали клинические факторы риска рецидивирования, а не патоморфологические (ангиолимфатическая и перинеуральная инвазия) с той целью, чтобы врачи при первом осмотре пациентов могли предположить о вероятности развития рецидива и прогноза для жизни пациента и правильно планировать его лечение.

Вами было поставлено под сомнение возникновение метастазов в кости у 2 больных, включенных в наше исследование. Действительно, метастазы РПЧ в кости — это казуистика, описанная в том числе отечественными авторами, но никак не исключение

[2, 5, 6]. У этих пациентов было выявлено поражение тазовых (регионарных) ЛУ, а проведенное комплексное обследование не выявило каких-либо опухолей другой локализации.

Мы не отвергаем современных рекомендаций ЕАУ, часто опираясь на них в лечении той или иной патологии. Но, имея собственный многолетний опыт, хотели поделиться данными о результатах лечения РПЧ. В доступной нам литературе не встретилось работ, посвященных сравнению комбинированного и органосохраняющего хирургического лечения, что, по нашему мнению, подтверждает ее актуальность. Необходимо отметить, что наличие каких-либо стандартов не освобождает врача от принятия конкретного решения в той или иной клинической ситуации.

В современной отечественной литературе имеется минимальное число статей, посвященных обобщению и анализу собственного опыта лечения этой патологии. Проведение проспективных двойных слепых рандомизированных исследований — вопрос будущего. На сегодняшний день мы можем проводить только ретроспективные исследования, сталкиваясь с различными подходами к лечению РПЧ, часто по факту анализируя то, что уже было сделано. Метаанализ отечественной литературы затруднен по причине небольшого числа публикаций. В России накоплен собственный опыт лечения онкоурологических заболеваний, который также необходимо анализировать, либо принимать за веру результаты исследований (с высокой степенью доказательности) зарубежных авторов, руководствуясь ими в своей повседневной практике.

Приятно, что работа вызвала большой интерес, несмотря на неоднозначное и критическое восприятие.

С уважением Е.А. Белова

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Pizzocaro G., Algaba F., Horenbla S. et al. EAU Penile Cancer Guidelines 2009. Eur Urol 2010;57:1002–12.
2. Матвеев В.Б., Халафьян Э.А., Волкова М.И. и др. Органосохраняющее лечение рака полового члена. Урология 2004;(2):26–30.
3. Халафьян Э.А. Органосохраняющее лечение больных раком полового члена.

- Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2003; с. 2–23.
4. Миленин К.Н. Сочетанная лучевая терапия при органосохраняющем лечении рака полового члена. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006; с. 2–20.
5. Ho C.K., Nazri J., Zulkifli M.Z. et al. Metastatic penile cancer presenting as hypercalcemia and pathological fracture of the

- humerus: a rare event. Med J Malaysia 2006; 61(4):503–5.
6. Волкова М.И. Выбор тактики лечения рака полового члена в зависимости от клинико-морфологических факторов прогноза. Материалы конф. «Опухоли половых органов у мужчин», ч. III. Н. Новгород, 2007. <http://www.oncology.ru/events/2007/06/07/3.htm>