Рак предстательной железы низкого онкологического риска: оценка качества жизни после хирургического лечения и при активном наблюдении

Э.Н. Гасанов, Е.В. Шпоть, А.А. Магомедов, Д.В. Чиненов, А.В. Проскура, П.И. Головня, Е.С. Капралова, В.С. Тихонова, Л.М. Рапопорт

Институт урологии и репродуктивного здоровья человека ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); Россия, 119992 Москва, ул. Большая Пироговская, 2, стр. 1

Контакты: Эльмар Нариман оглы Гасанов elmar.gasanow2017@yandex.ru

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных раком предстательной железы (РПЖ) низкого онкологического риска.

Материалы и методы. В исследовании проведен сравнительный анализ данных 84 пациентов, страдающих РПЖ низкого онкологического риска: 40 пациентов, включенных в группу активного наблюдения (1-я группа), и 44 пациента, которым была выполнена радикальная простатэктомия (2-я группа). Для оценки функциональных результатов использовали опросники: по оценке качества жизни (SF-36), международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5), международная шкала оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы (IPSS), индекс оценки качества жизни у пациентов с РПЖ (EPIC-26). Для контроля онкологических результатов проводилась оценка показателей простатического специфического антигена, пальцевого ректального исследования, результатов магнитно-резонансной томографии органов малого таза с внутривенным контрастированием и подтверждающей биопсии предстательной железы.

Результаты. Средние баллы по опроснику SF-36 в 1-й группе (активного наблюдения) в начале исследования составили $63,2 \pm 11,5$ – по показателю «психологический компонент здоровья» (ПКЗ) и $57,1 \pm 9,8$ – по показателю «физический компонент здоровья» (ФКЗ), в то время как во 2-й группе оценка ПКЗ составила $63,1 \pm 6,8$ балла, а ФКЗ – $56,2 \pm 8,6$ балла. Однако спустя 18 мес после начала исследования в 1-й группе отмечено повышение средней оценки ПКЗ до $68,2 \pm 10,1$ балла и ФКЗ – до $62,4 \pm 7,8$ балла, а во 2-й группе – незначительное повышение оценки ПКЗ – до $64,2 \pm 7,4$ балла со снижением оценки ФКЗ до $54,8 \pm 5,4$ балла ($p < 0,05$). Среднее значение МИЭФ-5 в 1-й группе снизилось с $18,8 \pm 4,2$ до $18,3 \pm 4,0$ балла, а во 2-й группе – с $19,1 \pm 4,3$ до $16,9 \pm 4,8$ балла ($p < 0,05$). Средний балл по шкале IPSS в 1-й группе незначительно повысился – с $9,1 \pm 2,1$ до $9,3 \pm 2,7$, в то время как во 2-й группе снизился с $9,2 \pm 2,3$ до $8,4 \pm 1,5$ ($p < 0,05$). По опроснику EPIC-26 средний балл по всем критериям первоначально составил $56,1 \pm 5,1$ в 1-й группе и $54 \pm 4,4$ – во 2-й группе (после простатэктомии), а к настоящему моменту увеличился до $65 \pm 4,6$ в 1-й группе и снизился до $49 \pm 5,4$ во 2-й группе.

Двум (5 %) пациентам из 1-й группы было проведено хирургическое лечение в связи с прогрессированием РПЖ. Один (2,5 %) пациент предпочел лечение в связи с онкотревожностью. Биохимический рецидив с повышением уровня общего простатического специфического антигена на $0,29 \pm 0,09$ нг/мл был выявлен у 3 (6,8 %) пациентов 2-й группы.

Заключение. Стратегия активного наблюдения больных РПЖ низкого онкологического риска является приоритетным методом ведения пациентов данной группы и позволяет сохранить высокое качество жизни, предлагая вариант хирургического лечения лишь при необходимости.

Ключевые слова: активное наблюдение, качество жизни, рак предстательной железы, низкий онкологический риск, простатэктомия

Для цитирования: Гасанов Э.Н., Шпоть Е.В., Магомедов А.А. и др. Рак предстательной железы низкого онкологического риска: оценка качества жизни после хирургического лечения и при активном наблюдении. Андрология и генитальная хирургия 2021;22(4):60–7. DOI: 10.17650/1726-9784-2021-22-4-60-67.

Low-risk prostate cancer: evaluation of quality of life after surgical treatment and during active observation

E.N. Gasanov, E.V. Shpot', A.A. Magomedov, D.V. Chinenov, A.V. Proskura, P.I. Golovnya, E.S. Kapralova, V.S. Tikhonova, L.M. Rapoport

Institute of Urology and Human Reproductive Health of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia (Sechenov University); Bld. 1, 2 Bolshaya Pirogovskaya St., Moscow 119992, Russia

Contacts: Elmar Nariman Ogly Gasanov elmar.gasanow2017@yandex.ru

The study objective is to improve results of treatment of patients with low-risk prostate cancer (PC).

Materials and methods. In the study, comparative analysis of data from 84 patients with low-risk PC was performed: 40 patients were included in the active observation group (group 1) and 44 patients underwent radical prostatectomy (group 2). For evaluation of functional responses the following questionnaires were used: Short Form 36 Health Quality Survey (SF-36), International Index of Erectile Function (IIEF-5), International Prostate Symptom Score (IPSS), Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC-26). For control of oncological results, tests for prostate-specific antigen, digital rectal examination, magnetic resonance imaging of the pelvic organs with intravenous contrast, and confirmation biopsy of the prostate were performed.

Results. Mean score for the SF-36 questionnaire in the group 1 (active observation) at the beginning of the study was 63.2 ± 11.5 for mental health (MH) and 57.1 ± 9.8 for physical health (PH), while in the group 2 MH score was 63.1 ± 6.8 , PH score was 56.2 ± 8.6 . However, 18 months later in the group 1 mean MH score increased to 68.2 ± 10.1 , mean PH score to 62.4 ± 7.8 ; in the group 2 PH score increased insignificantly to 64.2 ± 7.4 and PH score decreased to 54.8 ± 5.4 ($p < 0.05$). IIEF-5 score in the group 1 decreased from 18.8 ± 4.2 to 18.3 ± 4.0 , in the group 2 from 19.1 ± 4.3 to 16.9 ± 4.8 ($p < 0.05$). Mean IPSS score insignificantly increased in the group 1 from 9.1 ± 2.1 to 9.3 ± 2.7 , while in the group 2 it decreased from 9.2 ± 2.3 to 8.4 ± 1.5 ($p < 0.05$). For the EPIC-26 questionnaire, mean score for all criteria initially was 56.1 ± 5.1 in the group 1 and 54 ± 4.4 in the group 2 (after prostatectomy), and currently it increased to 65 ± 4.6 in the group 1 and decreased to 49 ± 5.4 in the group 2.

Two (5 %) patients from the group 1 underwent surgical treatment due to PC progression. One (2.5 %) patient chose surgical treatment due to cancer-related anxiety. Biochemical recurrence with an increase in prostate-specific antigen of 0.29 ± 0.09 ng/ml was observed in 3 (6.8 %) patients in the group 2.

Conclusion. Strategy of active observation is the preferred method of care for patients with low-risk PC allowing to preserve high quality of life while surgical treatment should be performed only if necessary.

Key words: active observation, quality of life, prostate cancer, low oncological risk, prostatectomy

For citation: Gasanov E.N., Shpot' E.V., Magomedov A.A. et al. Low-risk prostate cancer: evaluation of quality of life after surgical treatment and during active observation. *Andrologiya i genital'naya khirurgiya* = *Andrology and Genital Surgery* 2021;22(4):60–7. (In Russ.). DOI: 10.17650/1726-9784-2021-22-4-60-67.

Введение

Рак предстательной железы (РПЖ) — гетерогенное заболевание, степень риска которого варьирует в зависимости от характеристик пациента и непосредственно самой опухоли. В 1998 г. A.V. D'Amico [1] была разработана классификация степеней онкологического риска, которая успешно используется и в настоящее время, претерпев некоторые изменения.

Согласно этой классификации, РПЖ низкого онкологического риска соответствует следующим критериям: стадия заболевания — cT1–T2a, сумма баллов по шкале Глисона — 6, уровень простатического специфического антигена (ПСА) ≤ 10 нг/мл (10 мкг/л). Пациенты с такой степенью риска имеют благоприятный прогноз в силу медленного прогрессирования заболевания.

Существуют исследования, доказывающие, что 10-летняя раковоспецифическая выживаемость больных, страдающих РПЖ низкого онкологического риска,

не ухудшается при использовании тактики активного наблюдения [2–4].

Благодаря активному наблюдению пациента появляется возможность при необходимости начать лечение, избежать несвоевременного инвалидизирующего хирургического вмешательства [5]. В связи с увеличением количества пациентов с РПЖ низкого онкологического риска, что может быть ассоциировано с возможностью использования более качественных методов визуализации, таких как магнитно-резонансная томография (МРТ), а также с распространением исследования ПСА, возросло число выполняемых радикальных вариантов лечения. Избыточное лечение заболевания с низким онкологическим риском является проблематичным и снижает качество жизни, особенно среди пациентов старших возрастных групп, у которых оно может не привести к желаемому исходу для здоровья, но существенно снизить качество жизни [6]. В целях сокращения чрезмерного лечения и сохранения

функциональных результатов активное наблюдение рассматривается как оптимальная стратегия лечения у тщательно отобранных групп пациентов [7].

Термин «активное наблюдение» применительно к РПЖ низкого онкологического риска впервые был описан в 2002 г. [8] и используется по сей день. Согласно исследованиям [7, 9], лишь половине пациентов, находящихся на активном наблюдении, потребовалась радикальная простатэктомия в течение 15 лет наблюдения, при этом онкоспецифическая выживаемость составила более 90 %, практически без отдаленного метастазирования.

В настоящее время нет четких критериев для выбора подхода к лечению пациентов с РПЖ низкого онкологического риска. Проведенные ранее исследования показывают, что выполнение радикальной простатэктомии при РПЖ низкого риска ведет к снижению качества жизни пациентов, в то время как тактика активного наблюдения позволяет его сохранить [10, 11]. Следовательно, необходимо оценить качество жизни и результаты при двух подходах к лечению РПЖ низкого онкологического риска.

В совместном исследовании греческих и немецких ученых [12] было оценено изменение качества жизни после радикальной простатэктомии. Инконтиненция и сексуальная дисфункция — два основных функциональных осложнения, оказывающих воздействие на качество жизни, с которыми сталкиваются пациенты после хирургического лечения РПЖ. Однако радикальный подход не гарантирует полного выздоровления из-за возможного биохимического рецидива [13] после выполненного хирургического вмешательства. В связи с отсутствием общепринятой схемы контроля состояния пациентов группы активного наблюдения диагностические мероприятия для контроля онкологического процесса подбираются индивидуально для каждого пациента. Именно поэтому сравнение отдаленных результатов хирургического лечения и активного наблюдения имеет такое важное значение.

В нашей предыдущей работе мы отразили первые результаты исследования [14], было отмечено сохранение высокого качества жизни пациентов, находящихся на активном наблюдении. В настоящей работе мы сравним изменения в качестве жизни при 2 разных подходах к ведению пациентов, страдающих РПЖ группы низкого риска: при активном наблюдении и после радикальной простатэктомии.

Материалы и методы

С ноября 2019 г. по настоящее время (сентябрь 2021 г.) в Институте урологии и репродуктивного здоровья человека ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) под наблюдением находятся 84 пациента с РПЖ низкого онкологического риска. Пациенты разделены на 2 группы: 1-ю груп-

пу ($n = 40$) составили пациенты, включенные в протокол активного наблюдения, 2-ю группу ($n = 44$) — пациенты, которым была выполнена радикальная простатэктомия с последующим наблюдением. В 1-й группе пациентам каждые 3 мес проводили оценку уровня общего ПСА, каждые 6 мес — пальцевое ректальное исследование, каждые 12 мес — МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием. Повторная биопсия предстательной железы выполнялась однократно через 1 год наблюдения. В обеих группах каждые полгода оценивали качество жизни пациентов с помощью опросников: качество жизни (Short Form 36 Health Quality Survey, SF-36), международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5), международная шкала оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы (International Prostate Symptom Score, IPSS), индекс оценки качества жизни у пациентов с РПЖ (Expanded Prostate Cancer Index Composite, EPIC-26).

В исследование были включены пациенты 45–75 лет, подходящие по критериям низкого онкологического риска РПЖ (исходные характеристики пациентов представлены в табл. 1.), то есть допустимыми являлись уровень общего ПСА крови — до 10 нг/мл и доля пораженных столбиков при биопсии простаты — до 33 %. При этом средний уровень общего ПСА у пациентов 1-й группы составил $6,98 \pm 2,92$ нг/мл, 2-й группы — $7,1 \pm 2,31$ нг/мл, средний процент поражения биоптатов у пациентов 1-й группы составил $27,2 \pm 3,2$ %, 2-й группы — $27,7 \pm 2,9$ %. Пациенты исключались из групп исследования при наличии других заболеваний предстательной железы, сопутствующих онкологических заболеваний, в случае предшествующего лечения по поводу РПЖ и терапии ингибиторами 5 α -редуктазы. При сравнительном анализе пациентов по возрасту, индексу массы тела, проценту поражения биоптатов простаты, баллам опросников в начале исследования, сопутствующей соматической патологии группы оказались однородны по всем признакам ($p > 0,05$).

Оперативное лечение пациентам 2-й группы проводилось 2 методами: робот-ассистированная радикальная простатэктомия с помощью хирургической системы «ДаВинчи» (выполнена 34 пациентам), лапароскопическая радикальная простатэктомия (выполнена 10 пациентам).

Для оценки статистической значимости изменений средних показателей опросников в группах применялся t -критерий Стьюдента.

Исследование было одобрено локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) 16.10.2019 и выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации и Правилами клинической практики в Российской Федерации, утвержденными приказом Минздрава России № 266 от 19.06.2003.

Таблица 1. Характеристика пациентов на начальном этапе исследования

Table 1. Characteristics of patients at the initial stage of the study

Показатель Characteristic	1-я группа (n = 40) Group 1 (n = 40)	2-я группа (n = 44) Group 2 (n = 44)
Возраст, лет Age, year	62,3 ± 5,2	63,1 ± 4,7
ИМТ, кг/м ² BMI, kg/m ²	24,4 ± 4,1	23,9 ± 3,9
ПСА, нг/мл PSA, ng/ml	6,98 ± 2,92	7,10 ± 2,31
Индекс Чарлсона Charlson Index	2,1 ± 0,6	2,3 ± 0,5
Группа по ISUP ISUP group	1	1
Процент поражения биоптатов, % Percentage of biopsy lesion, %	27,2 ± 3,2	27,7 ± 2,9
SF-36, баллы: SF-36, points:		
– психологический компонент – mental health	63,2 ± 11,5	63,1 ± 6,8
– физический компонент – physical health	57,1 ± 9,8	56,2 ± 8,6
МИЭФ-5, баллы IIEF-5, points	18,8 ± 4,2	19,1 ± 4,3
IPSS, баллы IPSS, points	9,1 ± 2,1	9,2 ± 2,3
EPIC-26, баллы EPIC-26, points	56 ± 5,1	54 ± 4,4

Примечание. ИМТ – индекс массы тела; ПСА – простатический специфический антиген; SF-36 – опросник по оценке качества жизни; МИЭФ-5 – международный индекс эректильной функции; IPSS – международная шкала оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы; EPIC-26 – индекс оценки качества жизни у пациентов с раком предстательной железы.

Note. BMI – body mass index; PSA – prostate specific antigen; SF-36 – Short Form 36 Health Quality Survey; IIEF – International Index of Erectile Function; IPSS – International Prostate Symptom Score; IIEF-5 – International Index of Erectile Function; EPIC-26 – Expanded Prostate Cancer Index Composite.

Результаты

В результате многократной оценки уровня общего ПСА выявлен рост его среднего значения в 1-й группе (активного наблюдения) на $1,35 \pm 0,34$ нг/мл спустя 21 мес от начала исследования. Вместе с тем у 3 (6,8 %) пациентов из 2-й группы был выявлен биохимический рецидив с повышением уровня общего ПСА на $0,29 \pm 0,09$ нг/мл. При этом по данным опросников качества жизни через 18 мес повысилось в 1-й группе по сравнению со 2-й группой. Так, средние баллы по опроснику SF-36 в начале исследования в группе активного

наблюдения составили $63,2 \pm 11,5$ – по показателю «психологический компонент здоровья» (ПКЗ) и $57,1 \pm 9,8$ – по показателю «физический компонент здоровья» (ФКЗ), в то время как во 2-й группе оценка ПКЗ составила $63,1 \pm 6,8$ балла, а ФКЗ – $56,2 \pm 8,6$ балла (табл. 2). В обеих группах эти показатели свидетельствуют о хорошей субъективной оценке как физического, так и эмоционального состояния. Однако через 18 мес после начала исследования в 1-й группе отмечалось повышение оценки ПКЗ до $68,2 \pm 10,1$ балла и ФКЗ – до $62,4 \pm 7,8$ балла, тогда как во 2-й группе наблюдалось незначительное повышение оценки ПКЗ – до $64,2 \pm 7,4$ балла со снижением оценки ФКЗ до $54,8 \pm 5,4$ балла, что говорит об улучшении качества здоровья в группе активного наблюдения и небольшом снижении оценки физического компонента здоровья в группе радикального лечения ($p < 0,05$).

На начальном этапе исследования среднее значение МИЭФ-5 в 1-й группе составило $18,8 \pm 4,2$ балла, во 2-й группе – $19,1 \pm 4,3$ балла, однако в настоящий момент среднее значение в 1-й группе составляет $18,3 \pm 4,0$ балла, а во 2-й – $16,9 \pm 4,8$ балла ($p < 0,05$). Эти данные указывают на значительное ухудшение эректильной функции у пациентов после простатэктомии и относительное сохранение данной функции в группе активного наблюдения. Оценка качества мочеиспускания по шкале IPSS на начальном этапе исследования составила $9,1 \pm 2,1$ балла в группе активного наблюдения и $9,2 \pm 2,3$ балла в группе после радикального лечения, но через 18 мес в 1-й группе показатель вырос до $9,3 \pm 2,7$ балла, а во 2-й – снизился до $8,4 \pm 1,5$ балла ($p < 0,05$). Эти данные свидетельствуют об удовлетворительном качестве мочеиспускания у пациентов обеих групп на начальном этапе исследования, а также о сохранении качества мочеиспускания через 18 мес у пациентов на активном наблюдении и снижении данного показателя у пациентов после радикального лечения. Результаты оценки показателей недержания мочи, половой и гормональной функций по опроснику EPIC-26 показали улучшение субъективной оценки психоэмоционального и физического состояния пациентов 1-й группы, так как средний балл по всем критериям за период исследования повысился с $56 \pm 5,1$ до $65 \pm 4,6$. Однако во 2-й группе данное значение снизилось с $54 \pm 4,4$ до $49 \pm 5,4$ балла ($p < 0,05$), что может ассоциироваться с ухудшением функциональных результатов пациентов после радикальной простатэктомии. Результаты группы активного наблюдения, возможно, стоит связывать с тем, что первоначально онкологический диагноз для пациентов был психологически более болезненным, чем после включения в группу активного наблюдения. Результаты группы после простатэктомии, вероятно, связаны с послеоперационными осложнениями и реабилитацией. На рис. 1–3 представлены результаты сравнения качества жизни пациентов обеих групп по данным опросников.

Таблица 2. Динамика показателей опросника SF-36 у исследуемых пациентов, баллы

Table 2. Dynamics of indicators according to the SF-36 questionnaire in the studied patients, points

№ No	Шкалы опросника SF-36 Scales of the SF-36 questionnaire	1-я группа Group 1		2-я группа Group 2	
		В начале исследования* At the beginning of the study*	Через 18 мес After 18 months	В начале исследования* At the beginning of the study*	Через 18 мес After 18 months
1	Физический компонент здоровья Physical health	57,1 ± 9,8	62,4 ± 7,8	56,2 ± 8,6	54,8 ± 5,4
1.1	Физическое функционирование Physical functioning	51,3 ± 6,7	57,7 ± 6,9	50,1 ± 5,8	45,2 ± 5,1
1.2	Физическая боль Bodily pain	53,6 ± 9,1	58,0 ± 8,2	54,2 ± 6,3	51,5 ± 4,6
1.3	Роль в функционировании, обусловленное физическим состоянием Role physical	64,9 ± 5,1	67,8 ± 8,5	63,1 ± 5,9	62,1 ± 4,8
1.4	Общее состояние здоровья General health	58,3 ± 7,2	66,2 ± 4,9	57,3 ± 7,9	60,4 ± 7,2
2	Психологический компонент здоровья Mental health	63,2 ± 11,5	68,2 ± 10,1	63,1 ± 6,8	64,2 ± 7,4
2.1	Жизненная активность Vitality	67,3 ± 7,1	70,9 ± 7,9	66,1 ± 8,3	60,7 ± 9,2
2.2	Социальное функционирование Social functioning	64,6 ± 9,4	68,1 ± 7,1	65,1 ± 9,8	66,1 ± 5,9
2.3	Роль в функционировании, обусловленное эмоциональным состоянием Role emotional	61,1 ± 8,2	66,8 ± 7,0	60,8 ± 9,3	65,3 ± 5,7
2.4	Психическое здоровье Mental health	59,7 ± 12,2	66,9 ± 9,2	58,1 ± 9,9	64,7 ± 9,2

*Начало исследования — ноябрь 2019 г.

*The beginning of the study is November, 2019.

В период исследования лишь 2 (5 %) пациента из группы активного наблюдения в связи с прогрессированием РПЖ были переведены на активное лечение — радикальную простатэктомию. Через год активного наблюдения у 1 (2,5 %) пациента при проведении контрольной МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием были выявлены дополнительные опухолевые очаги в одной доле предстательной железы, а также было отмечено повышение уровня общего ПСА крови в 2 раза. У 2-го пациента через полгода наблюдения при проведении пальцевого ректального исследования выявлены дополнительные подозрительные участки, в результате чего была выполнена биопсия предстательной железы: объем поражения увеличился с 21 до 55 %. Обоим пациентам была выполнена робот-ассистированная радикальная простатэктомию. Ни у одного из па-

циентов в послеоперационном гистологическом материале не было отмечено повышения суммы баллов по шкале Глисона, онкологический процесс не выходил за пределы капсулы предстательной железы.

Обсуждение

Несмотря на то что радикальная простатэктомию — наиболее часто применяемый вариант лечения РПЖ, операция не должна восприниматься как единственно верный выбор. Примечательно, что в наиболее цитируемых исследованиях по данной проблеме преобладает точка зрения, согласно которой активное наблюдение помогает сохранить качество жизни пациентов на высоком уровне [15], а следовательно, можно отсрочить принятие решения о выполнении радикального метода лечения.

Рис. 1. Изменение качества жизни по данным опросников (средние значения) в 1-й группе (активного наблюдения). Здесь и на рис. 2, 3: IPSS – международная шкала оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы; МИЭФ-5 – международный индекс эректильной функции; EPIC-26 – индекс оценки качества жизни у пациентов с раком предстательной железы; SF-36 (ФКЗ) – физический компонент здоровья по опроснику качества жизни; SF-36 (ПКЗ) – психологический компонент здоровья по опроснику качества жизни

Fig. 1. Changes in the quality of life according to questionnaires (average values) in group 1 (active observation). Here and on fig. 2, 3: IPSS – International Prostate Symptom Score; IIEF-5 – International Index of Erectile Function; EPIC-26 – Expanded Prostate Cancer Index Composite; SF-36 (PH) – Physical Health according to the Short Form 36 Health Quality Survey; SF-36 (MH) – Mental Health according to the Short Form 36 Health Quality Survey

Рис. 2. Изменение качества жизни по данным опросников (средние значения) во 2-й группе (радикального лечения)

Fig. 2. Changes in the quality of life according to questionnaires (average values) in group 2 (surgical treatment)

Также данное исследование доказывает, что при использовании скрининговых диагностических методов при РПЖ низкого онкологического риска можно избежать радикального лечения и его последствий (снижения эректильной функции, нарушения мочеиспускания), избрав в качестве тактики ведения пациентов

активное наблюдение, которое не несет столь значимых инвалидизирующих осложнений, оказывающих немаловажное влияние на качество жизни пациентов. С появлением новых исследований в будущем будут уточнены критерии отбора и скрининга пациентов, которые на данный момент не совсем конкретны.

Рис. 3. Сравнение итоговых средних значений по опросникам в 1-й и 2-й группах через 18 мес от начала исследования

Fig. 3. Comparison of the final average values of the questionnaires in the groups 1 and 2 after 18 months from the beginning of the study

Несомненно, необходимо дальнейшее проведение исследований для отражения долгосрочной перспективы тактики активного наблюдения пациентов, страдающих РПЖ низкого онкологического риска.

Заключение

Таким образом, тактика активного наблюдения пациентов, страдающих РПЖ низкого онкологического

риска, позволяет сохранить высокое качество жизни с возможностью проведения радикального лечения в случае прогрессирования заболевания, в то время как поспешное радикальное хирургическое вмешательство у пациентов с данным диагнозом приводит к ухудшению функциональных результатов, что отражается на качестве жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. D'Amico A.V., Whittington R., Malkowicz S.B. et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *Jama* 1998;280(11):969–74. DOI:10.1001/jama.280.11.969.
2. Hamdy F.C., Donovan J.L., Lane J.A. et al. 10-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Localized Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2016;375(15):1415–24. DOI: 10.1056/NEJMoa1606220.
3. Preston M.A., Feldman A.S., Coen J.J. et al. Active surveillance for low-risk prostate cancer: Need for intervention and survival at 10 years. *Urol Oncol* 2015;33(9):383.e9–16. DOI: 10.1016/j.urolonc.2015.04.015.
4. Loeb S. Active Surveillance Offers Functional Advantages Without Impacting Survival for Low-risk Prostate Cancer. *Eur Urol* 2018;73(6):868–9. DOI: 10.1016/j.eururo.2017.10.037.
5. EAU Guidelines: prostate cancer, 2019. Available at: <https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>.
6. Bill-Axelson A., Holmberg L., Garmo H. et al. Radical prostatectomy or watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2014;370(10):932–42. DOI: 10.1056/NEJMoa1311593.
7. Tosoian J.J., Mamawala M., Epstein J.I. et al. Intermediate and Longer-Term Outcomes From a Prospective Active Surveillance Program for Favorable Risk Prostate Cancer. *J Clin Oncol* 2015;33(30):3379–85. DOI: 10.1200/JCO.2015.62.5764.
8. Choo R., Klotz L., Danjoux C. et al. Feasibility study: watchful waiting for localized low to intermediate grade prostate carcinoma with selective delayed intervention based on prostate specific antigen, histological and/or clinical progression. *J Urol* 2002;167(4):1664–9.
9. Klotz L., Vesprini D., Sethukavalan P. et al. Long-term follow-up of a large active surveillance cohort of patients with prostate cancer. *J Clin Oncol* 2015;33(3):272–7. DOI: 10.1200/JCO.2014.55.1192.
10. Steineck G., Helgesen F., Adolfsson J. Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. *N Engl J Med* 2002;347(11):790–6. DOI: 10.1056/NEJMoa021483.
11. Matthew A.G., Raz O., Currie K.L. et al. Psychological distress and lifestyle disruption in low-risk prostate cancer patients: Comparison between active surveillance and radical prostatectomy. *J Psychosoc Oncol* 2018;36(2):159–74. DOI: 10.1080/07347332.2017.1342733.
12. Liatsikos E.N., Assimakopoulos K., Stolzenburg J.U. Quality of life after radical prostatectomy. *Urologia*

- Internationalis 2008;80(3):226–30.
DOI: 10.1159/000127331.
13. Han M., Partin A.W., Zahurak M. et al. Biochemical (prostate specific antigen) recurrence probability following radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer. *J Urol* 2003;169(2):517–23.
DOI: 10.1016/S0022-5347(05)63946-8.
 14. Гасанов Э.Н., Чиненов Д.В., Акопян Г.Н. и др. Первые результаты активного наблюдения за больными раком предстательной железы низкого онкологического риска. *Андрология и генитальная хирургия* 2021;22(2):78–83.
[Gasanov E.N., Chinenov D.V., Akopyan G.N. et al. First results of active observation of patients with prostate cancer and low oncological risk. *Andrologiya i genital'naya khirurgiya = Andrology and Genital Surgery* 2021;22(2):78–83. (In Russ.).]
DOI: 10.17650/1726-9784-2021-22-2-78-83.
 15. Bruinsma S.M., Roobol M.J., Carroll P.R. et al. Expert consensus document: Semantics in active surveillance for men with localized prostate cancer – results of a modified Delphi consensus procedure. *Nat Rev Urol* 2017;14(5):312–22.
DOI: 10.1038/nrurol.2017.26.

Вклад авторов

Э.Н. Гасанов: сбор основного объема статистических данных исследования, участие в написании всех разделов статьи;
Е.В. Шпот: разработка дизайна исследования, участие в статистическом анализе данных, написание раздела о результатах исследования;
А.А. Магомедов: участие в разработке дизайна исследования, статистическом анализе данных, написании раздела о результатах исследования, заключения к статье;
Д.В. Чиненов: анализ клинических данных пациентов, участие в написании раздела о результатах и их обсуждении;
А.В. Проскура, П.И. Головня: участие в разработке дизайна исследования, написание текста статьи;
Е.С. Капралова: сбор статистических данных исследования, участие в разработке дизайна исследования;
В.С. Тихонова: сбор статистических данных исследования, участие в написании всех разделов статьи;
Л.М. Рапопорт: общее руководство исследованием, участие в написании всех разделов статьи.

Authors' contributions

E.N. Gasanov: collection of the main volume of statistical data of the study, participation in the writing of all sections of the article;
E.V. Shpot: research design development, participation in statistical data analysis, writing a section on research results;
A.A. Magomedov: participation in research design development, statistical data analysis, writing a section on research results, conclusions to the article;
D.V. Chinenov: analysis of clinical data of patients, participation in writing the section on the results and their discussion;
A.V. Proskura, P.I. Golovnya: participation in the research design development, writing the text of the article;
E.S. Kapralova: collection of statistical data of the study, participation in the research design development;
V.S. Tikhonova: collection of statistical research data, participation in writing of all sections of the article;
L.M. Rapoport: general management of the research, participation in the writing of all sections of the article.

ORCID авторов / ORCID of authors

Э.Н. Гасанов / E.N. Gasanov: <https://orcid.org/0000-0002-5970-8703>
Е.В. Шпот / E.V. Shpot: <https://orcid.org/0000-0003-1121-9430>
А.А. Магомедов / A.A. Magomedov: <https://orcid.org/0000-0002-5786-5078>
Д.В. Чиненов / D.V. Chinenov: <https://orcid.org/0000-0001-9056-9791>
А.В. Проскура / A.V. Proskura: <https://orcid.org/0000-0003-0441-4799>
П.И. Головня / P.I. Golovnia: <https://orcid.org/0000-0001-9755-4488>
Е.С. Капралова / E.S. Kapralova: <https://orcid.org/0000-0001-8101-5949>
В.С. Тихонова / V.S. Tikhonova: <https://orcid.org/0000-0001-9782-7335>
Л.М. Рапопорт / L.M. Rapoport: <https://orcid.org/0000-0001-7787-1240>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование выполнено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Соблюдение прав пациентов. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Compliance with patient rights. The study was approved by the local ethics committee of the I.M. Sechenov First MSMU MOH Russia (Sechenov University). All patients signed informed consent to participate in the study.

Статья поступила: 25.09.2021. Принята к публикации: 20.10.2021.

Article submitted: 25.09.2021. Accepted for publication: 20.10.2021.