

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОУРОЛОГИИ

УДК 616.65-002-006

© Е.Н. Воронова, А. И. Новиков, Е. С. Шпилея, 2011

Е.Н. Воронова, А. И. Новиков, Е. С. Шпилея
**ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОМ РАКЕ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

*ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования», г. Санкт-Петербург*

Вопрос выбора оптимального метода ведения пациентов локализованным раком предстательной железы до сих пор остается спорным. Если у мужчины обнаружен рак предстательной железы, неизбежно встает вопрос о выборе тактики. Возможны следующие варианты: отказ от лечения до появления симптоматики – выжидательная тактика, радикальная простатэктомия или лучевая терапия (внутриканевая или дистанционная). Больной также может прибегнуть к гормональной терапии или подвергнуться хирургической кастрации. От выбора между этими видами лечения зависит не только выживаемость, но и качество жизни пациента. Большинство высокодифференцированных опухолей предстательной железы протекают латентно и не требуют специфического лечения. Исследования при клинически локализованном РПЖ подтверждают, что у тщательно отобранных пациентов с низким риском прогрессирования опухоли наблюдается очень низкая скорость прогрессирования и смертность от рака, и только ограниченному числу пациентов требуется радикальное лечение.

Ключевые слова: предстательная железа, выживаемость, выжидательная тактика.

Ye.N. Voronova, A.I. Novikov, Ye.S. Shpilyenya
**EXPECTANT MANAGEMENT OF LOCALIZED PROSTATE CANCER
IN ELDERLY PATIENTS**

The problem of optimal management method of localized prostate cancer patients is still disputable. If prostate cancer is detected, the question of tactics is raised at once. There arise several alternatives: refusal to be treated till the symptoms occur (expectant management), radical prostatectomy or radiotherapy (brachytherapy or external therapy). The patient can also resort to hormonal therapy or undergo a surgical castration. Not only patient's survival, but their QOL (quality of life) depends on the choice of treatment tactics. Most of the highly differentiated prostate tumors stay latent and do not require any specific treatment. Studies on clinically localized prostate cancer confirm a low rate of progression and cancer mortality in carefully selected patients with low-risk progression tumor; and only a limited number of patients require radical treatment.

Key words: prostate cancer, survival rate, expectant management.

Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее частых злокачественных новообразований у мужчин. В структуре онкологической заболеваемости населения Санкт-Петербурга в 2009 году РПЖ занимает второе место, уступая лишь раку легкого.

Заболеваемость РПЖ в г. Санкт-Петербург в 2009 году по данным популяционного ракового регистра составила 936 вновь выявленных случаев. Число больных РПЖ постоянно возрастает, прирост заболеваемости в г. Санкт-Петербурге с 1980 по 2008 год составил 121%.

В последние годы отмечают исключительно быстрый прирост заболеваемости РПЖ, достигающий 3% в год, что связано с широким внедрением современных методов диагностики и увеличением выявляемости РПЖ, таких как исследование уровня простатического специфического антигена (ПСА), трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ), а также совершенствованием технологии биопсии предстательной железы (БПЖ). Ранняя диагностика РПЖ привела к миграции его стадии, то есть к снижению доли диссеминированных форм опухоли [1]. В

последние годы структура РПЖ представлена случаями латентного и асимптомного (клинически незначимого) рака. Увеличение заболеваемости РПЖ за счет скрининга не привело к росту летальных исходов. Существует большой разрыв между показателями заболеваемости и смертности от РПЖ.

При выборе лечебной тактики у больных локализованным РПЖ принимают во внимание стадию заболевания, возраст и общее состояние больного, характер сопутствующей патологии [2]. Основными методами радикального лечения локализованного РПЖ в настоящее время являются радикальная простатэктомия и лучевая терапия (дистанционное облучение или брахитерапия). Существует тактика динамического наблюдения (или отсроченного лечения), заключающаяся в отказе от назначения немедленного лечения и проведении тщательного активного наблюдения за пациентом до развития признаков прогрессирования заболевания, при котором начинают лечение [3,4].

В отличие от опухолей другой локализации РПЖ относят к новообразованиям с медленным темпом роста. При жизни РПЖ диагностируется в 15-20% случаев, при этом

риск летального исхода составляет 3%, в старших возрастных группах (75 лет и выше) частота его 30-35%. Патоморфологический РПЖ, выявленный при аутопсии, наблюдается у 60-70% пожилых мужчин, значительная часть этих опухолей не прогрессирует. Латентный период от выявления при скрининге на уровень ПСА до клинических проявлений составляет примерно 10 лет [5]. По данным Sakr WA и соавт. (1993г.), у 27% мужчин в возрасте 30-39 лет при аутопсии выявляются очаги аденокарциномы, при этом период до развития клинически значимого РПЖ составляет несколько десятилетий [6]. Риск развития РПЖ увеличивается с возрастом, более 75% случаев диагностируется у мужчин старше 65 лет. В России пик заболеваемости РПЖ приходится на 75-80 лет [7]. При этом средняя продолжительность жизни в России в 2009 году по данным Росстата составила 62,77 года. Учитывая медленные темпы развития и прогрессирования опухолей предстательной железы, а также пожилой возраст больных, риск смерти от сопутствующих заболеваний часто превышает риск смерти от РПЖ [8].

Во многих случаях высокодифференцированный РПЖ не прогрессирует, а радикальное лечение, являясь инвазивным, обладая негативными последствиями, может оказаться избыточным, и существенно повлиять на качество жизни пациентов. В связи с этим при выборе лечения необходимо тщательно проанализировать факторы риска, связанные с одной стороны с опухолью предстательной железы и ее склонностью к прогрессированию, и с другой стороны - с состоянием здоровья больного РПЖ, конкурирующими заболеваниями и ожидаемой продолжительностью жизни [9].

Материал и методы

Нами проведен ретроспективный анализ 413 больных локализованным РПЖ в г. Санкт-Петербург в возрасте 41-91 года в период 1998-2004 гг. 151 пациент не получал противоопухолевого лечения, 262 подверглись радикальной простатэктомии. Средний возраст обследованных составил $64,3 \pm 0,4$ года. Больные были ранжированы на 4 группы по возрасту и методу ведения: *1 группа* – больные локализованным РПЖ, которым выполнена радикальная простатэктомия в возрасте 41-65 лет, общее количество которых составило 142, средний возраст $60,3 \pm 0,4$ года; *2 группа* – больные локализованным РПЖ, которым выполнена радикальная простатэктомия в возрасте 66-78 лет, общее количество больных составило 121, средний возраст

$69,0 \pm 0,2$ года; *3 группа* – больные локализованным РПЖ, которые находились под динамическим наблюдением в возрасте 45-65, общее количество пациентов – 39, средний возраст – $60,9 \pm 0,6$ года; *4 группа* – больные локализованным РПЖ, которые находились под динамическим наблюдением в возрасте 66-91 года, общее количество больных – 112, средний возраст – $73,5 \pm 0,5$ года.

Результаты

Средний период наблюдения за больными в данном исследовании составил $9,98 \pm 0,46$ года. Из 413 больных у 29 (7,0%) развились метастазы и 21 (5,1%) пациент умер от РПЖ. Из 165 больных с высокой степенью дифференцировки опухоли (1-4 по шкале Глисона) только 5 человек (3,0%) умерли от рака, тогда как из 224 пациентов с умеренно-дифференцированным (5-7 по шкале Глисона) РПЖ 10 (4,5%) 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 умерло 6 (25,0%) – больше, чем в первых двух группах с более высокими степенями дифференцировки ($\chi^2=14,66$; $p<0,001$ и $\chi^2=11,94$; $p<0,001$ соответственно).

Скорректированная 10-летняя выживаемость в группе динамического наблюдения составила 93,2% и не отличалась от выживаемости в группе больных, получавших немедленное лечение – 94,4% ($p>0,05$).

Средний период от диагностики РПЖ до смерти составил $7,0 \pm 0,3$ года: в группе динамического наблюдения ($n=151$) – $6,5 \pm 0,2$ года, а в группе радикального лечения ($n=262$) – $7,4 \pm 0,3$ года ($t=2,12$; $p=0,034$). Такая разница обусловлена преобладанием пациентов старческого возраста в группе выжидательной тактики, и соответственно более ранней летальностью от сопутствующих заболеваний.

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

2 и 4 группы в возрасте после 65 лет не имели значимые различия в общей и опухолюспецифической выживаемости. Средний период наблюдения составил $9,9 \pm 0,8$ года. Общая 10-летняя выживаемость в группе динамического наблюдения составила 83,5%, а

в группе радикального хирургического наблюдения – 85% ($p > 0,05$), опухолеспецифическая – 95,8% и 95% соответственно ($p > 0,05$). При этом в подгруппе с высокодифференцированными опухолями (2-4 балла по шкале Глисона) лишь 1,0% пациентов умерли от прогрессирования РПЖ. Смертность от РПЖ пациентов с умереннодифференцированными опухолями (5-7 по шкале Глисона) оказалась несколько более высокой – 3,0%. Наиболее высокий уровень смертности от РПЖ наблюдался в подгруппе пациентов с дифференцировкой опухоли 8-10 баллов по шкале Глисона – 12,5%. Летальность от сопутствующей патологии в обеих группах составила 9,4%, а опухолеспецифическая всего 5%.

Выводы

Одним из важнейших критериев отбора пациентов локализованным РПЖ для динамического наблюдения является степень дифференцировки опухоли. При этом не менее значимым прогностическим критерием является возраст.

У больных локализованным РПЖ старше 65 лет, имеющих тяжелую сопутствующую патологию гораздо выше риск умереть от конкурирующих заболеваний, чем от РПЖ. Оптимальными кандидатами для тщательного наблюдения являются больные локализованным РПЖ с высокой и умеренной дифференцировкой опухоли старше 65 лет, и у многих из них проведение радикальных методов терапии является избыточным лечением, не приводящим к улучшению выживаемости, а снижающее качество жизни.

Сведения об авторах статьи:

Воронова Елена Николаевна – аспирант кафедры урологии и андрологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования e-mail: voronovaurology@mail.ru;

Новиков Андрей Иванович – зав. кафедрой урологии и андрологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41;

Шпилея Евгений Семенович – профессор кафедры урологии и андрологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гордеев В.В. Ведение пациентов с простатической интраэпителиальной неоплазией высокой степени, выявленной при хирургических вмешательствах на предстательной железе //: Автореферат. дисс. ... канд. мед. наук. Хабаровск, - 2010. 21 с.
2. Barry MJ. Prostate-specific-antigen testing for early diagnosis of prostate cancer. N Engl J Med 2001;344:1373-7.
3. Thompson IM. Counseling patients with newly diagnosed prostate cancer. Oncology (Huntingt) 2000;14:119-26, 131.
4. Barry MJ, Albertsen PC, Bagshaw MA, et al. Outcomes for men with clinically nonmetastatic prostate carcinoma managed with radical prostatectomy, external beam radiotherapy, or expectant management: a retrospective analysis. Cancer 2001;91:2302-14. Waselenko JK, Dawson NA, Management of progression metastatic prostate cancer. Oncology (Huntingt) 1997 Oct; 11 (10):1551 - 60
5. Sakr WA, Haas GP, Cassin BF et al. The frequency of carcinoma and intraepithelial neoplasia of the prostate in young male patients. J Urol. 1993 Aug;150(2 Pt 1):379-85.
6. Мерабишвили В. М., Щербук Ю. А. Онкологическая служба в Санкт-Петербурге и районах в 2009 году. Ежегодник Популяционного ракового регистра (№16). СПб., 2010, 41-65
7. Алексеев Б. Я.. Тактика динамического наблюдения при локализованном раке предстательной железы. – Материалы X Российского онкологического конгресса – Москва, 21-23 ноября, 2006.
8. Fowler FJ Jr, McNaughton Collins M, Albertsen PC, Zietman A, Elliott DB, Barry MJ. Comparison of recommendations by urologists and radiation oncologists for treatment of clinically localized prostate cancer. JAMA 2000;283:3217-22.

УДК 616-61-007-41

© М.М. Газымов, Д.С. Филиппов, 2011

М.М. Газымов, Д.С. Филиппов РАК И УРАТНЫЙ НЕФРОЛИТИАЗ

ГОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары

Наблюдали 27 больных уратным нефролитиазом, у которых основной причиной почечной патологии оказался рак различной локализации с гиперурикемией: рак почки – 9, опухоли ЖКТ – 9, системные заболевания кроветворной системы – 7, опухоли хромаффинной ткани – 1, рак предстательной железы – 1. У всех пациентов была гиперурикемия и конкременты, состоящие из мочевой кислоты. Заболевание в начале проявлялось как повторяющаяся почечная колика или в виде оформленного конкремента в мочевых путях.

Ключевые слова: нефролитиаз, рак, гиперурикемия, гиперурикозурия.

M.M. Gazymov, D.S. Filippov URIC ACID NEPHROLITHIASIS AND CANCER

In the course of the study, 27 patients with uric acid nephrolithiasis were observed, with the main cause of renal pathology being hyperuricemic cancer of various localizations: 9 kidney cancer patients, tumors of the gastrointestinal tract in 9 patients, systemic hemopoietic system diseases in 7 patients, chromaffin tissue tumors in 1 patient, prostate cancer in 1 patient. All patients had hyperuricemia and uric acid concretions. The onset of the disease was presented as a repeating renal colic or a formed concretion in the urinary tract.

Key words: nephrolithiasis, cancer, hyperuricemia, hyperuricosuria.