

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Т.В. Павлова**  
**Д.В. Бессмертный**  
**И.А. Павлов**

*Белгородский  
государственный  
университет*

*e-mail: pavlova@bsu.edu.ru*

Было показано, что улучшение качества мочеиспускания и ухудшение качества жизни в целом при всех методах лечения наблюдается при сроках наблюдения от 3 месяцев до года. Наилучший средний показатель качества жизни получен у больных после радикальной простатэктомии.

Ключевые слова: гериатрия, качество жизни, рак, предстательная железа.

Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее часто встречающихся злокачественных заболеваний у мужчин. По среднему показателю заболеваемости в различных странах и регионах мира РПЖ занимает 4 место в структуре онкологической патологии. Заболеваемость РПЖ в целом не связана с генетическими факторами, расовой принадлежностью, а обусловлена окружающей средой и бытом населения (2, 3, 4). РПЖ занимает 7-8% в структуре онкологической заболеваемости мужчин в Российской Федерации. При этом средний годовой темп прироста 6,59%, за последние 10 лет прирост заболеваемости составил 89,35%. Несмотря на улучшение методов диагностики РПЖ и внедрение в клиническую практику ПАС-мониторинга, выявление запущенных форм РПЖ в России остается высокой. Особенно широко данное заболевание распространено среди лиц пожилого возраста.

Выбор метода лечения РПЖ зависит от стадии заболевания, возраста больного и его соматического статуса, степени дифференцировки опухоли, выбора больного и других факторов. При локализованных формах заболевания применяют радикальную простатэктомию, лучевую терапию (дистанционная лучевая терапия и брахитерапия), активное наблюдение (отсроченное лечение). В настоящее время в качестве альтернативных методов терапии больных локализованным РПЖ появились криохирургическая деструкция предстательной железы (CSAP) и использование высокоинтенсивного сфокусированного ультразвука (HIFU)(6).

При местно-распространенных формах заболевания чаще всего применяется лучевая терапия как совместно, так и отдельно с гормонотерапией как самостоятельным методом лечения. В отдельных случаях при местно-распространенной форме заболевания возможна радикальная простатэктомию с последующей адъювантной гормоно- либо лучевой терапией. В случае выраженной сопутствующей патологии и в отсутствии клинических проявлений возможно также динамическое наблюдение. При генерализованных формах заболевания используется гормонотерапия как паллиативный метод лечения, способный продлить жизнь больного и улучшить ее качество. Существуют различные методы гормонотерапии, которые могут по-разному влиять на качество жизни больных РПЖ. При метастатическом поражении костей скелета широко используется симптоматическая терапия на область метастазов с целью уменьшения болевого синдрома, терапия бифосфонатами. С целью устранения инфравезикальной обструкции производится паллиативная трансуретральная резекция предстательной железы (ТУР). Данная операция малотравматична и может быть выполнена на любой стадии РПЖ в случае удовлетворительного состояния больного. Также при лечении РПЖ производятся другие паллиативные оперативные вмешательства: перкутанная нефростомия, цистостомия, уретероцистонеостомия и некоторые другие. Часто производится комбинирование различных методов лечения (гормонотерапия+ТУР, гормонотерапия+лучевая терапия на область метастазов в кости, радикальная простатэктомию +адъювантная лучевая терапия на ложе предстательной железы и прочие сочетания) (1).



В настоящее время в медицине большое внимание стали уделять проблеме качества жизни больного. Эта характеристика все шире становится важным фактором в оценке проведённого лечения, прогноза и одним из критериев выздоровления больного и здоровья в целом. Наиболее полную картину о состоянии здоровья больного дает сопоставление лабораторных и инструментальных методов обследования с оценкой качества жизни. Большое значение определения качества жизни связано еще и с тем, как больной сам оценивает свое состояние. Хотя эта оценка и субъективна, но в динамике по ходу лечения может давать незаменимую информацию клиницисту о ходе проводимого лечения. Изучение качества жизни больного как нигде актуально в онкологии, где нередко возможно лишь паллиативное либо симптоматическое лечение. В условиях, когда радикальное лечение невозможно, больной нередко готов прожить возможно более короткую жизнь, но с лучшим ее качеством (5). В онкологии применяют агрессивные методы лечения (расширенные оперативные вмешательства, лучевую терапию, химиотерапию, гормонотерапию), которые могут значительно влиять на качество жизни больного. Изучение изменения качества жизни онкологических больных при различных видах лечения является немаловажным. Оценка качества жизни онкологического больного на момент постановки диагноза является ценной информацией. В совокупности со стандартными методами обследования эта информация помогает для более точного определения стадии и прогноза заболевания, оценки предполагаемой продолжительности жизни, является одним из критериев излеченности и раннего рецидивирования. Нельзя переоценить роль определения качества жизни онкобольного как критерий эффективности проводимой реабилитации и социальной адаптации. При выявлении онкологического заболевания первичная оценка качества жизни наряду с данными лабораторных и инструментальных методов обследования позволяет наиболее оптимально подобрать метод лечения больного, особенно если имеется несколько альтернативных методов. Оценка изменений качества жизни больного, возникающих в ходе лечения, в совокупности со стандартными методами обследования позволяет более точно корректировать лечение на различных его этапах. Лечение онкологических больных, как правило, комплексное, нередко включающее адъювантное и неадъювантное, основной хирургический этап и, наконец, реабилитацию. Поэтому очень важно судить об эффективности проводимой терапии на разных ее этапах и, соответственно, корректировать.

**Материалы и методы.** На базе Белгородского областного онкологического диспансера в настоящее время проводится изучение изменения качества жизни больных РПЖ при различных методах лечения. В исследование вошло 86 больных РПЖ. Средний возраст больных 67,2 лет. У 21 больного выявлена IV стадия, у 30 больных – III стадия, у 33 больных – II стадия, у 2 больных – I стадия болезни. В зависимости от стадии, соматического статуса больного и ряда других факторов выполнялись различные виды лечения. Качество жизни оценивалось по стандартному вопроснику EORNC QLQ-C 30. Вопросник состоит из 30 вопросов. Первые 28 вопросов касаются различных аспектов жизни больного. Это вопросы, касающиеся повседневной физической активности больных, их социальной и трудовой адаптации, вопросы, связанные с психическим здоровьем больного, отдельными часто встречающимися жалобами, и другие. Ответ оценивается по 4-балльной системе (1 – нет, 4 – очень сильно). В последних двух вопросах больной оценивает своё качество жизни в целом (1 – очень плохое качество жизни и здоровья, 7 – отличное). Таким образом, оценка качества жизни по данному вопроснику состоит из суммы трёх чисел (первое число – сумма баллов 28 вопросов, второе число – оценка больным своего здоровья в целом, третье число – оценка больным своего качества жизни). Кроме того, учитывая локализацию заболевания, производилась оценка качества мочеиспускания по Международной системе суммарной оценки заболеваний простаты в баллах (I-PPS). В данной системе больному предлагается ответить на 7 вопросов, касающихся различных нарушений мочеиспускания. Ответы оцениваются по 5-балльной системе (0 – нет, 5 – почти всегда). В последнем 8 вопросе больному предлагается оценить своё качество мочеиспускания в целом (0 – очень хорошее, 6 – очень плохое). Вследствие этого ответ по данному вопроснику вы-



глядит как сумма двух чисел. Изучение изменений последнего показателя особенно важно для оценки эффективности оперативных вмешательств на предстательной железе – радикальной простатэктомии, паллиативной ТУР простаты. Оценивать изменения показателя I-PPS также важно в ходе лучевой терапии на предстательную железу, гормонотерапии. Всем больным оценивается качество жизни и степень нарушения мочеиспускания перед началом лечения, затем в среднем 1 раз в 1-3 месяца (после завершения различных этапов лечения при очередной явке больного в поликлинику). Также проводится стандартное обследование (УЗИ, рентгенография, определение уровня ПСА). В исследовании проводится сравнительная оценка изменения качества жизни больных РПЖ с одинаковой стадией болезни при различных методах лечения. 22 пациента заполнили опросники однократно, 64 – дважды, 27 – трижды, 13 – 4 раза, 6 – 5 раз, 1 – 6 раз.

**Результаты исследования.** Имеется связь между стадией РПЖ и качеством жизни, а также степенью нарушения мочеиспускания. Полученные данные приведены в виде средних баллов в табл. 1. Средний балл ответов на последние вопросы опросников выведен отдельно ввиду их значимости. Из полученных данных видно, что у больных с генерализованной формой заболевания качество жизни значительно ниже, чем у больных с локализованной и местно-распространенной формой. Также видно, что качество жизни при последних формах мало отличается. Степень нарушения мочеиспускания постепенно усиливается в зависимости от увеличения стадии РПЖ. Оценка качества жизни и степени нарушения мочеиспускания может использоваться как независимый прогностический признак при стадировании РПЖ.

Таблица 1

**Средние показатели качества жизни и мочеиспускания в зависимости от стадии РПЖ**

Стадии РПЖ	I-PPS	EORNC QLQ-C 30
I – II	16,5+3,4	47,15+3,6+3,65
III	18,64+4,52	47,7+3,66+4,0
IV	20,15+4,85	62+2,56+2,62

Наиболее часто встречались следующие комбинации методов лечения: кастрация (хирургическая или медикаментозная) совместно с антиандрогенами или без них, кастрация совместно с лучевой терапией, кастрация совместно с ТУР простаты и лучевой терапией, радикальная простатэктомия. Произведена сравнительная оценка среднего балла по опросникам до начала лечения и после его завершения. Полученные данные приведены в табл. 2. Реже встречались другие комбинации методов лечения (кастрация совместно с лучевой терапией на область метастазов в кости, лучевая терапия как самостоятельный метод лечения и др.).

Таблица 2

**Изменение показателей качества жизни и мочеиспускания при различных видах лечения**

Метод лечения	I-PPS до лечения	EORNC QLQ-C 30 до лечения	I-PPS после лечения	EORNC QLQ-C 30 после лечения
Кастрация +/- гормонотерапия	18,3+4,5	49,7+3,2+3,8	15,3+3,75	55,7+3,2+2,9
Кастрация + лучевая терапия	15,5+3,8	42+4,3+4,2	13+3	46,4+4,1+4,2
Кастрация + ТУР + лучевая терапия	23,8+5,3	50,7+2,8+2,8	14,1+3,1	53+3,5+3,5
Простатэктомия	14,6+2,6	30,8+3,75+4	9+3,8	46,25+3,5+3,5

Полученные данные говорят об улучшении качества мочеиспускания и ухудшении качества жизни в целом при всех методах лечения при сроках наблюдения от 3 ме-



сяцев до года. Наилучший средний показатель качества жизни получен у больных после радикальной простатэктомии. Однако в данной группе этот показатель был самым высоким до начала лечения. Наиболее значимое улучшение качества мочеиспускания получено у больных после паллиативной ТУР простаты. В этой же группе отмечено наименьшее снижение качества жизни в целом.

### Литература

1. Аксель, Е.М. Статистика онкоурологических заболеваний в России в 1996 г. / Е.М. Аксель, Б.П. Матвеев // Урология и нефрология. – 1999. – С. 3-10.
2. Бухаркин, Б.В. Клиническая онкоурология / Б.В. Бухаркин. – М., 2003. – С. 433-435.
3. Лопаткин, Н.А. К вопросу об эпидемиологии рака предстательной железы в России / Н.А. Лопаткин, Н.Н. Поповкин, И.В. Зиборова // Пленум правления Российского общества урологов: тез. докл. – М., 1999. – С.27-30.
4. Онкология: национальное руководство / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. – М., 2008. – С. 789-796.
5. Свиридова, Т. В. Выживаемость и причины смерти больных раком предстательной железы, получивших различные виды лечения / Т.В. Свиридова, Л.Б. Цодикова // Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний : материалы 3 Всерос. науч. конф. с участием стран СНГ. – М., 1999. – С. 113-114.
6. Bonney W.W, Fallen B, Gerber W.L. Cryosurgery in prostate cancer: elimination of local lesion / W.W Bonney, B.Fallen, W.L.erber //Urology. – 1983. – Vol. 22. – P. 8-15.

## MODERN ASPECTS OF TREATMENT AND ESTIMATION OF QUALITY OF A LIFE AT PATIENTS WITH A CANCER PROSTATE GLANDS AT PERSONS OF ADVANCED AGE

**T.V. Pavlova**

**D.V. Bessmertny**

**I.A. Pavlov**

*Belgorod*

*State*

*University*

*e-mail: pavlova@bsu.edu.ru*

It has been shown that quality improvement of urination and life deterioration as a whole at all methods of treatment is observed at terms of supervision from 3 months about one year. The best average index of quality of a life is received at patients after radical prostatectomy.

Key words: geriatrics, quality of a life, a cancer, prostate gland.